

Методы эпидемиологического надзора
и наблюдения за
ликвидацией врожденного сифилиса
в рамках существующих систем



Всемирная организация
здравоохранения

Методы эпидемиологического надзора и наблюдения за ликвидацией врожденного сифилиса в рамках существующих систем



Всемирная организация
здравоохранения



WHO Library Cataloguing-in-Publication Data

Methods for surveillance and monitoring of congenital syphilis elimination within existing systems.

1.Syphilis, Congenital - prevention and control. 2. Health status indicators. 3.Disease transmission, Vertical - prevention and control. 4.Prenatal diagnosis. 5.Data collection - methods. 6.Syphilis serodiagnosis - methods. 7.Delivery of health care, Integrated. 8.National health programs. 9.Population surveillance - methods. 10.Program evaluation - standards. I.World Health Organization. II.Centers for Disease Control (U.S.).

ISBN 978 92 4 450302 7

(NLM classification: WC 161)

© Всемирная организация здравоохранения, 2012 г.

Все права защищены. Публикации Всемирной организации здравоохранения имеются на веб-сайте ВОЗ (www.who.int) или могут быть приобретены в Отделе прессы ВОЗ, Всемирная организация здравоохранения, 20 Avenue Appia, 1211 Geneva 27, Switzerland (тел.: +41 22 791 3264; факс: +41 22 791 4857; эл. почта: bookorders@who.int). Запросы на получение разрешения на воспроизведение или перевод публикаций ВОЗ - как для продажи, так и для некоммерческого распространения - следует направлять в Отдел прессы ВОЗ через веб-сайт ВОЗ (http://www.who.int/about/licensing/copyright_form/en/index.html).

Обозначения, используемые в настоящей публикации, и приводимые в ней материалы не отражают какого-либо мнения Всемирной организации здравоохранения относительно юридического статуса какой-либо страны, территории, города или района или их органов власти, либо относительно делимитации их границ. Пунктирные линии на географических картах обозначают приблизительные границы, в отношении которых пока еще может быть не достигнуто полное согласие.

Упоминание конкретных компаний или продукции некоторых изготовителей не означает, что Всемирная организация здравоохранения поддерживает или рекомендует их, отдавая им предпочтение по сравнению с другими компаниями или продуктами аналогичного характера, не упомянутыми в тексте. За исключением случаев, когда имеют место ошибки и пропуски, названия патентованных продуктов выделяются начальными прописными буквами.

Всемирная организация здравоохранения приняла все разумные меры предосторожности для проверки информации, содержащейся в настоящей публикации. Тем не менее, опубликованные материалы распространяются без какой-либо четко выраженной или подразумеваемой гарантии. Ответственность за интерпретацию и использование материалов ложится на пользователей. Всемирная организация здравоохранения ни в коем случае не несет ответственности за ущерб, возникший в результате использования этих материалов.

Printed by the WHO Document Production Services, Geneva, Switzerland

Выражение признательности

Этот документ – результат серии технических консультаций по наблюдению и оценке результатов ликвидации врожденного сифилиса, проведенных ВОЗ:

- технические консультации ВОЗ / Центр по контролю заболеваемости «Глобальная ликвидация врожденного сифилиса» (10–12 июля 2007 г., Женева, Швейцария);
- технические консультации ВОЗ / Центр по контролю заболеваемости «Инвестиции в ликвидацию врожденного сифилиса в рамках программы повышения доступности и качества дородового наблюдения» (24–25 июня 2008 г., Ферней-Вольтер, Франция);
- видеоконференция ВОЗ / Центр по контролю заболеваемости «Определение показателей для наблюдения и оценки результатов инициатив по глобальной ликвидации врожденного сифилиса» (13 мая 2009 г., Женева, Швейцария).

Ниже перечислены эксперты, принимавшие активное участие в видеоконференции 2009 г. и давшие отзывы на этот документ:

Iyanthi Abeyewikreme (Региональное бюро ВОЗ для стран Юго-Восточной Азии)

Narimah Awin (Региональное бюро ВОЗ для стран Западной части Тихого океана)

Stuart Berman (Центр по контролю заболеваемости)

Antonio Gerbase (Группа экспертов ВОЗ по ВИЧ)

Monica Alonso Gonzalez (ВОЗ, Панамериканская организация здравоохранения)

Raul Gonzalez (ВОЗ, Панамериканская организация здравоохранения)

Sarah Hawkes (Лондонская школа гигиены и тропической медицины)

Chika Hayashi (Группа экспертов ВОЗ по ВИЧ)

Ardi Kaptiningsih (Региональное бюро ВОЗ для стран Юго-Восточной Азии)

Lali Khotenashvili (Европейское региональное бюро ВОЗ)

Blerta Maliqi (ВОЗ, инициатива «Обеспечение безопасной беременности»)

Viviana Mangiaterra (ВОЗ, инициатива «Обеспечение безопасной беременности»)

Jennifer Mark (Центр по контролю заболеваемости)

Francis Ndowa (Департамент репродуктивного здоровья и научных исследований ВОЗ)

Cyril Pervilhac (ВОЗ – группа экспертов по ВИЧ)

Jose Luis Diaz Rosselo (ВОЗ, Панамериканская организация здравоохранения / Латиноамериканский центр перинатологии и развития человека)

Cecilia Sanchez (ЮНИСЕФ)

Lale Say (Департамент репродуктивного здоровья и научных исследований ВОЗ)

George Schmid (Департамент репродуктивного здоровья и научных исследований ВОЗ)

Suzanne Serruya (ВОЗ, Панамериканская организация здравоохранения / Латиноамериканский центр перинатологии и развития человека)

Anuraj Shankar (ВОЗ, инициатива «Обеспечение безопасной беременности»)

Sirgu Sisay (Группа экспертов ВОЗ по ВИЧ)

Igor Toskin (Департамент репродуктивного здоровья и научных исследований ВОЗ)

Theodora Wi (Региональное бюро ВОЗ для стран Западной части Тихого океана)

Kenneth Wind-Andersen (Департамент репродуктивного здоровья и научных исследований ВОЗ)

Документ подготовили Lori Newman, Nathalie Broutet, Mary Kamb.

Сокращения

ВД	Всеобщий доступ (система оповещения)
ВОЗ	Всемирная организация здравоохранения
ИППП	инфекции, передаваемые половым путем
ИФА	иммуноферментный анализ
ЛВС	ликвидация врожденного сифилиса
НОР	наблюдение и оценка результатов
ОМД	охрана материнства и детства
ПАОЗ	Панамериканская организация здравоохранения
ППМР	профилактика передачи от матери ребенку
ПРООН	Программа развития Организации Объединенных Наций
ЦТР	цель тысячелетия в области развития
ЮНИСЕФ	Детский фонд Организации Объединенных Наций
RPR	тест для быстрого определения реакинов в плазме
ТРНА	реакция гемагглютинации с <i>Treponema pallidum</i>
ТРРА	реакция агглютинации с <i>Treponema pallidum</i>
UNAIDS	Объединенная программа Организации Объединенных Наций по ВИЧ/СПИДу
VDRL	тест научно-исследовательской лаборатории по изучению венерических заболеваний



Содержание

Выражение признательности	iii
Сокращения	iv
Реферат	vi
Введение	1
Целевая аудитория и применение документа	3
Руководящие принципы мероприятий по наблюдению и оценке результатов ЛВС	3
Ориентация на страны	3
Комплексный подход	3
Соблюдение прав	3
Сотрудничество	3
Поддержка программы наблюдения и оценки результатов ЛВС	3
Почему важны данные по ЛВС	6
Показатели для наблюдения и оценки результатов ЛВС	6
Основные показатели ЛВС	6
Дополнительные показатели	6
Общие показатели ОМД, применимые в контексте ЛВС	7
Специальные изучаемые показатели	7
Определение задач ЛВС	7
Сбор данных для наблюдения и оценки результатов ЛВС	8
Анализ данных	10
Распространение данных по ЛВС	10
Литература	11
Приложение А. Определение и описание показателей	13
Основные показатели ЛВС	13
Дополнительные показатели, специфические для ЛВС	17
Дополнительные показатели ОМД, применимые в контексте ЛВС	23
Специальные изучаемые показатели	26

Реферат

Инициатива по глобальной ликвидации врожденного сифилиса поддерживает глобальные усилия по достижению Целей тысячелетия в области развития (ЦТР): ЦТР 4 (сокращение детской смертности), ЦТР 5 (улучшение охраны материнства) и ЦТР 6 (борьба с ВИЧ/СПИДом, малярией и другими заболеваниями). Эпидемиологический надзор, наблюдение и оценка результатов вместе составляют один из четырех основных принципов ликвидации врожденного сифилиса.

Методы эпидемиологического надзора, наблюдения и оценки результатов были разработаны для использования на глобальном, региональном и национальном уровнях работниками здравоохранения, отвечающими за ликвидацию врожденного сифилиса. Цель этого документа – дать рекомендации по применению основных показателей для наблюдения за ликвидацией врожденного сифилиса (ЛВС) на региональном и национальном уровнях, которые согласуются с существующими системами регистрации данных и могут быть включены в них с целью улучшить базовые информационные системы. Применение общих глобальных показателей и методов на региональном и национальном уровнях будет способствовать получению сопоставимых данных в разных странах, становлению глобальной и региональных программ наблюдения за ЛВС, улучшению предоставляемой помощи и достижению ЦТР.

Крайне важна четкая поддержка инициативы по ЛВС внутри страны, поскольку во многих странах мероприятия, касающиеся врожденного сифилиса, включены во многие программы и зачастую неясно, какая из них основная. В каждой стране должны отслеживаться три основных показателя, необходимых для управления базовыми программами по ЛВС и наблюдения за ними:

1. Обследование на сифилис при первом обращении за медицинской помощью в рамках дородового наблюдения;
2. Положительные серологические реакции на сифилис у беременных;
3. Лечение беременных с положительными серологическими реакциями на сифилис.

Определены и другие показатели, которые могут быть полезны для управления программами по ЛВС и наблюдения за ними. Это как показатели, специфические для ЛВС, так и некоторые показатели, используемые в программах, посвященных охране материнства и детства (ОМД). Они должны внедряться, если кажутся уместными и применимыми в национальных условиях. Специальные изучаемые показатели также могут помочь в оценке результатов программы, но их регулярное получение может представлять трудности.

Если страна приняла стратегию наблюдения за ЛВС, важно распространять информацию о выбранных показателях, поставленных задачах, методах анализа и полученных результатах на всех уровнях (местном, региональном и глобальном). Хотя проведение анализа зависит от имеющихся условий, следует ежегодно оценивать, по крайней мере, три основных показателя, позволяющих судить об охвате беременных обследованием на сифилис, частоте положительных серологических реакций на сифилис у беременных и лечении беременных с положительными серологическими реакциями на сифилис, обращающихся за медицинской помощью в рамках дородового наблюдения, а также анализировать временные тенденции этих показателей.

Введение

Ежегодно в мире заболевают сифилисом более 2 миллионов беременных. Большинство из них не обследуют, а большинство обследованных получают несвоевременное лечение или не получают лечения вообще. Примерно в 50% случаев в отсутствие лечения сифилиса во время беременности происходит передача инфекции от матери плоду, что приводит к тяжелым неблагоприятным исходам беременности (мертворождению, смерти новорожденного, недоношенности, низкому весу при рождении или врожденному сифилису). По оценкам, с передачей сифилиса от матери плоду ежегодно связано 440 000 случаев перинатальной смерти (1).

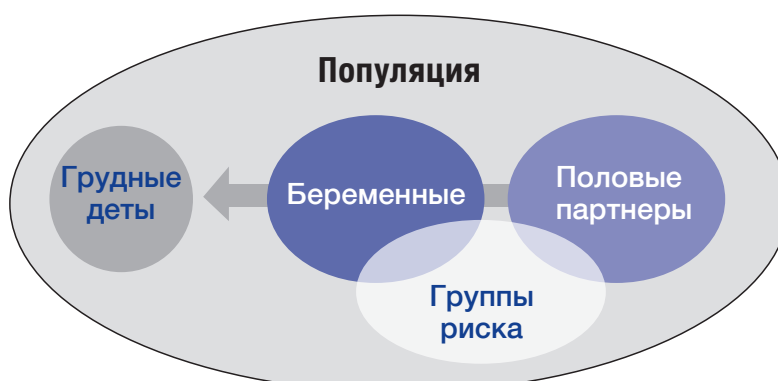
Таким образом, в течение многих лет скрининг сифилиса у беременных был частью базовой программы дородового наблюдения, рекомендованной Всемирной организацией здравоохранения (ВОЗ) и Детским фондом Организации Объединенных Наций (ЮНИСЕФ) (2, 3). Даже в популяциях с низкой распространенностью сифилиса у беременных для профилактики передачи сифилиса от матери ребенку или, другими словами, для профилактики врожденного сифилиса, абсолютно необходим полный охват беременных программами обследования и лечения (4). С учетом особенностей передачи сифилиса на распространенность этой инфекции у беременных влияют как ее распространенность в популяции, так и в группах риска (рис. 1).

Неблагоприятные исходы беременности, связанные с сифилисом, можно предупредить с помощью скрининга на ранних сроках беременности и неотложного лечения женщин с положительными серологическими реакциями (предпочтительно до 24-й недели беременности). В то время как у женщины для успешного излечения сифилиса в зависимости от стадии болезни достаточно одно- (первичный или

вторичный сифилис) или трехкратного (латентный сифилис) назначения пенициллинов длительного действия, для излечения инфекции и предупреждения ее последствий у плода достаточно их однократного применения. Стоимость одного исследования в рамках скрининга сифилиса может быть менее 1 доллара США, одной дозы препарата – менее 0,50 доллара США, поэтому, по оценкам специалистов по экономике здравоохранения, борьба с врожденным сифилисом – наиболее рентабельное из существующих мероприятий в области общественного здравоохранения (5).

Чтобы предупредить внутриутробную гибель плода и смерть новорожденного, обусловленные сифилисом во время беременности, ВОЗ в 2007 г. начала Инициативу по глобальной ликвидации врожденного сифилиса (5). Ликвидация врожденного сифилиса (ЛВС) – важная и выполнимая составляющая глобальных усилий по достижению Целей тысячелетия в области развития (ЦТР): ЦТР 4 (сокращение детской смертности), ЦТР 5 (улучшение охраны материнства) и ЦТР 6 (борьба с ВИЧ/СПИДом, малярией и другими заболеваниями). Эпидемиологический надзор, наблюдение и оценка результатов вместе составляют один из четырех основных принципов ЛВС, к которым относятся также просвещение, доступность медицинской помощи в рамках служб охраны материнства и детства (ОМД), а также обследование и лечение беременных (рамка 1). Чтобы поддержать местные и национальные системы наблюдения в рамках служб ОМД и достичь ЦТР, эпидемиологический надзор, наблюдение и оценка результатов ЛВС должны осуществляться в рамках существующих информационных систем по инфекциям, передающимся половым путем (ИППП), ВИЧ-инфекции и ОМД.

Рисунок 1. Передача сифилиса: обследование и лечение беременных абсолютно необходимы для предупреждения заболевания у грудных детей.



Рамка 1. Инициатива по глобальной ликвидации врожденного сифилиса

Общая цель инициативы по глобальной ликвидации врожденного сифилиса – ликвидировать эту болезнь как проблему общественного здравоохранения к 2015 г. (5). Конкретная цель – профилактика передачи сифилиса от матери ребенку и связанных с ней перинатальной заболеваемости и смертности. Для достижения этих целей необходимо совершенствование программ дородового наблюдения, а также программ по охране сексуального и репродуктивного здоровья, направленное на:

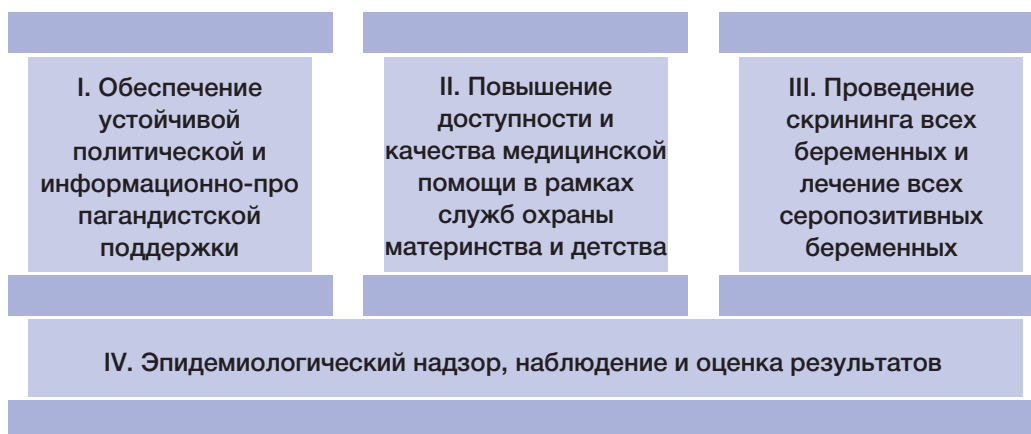
1. раннее дородовое наблюдение всех женщин, включающее скрининг сифилиса и неотложное лечение больных;
2. лечение всех новорожденных, рожденных матерями с положительными серологическими реакциями на сифилис;
3. лечение всех половых партнеров беременных, больных сифилисом, пропаганда применения презервативов во время беременности, консультирование всех женщин по вопросам профилактики инфекции.

Поскольку в разных странах используют разные диагностические критерии врожденного сифилиса, задачами глобальной инициативы являются:

- обследование в рамках скрининга сифилиса по крайней мере 90% беременных к 2015 г.;
- надлежащее лечение по крайней мере 90% женщин с положительными серологическими реакциями на сифилис к 2015 г.

ВОЗ приняла стратегию ЛВС, включающую четыре основных принципа:

Четыре основных принципа ликвидации врожденного сифилиса



Целевая аудитория и применение документа

Документ разработан для применения руководителями национальных программ с целью укрепления наблюдения и оценки результатов в рамках существующих национальных систем. Кроме того, он предназначен для профессионалов, работающих на региональном и глобальном уровнях, и призван поддерживать усилия по укреплению наблюдения и оценки результатов (НОР) ЛВС. В документе сконцентрированы существующие рекомендации ВОЗ по эпидемиологическому надзору, наблюдению и оценке результатов.

Руководящие принципы мероприятий по наблюдению и оценке результатов ЛВС

В соответствии с руководящими принципами инициативы по ЛВС мероприятия по НОР должны быть ориентированными на страны, подразумевать комплексный подход, соблюдение прав и сотрудничество.

Ориентация на страны

Данные, используемые для управления глобальными усилиями по ЛВС, получают в отдельных странах. Они должны представлять ценность для этих стран, побуждать их к проведению высококачественного эпидемиологического надзора в постоянном режиме. Предоставление национальных данных региональным и международным организациям способствует развитию стратегии и управления, содействующих и отвечающих нуждам стран.

Комплексный подход

Комплексный подход к ЛВС гарантирует, что усилия по ЛВС укрепят имеющиеся программы по борьбе с ИППП, ВИЧ-инфекцией, инициативы по ОМД и охране репродуктивного здоровья. Предполагается, что НОР ЛВС не будут носить вертикальный характер. Они должны действовать в контексте имеющихся информационных систем по ОМД. Кроме того, скрининг сифилиса у беременных – один из важнейших методов эпидемиологического надзора за ИППП, включенный в качестве основного компонента в программу эпидемиологического надзора второго поколения за ВИЧ-инфекцией, которая применяется независимо от эпидемиологической ситуации (т. е. является базовой, направленной и универсальной) (6).

Комплексный подход важен для большинства стран, поскольку данные, используемые в разных программах, могут иметь один источник, а персонал нередко отвечает за несколько программ. Предполагается, что представленные в этом документе рекомендации согласуют сбор данных по ЛВС с существующими рекомендациями по наблюдению в рамках смежных программ (рамка 2). При согласовании с рекомендациями ВОЗ следует учитывать существующие нацио-

нальные и региональные рекомендации, поскольку не все руководящие документы могут оказаться уместными для всех ситуаций.

Соблюдение прав

Соблюдение прав при проведении мероприятий по ЛВС гарантирует, что все лица знают о возможности участия в принятии решений, касающихся их здоровья, созданы условия для такого участия и предоставлен доступ к высококачественной медицинской помощи. Соблюдение прав при НОР ЛВС способствует сбору данных как можно более высокого качества во всех группах населения, использованию этих данных с соблюдением врачебной тайны, борется со стигматизацией, дискриминацией и любыми формами нарушений прав человека.

Сотрудничество

Сотрудничество в рамках ЛВС способствует совместной работе государственных учреждений, финансирующих организаций, частного сектора и населения, в том числе больных и лиц, относящихся к группам риска, направленной на оптимизацию использования ресурсов.

Поддержка программы наблюдения и оценки результатов ЛВС

Признано, что проводить эпидемиологический надзор за ИППП трудно и во многих странах он недостаточен. Так, обзор существующих национальных стратегий по проведению скрининга сифилиса у беременных в 14 странах с низкой, средней и высокой заболеваемостью, проведенный в 2006 г., продемонстрировал, что в большинстве стран отсутствовал ряд важных составляющих НОР, в том числе данные о распространенности сифилиса среди беременных. Несмотря на то что

Рамка 2. Эпидемиологический надзор, наблюдение и оценка результатов ликвидации врожденного сифилиса: руководящие документы ВОЗ, имеющие отношение к данной проблеме

Репродуктивное здоровье

- Мониторинг достижения всеобщего доступа к репродуктивному здоровью на национальном уровне. Концептуальные и практические вопросы. Соответствующие индикаторы (8)
- Показатели репродуктивного здоровья: рекомендации по их разработке, интерпретации и анализу в рамках глобального наблюдения (9)
- Наблюдение за деятельностью системы здравоохранения и система оповещения в рамках достижения всеобщего доступа к профилактике и лечению ВИЧ–инфекции/СПИДа, оказанию помощи и поддержке больных (2009–2010 гг.). Основы глобального наблюдения и оповещения, разработанные ВОЗ (10)

ВИЧ–инфекция / СПИД

- Рекомендации по эпидемиологическому надзору второго поколения за ВИЧ–инфекцией (обновленные) (6)
- Наблюдение за исполнением Декларации о приверженности делу борьбы с ВИЧ/СПИДом: рекомендации по разработке основных показателей (отчет 2010 г.) (11)
- Наблюдение и оценка результатов профилактики передачи ВИЧ от матери ребенку: руководство для создания национальных программ (12)
- Три связанных системы наблюдения: лечение ВИЧ–инфекции / антиретровирусная терапия, охрана материнства и детства / профилактика передачи инфекций от матери ребенку (включая профилактику малярии во время беременности), туберкулез / ВИЧ–инфекция. Стандартизованный минимальный набор данных и иллюстративные средства (13)

ИППП

- Глобальная стратегия профилактики инфекций, передаваемых половым путем, и борьбы с ними, 2006–2015 гг. (4)
- Стратегия укрепления эпидемиологического надзора за инфекциями, передаваемыми половым путем, и применяемые для этого лабораторные исследования (14)

Региональные документы

- Региональная инициатива по элиминации вертикальной передачи ВИЧ и врожденного сифилиса в странах Латинской Америки и Карибского бассейна: региональная стратегия наблюдения (15)
- Элиминация новых случаев ВИЧ–инфекции у детей и врожденного сифилиса в странах Азии и Тихоокеанского региона (2011–2015 гг.): концептуальная основа, рекомендации по наблюдению и оценке результатов (16)

о проведении активного эпидемиологического надзора сообщили 10 стран, национальная статистика по распространенности врожденного сифилиса была доступна только в шести. Сторожевой эпидемиологический надзор проводился только в 4 странах. Кроме того, диагностические критерии врожденного сифилиса в разных странах были разными (7). Эти данные выдвигают на первый

план необходимость улучшения качества эпидемиологического надзора, наблюдения и оценки результатов ЛВС.

Это требует четкой поддержки инициативы по ЛВС внутри страны. Во многих странах мероприятия по ЛВС страдают, поскольку ответственность за их проведение находится в рамках разных программ

(например, программ по ОМД, борьбе с ИППП, ВИЧ-инфекцией) и непонятно, какая из них отвечает за выработку стратегии, практическое внедрение и наблюдение. Четкое определение ответственности за исполнение программы по ЛВС может быть эффективным средством поддержки положительных связей между разными программами и препятствовать рассеянию усилий по ЛВС, что имеет отрицательные последствия и происходит, когда неясно, на ком лежит ответственность.

В некоторых странах одна программа (по ОМД, профилактике передачи инфекций от матери ребенку (ППМР) или борьбе с ИППП) отвечает за все три аспекта: выработку стратегии, внедрение программы и НОР ЛВС. Следует согласовывать программу ЛВС с программами по борьбе с ВИЧ-инфекцией, поскольку во многих странах программы ЛВС и ППМР ВИЧ используют общие системы наблюдения, а также поскольку ВИЧ-инфекция и сифилис во время беременности могут наблюдаться в одних и тех же группах населения

и развитие ИППП, например сифилиса, может свидетельствовать о риске заражения и передачи ВИЧ. Важно, чтобы ведущая программа регулярно обменивалась информацией с другими программами и координировала усилия по ЛВС, способствуя становлению прочных связей, потому что профилактика сифилиса во время беременности в конечном счете зависит от эффективной борьбы с сифилисом в популяции и мощной базы дородового наблюдения.

Эффективными средствами определения ответственности за мероприятия по ЛВС являются выработка национальной стратегии ЛВС, разработка программы, рабочего плана, рекомендаций и/или протокола. Национальная стратегия ЛВС может быть единственной программой, направленной на борьбу с этой патологией. Однако разработка национальной стратегии борьбы с вертикальной передачей ВИЧ и сифилиса в рамках укрепления базовой системы ОМД является более целостным подходом.

Рамка 3. Показатели, используемые для наблюдения и оценки результатов мероприятий по ликвидации врожденного сифилиса

Основные показатели ЛВС

1. Обследование на сифилис при первом обращении за медицинской помощью в рамках дородового наблюдения
2. Положительные серологические реакции на сифилис у беременных
3. Лечение беременных с положительными серологическими реакциями на сифилис

Дополнительные показатели, специфические для ЛВС

4. Частота врожденного сифилиса
5. Лечение грудных детей, рожденных матерями с положительными серологическими реакциями на сифилис
6. Лечение половых партнеров беременных с положительными серологическими реакциями на сифилис
7. Существование национальной стратегии по борьбе с врожденным сифилисом
8. Лечебно-профилактические учреждения, осуществляющие дородовое наблюдение и проводящие скрининг сифилиса в постоянном режиме
9. Дефицит материалов для исследований на сифилис
10. Дефицит пенициллинов длительного действия для внутримышечного введения

Общие показатели ОМД, применимые в контексте ЛВС

11. Охват дородовым наблюдением
12. Наблюдение на ранних сроках беременности
13. Частота мертворождений

Специальные изучаемые показатели

14. Расчетная доля больных сифилисом беременных, получивших лечение до 24-й недели беременности
15. Доля мертворождений, связанных с сифилисом у матери

Почему важны данные по ЛВС

Ниже перечислены факторы, объясняющие необходимость получения данных по ЛВС на глобальном, региональном и национальном уровнях:

- поддержка выделения ресурсов, а также приоритета ЛВС и укрепления системы дорожного наблюдения;
- получение исходных данных для инициативы по ЛВС и определения достижимых целей;
- наблюдение за снижением материнской и перинатальной заболеваемости и смертности, обусловленных отсутствием лечения сифилиса;
- выявление недостатков, нуждающихся в устранении, в частности:
 - необходимости дополнительных рекомендаций и методик;
 - областей для проведения операционных исследований;
 - необходимости технической помощи и ресурсов.

Показатели для наблюдения и оценки результатов ЛВС

С целью обеспечения глобального наблюдения и возможности использовать данные, полученные в разных регионах и странах, ВОЗ рекомендует всем регионам и странам применять три широко определяемых *основных показателя ЛВС. Дополнительные показатели, специфические для ЛВС, и общие показатели ОМД регионы и страны могут определять по выбору, а специальные изучаемые показатели* – определять периодически (рамка 3). Дополнительные показатели, специфические для ЛВС, и общие показатели ОМД регионы и страны должны выбирать из списка, представленного в рамке 3, или определять показатели, специфические для данной страны, с учетом национальных условий, в частности структуры системы здравоохранения, существующих систем наблюдения, эпидемиологии и географического распространения заболевания, специфических социально-демографических аспектов, доступности ресурсов для НОР. Рекомендуемые определения основных, дополнительных, специфических для ЛВС и специальных изучаемых показателей, а также общих показателей ОМД, и ряда других характеристик, представлены в Приложении А «Определение и описание показателей».

Основные показатели ЛВС

Основные показатели ЛВС – это показатели, которые настоятельно рекомендуется внедрить во всех странах, поскольку они предоставляют основную информацию для управления базовыми программами по ЛВС и наблюдения за ними:

Основные показатели ЛВС предоставляют информацию о следующем:

1. обследование на сифилис при первом обращении за медицинской помощью в рамках дорожного наблюдения;
2. положительные серологические реакции на сифилис у беременных;
3. лечение беременных с положительными серологическими реакциями на сифилис.

Дополнительные показатели

Дополнительные показатели – это показатели, которые предоставляют информацию, полезную для управления программами по ЛВС и наблюдения за ними. Некоторые показатели специфичны для ЛВС, другие показатели постоянно оценивают в рамках программ по ОМД, но они могут также способствовать оценке мероприятий по ЛВС. Каждой стране следует изучить список дополнительных показателей и внедрить определение тех, которые кажутся уместными и применимыми в национальных условиях.

Дополнительные показатели, специфические для ЛВС, предоставляют информацию о следующем:

4. частота врожденного сифилиса;
5. лечение грудных детей, рожденных матерями с положительными серологическими реакциями на сифилис;
6. лечение половых партнеров беременных с положительными серологическими реакциями на сифилис;
7. существование национальной стратегии по борьбе с врожденным сифилисом;
8. лечебно-профилактические учреждения, осуществляющие дорожное наблюдение и проводящие скрининг сифилиса в постоянном режиме;
9. дефицит материалом для исследований на сифилис;
10. дефицит пенициллинов длительного действия для внутримышечного введения.

Рисунок 2. Показатели ОМД, отобранные в рамках Региональной инициативы по элиминации вертикальной передачи ВИЧ и врожденного сифилиса в странах Латинской Америки и Карибского бассейна



Общие показатели ОМД, применимые в контексте ЛВС

Общие показатели ОМД, применимые в контексте ЛВС, предоставляют информацию о следующем:

11. охват дородовым наблюдением;
12. наблюдение на ранних сроках беременности;
13. частота мертворождений

Специальные изучаемые показатели

Эти показатели крайне важны для оценки результатов всех национальных программ, но, по общему признанию, сложны в получении при проведении обычных мероприятий по эпидемиологическому надзору, наблюдению и оценке результатов. Во многих странах их получение требует проведения специальных исследований, проводимых в постоянном режиме.

К специальным изучаемым показателям относятся:

14. расчетная доля больных сифилисом беременных, получивших лечение до 24-й недели беременности;
15. доля мертворождений, связанных с сифилисом у матери.

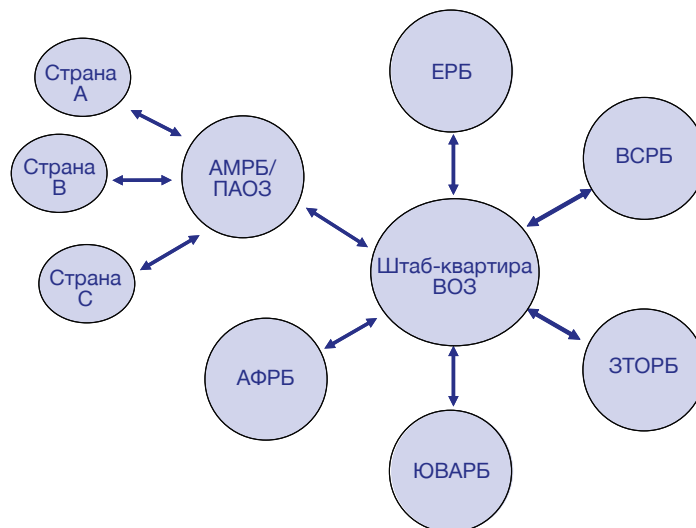
Лучше всего отобрать комбинацию показателей для оценки развития программы (например, обследование на сифилис при первом обращении за медицинской помощью в рамках дородового наблюдения и лечение беременных с положительными серологическими реакциями на сифилис), ее промежуточных (например, положительные серологические реакции на сифилис у беременных) и отдаленных (например, частота врожденного сифилиса и доля мертворождений, связанных с сифилисом у матери) результатов.

Определение задач ЛВС

Хотя для некоторых показателей существуют глобальные задачи (см. Приложение А), регионам и странам следует самим определять задачи, которые соответствует выбранным им показателям, эпидемиологической ситуации и масштабу планируемых вмешательств в общественное здравоохранение. Так, Региональные бюро ВОЗ для стран Западной части Тихого океана и Юго-Восточной Азии, а также Панамериканская организация здравоохранения (ПАОЗ) определили региональные задачи для нескольких показателей ЛВС, которые были приняты и адаптированы странами (рис. 2) (15–18).

Рисунок 3. Пример потока данных по основным показателям ЛВС.

Сообщение в рамках системы «ВИЧ – всеобщий доступ»



АМРБ – Региональное бюро ВОЗ для стран Америки; АФРБ – Региональное бюро ВОЗ для стран Африки; ВСРБ – Региональное бюро ВОЗ для стран Восточного Средиземноморья; ЕРБ – Европейское региональное бюро ВОЗ; ЗТОРБ – Региональное бюро ВОЗ для стран Западной части Тихого океана; ПАОЗ – Панамериканская организация здравоохранения; ЮВАРБ – Региональное бюро ВОЗ для стран Юго-Восточной Азии.

Сбор данных для наблюдения и оценки результатов ЛВС

В некоторых странах данные по основным показателям ЛВС можно получить из стандартных отчетов национальных программ ОМД. Их можно получить также при проведении сторожевого эпидемиологического надзора и специальных исследований. При получении данных из стандартных отчетов программ ОМД ВОЗ рекомендует странам использовать стандартизованный минимальный набор данных и иллюстративные средства, описанные в документе «Три связанных системы наблюдения: лечение ВИЧ-инфекции / антиретровирусная терапия, ОМД / ППМР (включая профилактику малярии во время беременности), туберкулез / ВИЧ-инфекция» (13). Могут быть доступны также региональные рекомендации. Так, ПАОЗ / Латино-американский центр перинатологии и развития человека (CLAP) и ЮНИСЕФ разработали рекомендации для стран Америки, Азии и Тихоокеанского региона по НОР борьбы с вертикальной передачей ВИЧ и сифилиса.

Чтобы управлять национальными мероприятиями по ЛВС и способствовать улучшению базовой дорожной помощи, всем странам настоятельно рекомендуется ежегодно собирать и анализировать

данные по основным показателям ЛВС. Кроме того, рекомендуется передавать полученные данные по основным показателям ЛВС на региональный и глобальный уровни с помощью имеющихся в распоряжении средств, например системы оповещения «ВИЧ – всеобщий доступ» (ВИЧ ВД) (10, 19). Данные по основным показателям должны собираться в каждой стране ежегодно, проверяться на национальном уровне и затем пересылаться через региональное бюро в штаб-квартиру ВОЗ или UNAIDS (рис. 3).

Странам, имеющим ресурсы и возможности получить данные по *дополнительным показателям, специфическим для ЛВС*, рекомендуется выполнять это в постоянном режиме, т. е. по возможности ежегодно или по крайней мере каждые 2–3 года. Дополнительные показатели можно получить из стандартных отчетов национальных программ, при проведении сторожевого эпидемиологического надзора или специальных исследований (например, национальных опросов, проводимых в лечебно-профилактических учреждениях, популяционных опросов). *Специальные изучаемые показатели* странам рекомендуется собирать исходно и затем каждые 2–3 года, чтобы оценить влияние мероприятий по ЛВС на общественное здоровье

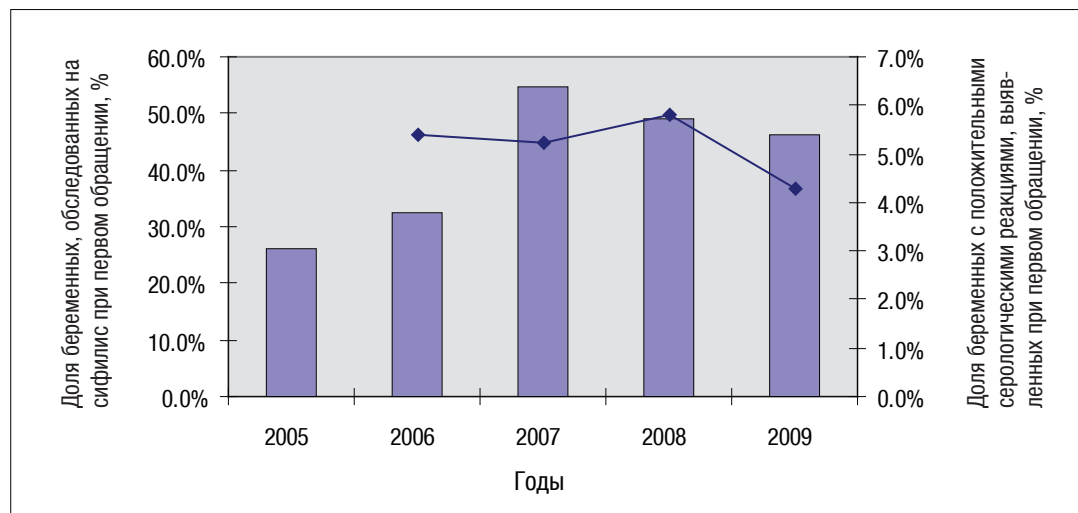
Таблица 1. Пример представления данных в виде таблицы: доля беременных, обследованных на сифилис при первом обращении за медицинской помощью в рамках дородового наблюдения, доля беременных с положительными серологическими реакциями на сифилис, а также доля серопозитивных беременных, получивших лечение (Парагвай, 2005–2009 гг.)

Показатели	2005	2006	2007	2008	2009
1. Доля беременных, обследованных на сифилис при первом обращении за медицинской помощью в рамках дородового наблюдения, %	26.1	32.5	54.7	49.2	46.2
Число беременных, обследованных на сифилис при первом обращении за медицинской помощью в рамках дородового наблюдения	37 030	54 511	55 467	55 266	58 857
Число беременных, получающих медицинскую помощь в рамках дородового наблюдения	141 662	167 484	101 380	112 318	127 322
2. Доля беременных с положительными серологическими реакциями на сифилис, %	N/A	5.4	5.2	5.8	4.3
Число беременных с положительными серологическими реакциями на сифилис, выявленных в рамках дородового наблюдения	N/A	2933	2890	3215	2523
Число беременных, обследованных на сифилис в рамках дородового наблюдения	N/A	54 511	55 467	55 266	58 657
3. Доля беременных с положительными серологическими реакциями на сифилис, получивших лечение, %	N/A	85.6	60.0	57.0	61.8
Число беременных с положительными серологическими реакциями на сифилис, получивших лечение	N/A	2511	1734	1832	1558
Число выявленных беременных с положительными серологическими реакциями на сифилис	N/A	2933	2890	3215	2523

НО – не оценивался.

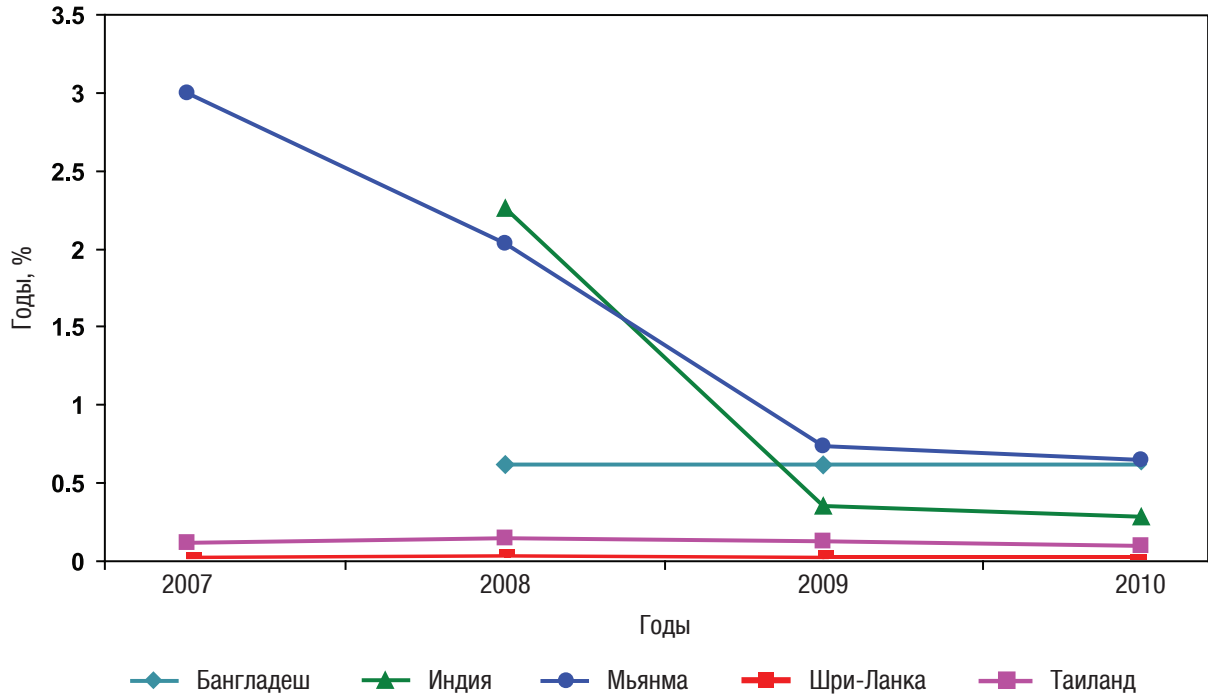
Источник: неопубликованные данные, Национальная программа борьбы со СПИДом, Министерство здравоохранения Парагвая (2011 г.)

Рисунок 4. Пример представления данных в виде графика: доля беременных, обследованных на сифилис при первом обращении за медицинской помощью в рамках дородового наблюдения, и доля беременных с положительными серологическими реакциями на сифилис (Парагвай, 2005–2009 гг.)



Источник: неопубликованные данные, Национальная программа борьбы со СПИДом, Министерство здравоохранения Парагвая (2011 г.).

Рисунок 5. Доля беременных с положительными серологическими реакциями на сифилис, обследованных в рамках дородового наблюдения в 2007–2010 гг.



Источник: Региональное бюро ВОЗ для стран Западной части Тихого океана, данные действующей программы.

и саму программу. Формат и механизм передачи этих данных зависит от региона (например, ПАОЗ передает дополнительные данные по региональной инициативе в файле Excel, в котором содержатся данные для системы оповещения ВИЧ ВД). Ссылки на региональные рекомендации и применяемые методики доступны на сайтах региональных бюро ВОЗ, а также на сайте ВОЗ «Eliminating congenital syphilis» («Ликвидация врожденного сифилиса») (20).

Анализ данных

Данные должны анализироваться на всех уровнях: местном, национальном, региональном и глобальном. Хотя проводимый анализ зависит от условий, следует ежегодно оценивать по крайней мере три основных показателя, позволяющих судить об охвате беременных обследованием на сифилис, частоте положительных серологических реакций на сифилис у беременных и лечении беременных с положительными серологическими реакциями на сифилис, обращающихся за медицинской помощью в рамках дородового наблюдения, а

также анализировать временные тенденции этих показателей.

Существует множество удобных форматов представления данных, в том числе таблицы, линии трендов, гистограммы или их комбинации. Представление данных в виде таблиц удобно, если эти данные затем будут передаваться, например, руководителям программ, т. е. лицам, которые должны знать абсолютные и относительные величины (табл. 1). Если необходимо быстро интерпретировать данные в рамках национального отчета, более удобно их представление в виде графика (рис. 4). Простое графическое представление данных может быть полезно и на региональном уровне, когда приходится объединять данные, полученные из нескольких стран (рис. 5). Незаполненные формы для построения этих графиков в программе Excel можно скачать по адресу:

Распространение данных по ЛВС

Основные показатели ЛВС должны быть представлены и проанализированы в ежегодном национальном отчете, подводящем итоги меро-

приятый по ЛВС, который может быть самостоятельным или объединенным с отчетами по другим программам. Необходимо предпринимать усилия по координации программ по ОМД, борьбе с ИППП и ВИЧ-инфекцией. Национальные программы должны обеспечивать, чтобы учреждения, присылающие данные, получали по ним обратную связь, участвовали в анализе и распространении данных, гарантировать этим учреждениям право собственности на данные. При распространении данных следует подчеркивать, что они должны применяться, чтобы направлять стратегию и проводимые в ее рамках мероприятия.

Полученные данные следует ежегодно распространять и на региональном уровне. Здесь данные по ЛВС должны использоваться для ежегодного определения успешных мероприятий, которые могут служить показательными для других стран и регионов, а также для определения стран, нуждающихся в дополнительной или более интенсивной поддержке. Распространение данных на региональном уровне должно включать оценку прогресса данного региона в ЛВС, проводимую ежегодно или каждые 2–3 года.

Сбор данных, оповещение, анализ, составление отчетов и распространение данных по основным показателям ЛВС на глобальном уровне будет проводить штаб-квартира ВОЗ. Эти данные должны ежегодно изучаться региональными бюро. Обзор основных показателей будет ежегодно представляться в отчете «ВИЧ ВД». Результаты более детального анализа основных показателей, а также любых имеющихся дополнительных или специальных изучаемых показателей, представленных региональными бюро или национальными представительствами, будут включаться в отчет по глобальной ЛВС, который будет составляться ежегодно или каждые 2–3 года.

Литература

1. *Global estimates of syphilis in pregnancy and associated adverse outcomes - 2008*. Geneva, World Health Organization, 2011 (в печати).
2. *Standards for maternal and neonatal care*. Geneva, World Health Organization, 2007 (http://www.who.int/making_pregnancy_safer/documents/a91272/en/index.html, по состоянию на 18 июля 2011 г.).
3. *The state of the world's children 2009: maternal and newborn health*. New York, United Nations Children's Fund, 2009 (http://www.unicef.org/publications/index_47127.html, по состоянию на 18 июля 2011 г.).
4. *Global strategy for the prevention and control of sexually transmitted infections: 2006–2015: breaking the chain of transmission*. Geneva, World Health Organization, 2007 (http://whqlibdoc.who.int/publications/2007/9789241563475_eng.pdf, по состоянию на 18 июля 2011 г.).
5. *The global elimination of congenital syphilis: rationale and strategy for action*. Geneva, World Health Organization, 2007 (http://whqlibdoc.who.int/publications/2007/9789241595858_eng.pdf, по состоянию на 18 июля 2011 г.).
6. *Guidelines for second generation HIV surveillance: an update*. Geneva, World Health Organization, 2011 (в печати).
7. Hossain M, Broutet N, Hawkes S. The elimination of congenital syphilis: a comparison of the proposed World Health Organization action plan for the elimination of congenital syphilis with existing national maternal and congenital syphilis policies. *Sexually Transmitted Diseases*, 2007, 34:S22–S30.
8. *National-level monitoring of the achievement of universal access to reproductive health: conceptual and practical considerations and related indicators*. Geneva, World Health Organization, 2008 (<http://www.who.int/reproductivehealth/publications/monitoring/9789241596831/en/index.html>, по состоянию на 18 июля 2011 г.).
9. *Reproductive health indicators: guidelines for their generation, interpretation and analysis for global monitoring*. Geneva, World Health Organization, 2006 (<http://www.who.int/reproductivehealth/publications/monitoring/924156315x/en/index.html>, по состоянию на 18 июля 2011 г.).

10. *Monitoring and reporting on the health sector's response towards universal access to HIV/AIDS treatment, prevention, care and support 2009–2010. WHO framework for global monitoring and reporting.* Geneva, World Health Organization, 2009 (http://www.who.int/hiv/universalaccess2010/hiv_me_framework_2009-10.pdf, по состоянию на 18 июля 2011 г.).
11. *Monitoring the Declaration of Commitment on HIV/AIDS: guidelines on construction of core indicators, 2010 reporting.* Geneva, Joint United Nations Programme on HIV/AIDS (UNAIDS), 2009 (http://data.unaids.org/pub/Manual/2009/JC1676_Core_Indicators_2009_en.pdf, по состоянию на 18 июля 2011 г.).
12. *Monitoring and evaluating prevention of mother-to-child transmission of HIV: a guide for national programmes.* Geneva, World Health Organization, 2011.
13. *Three interlinked patient monitoring systems for HIV care/ART, MCH/PMTCT (including malaria prevention during pregnancy) and TB/HIV: standardized minimum data set and illustrative tools.* Geneva, World Health Organization, 2010 (http://www.who.int/hiv/pub/imai/three_patient_monitor/en/, по состоянию на 18 июля 2011 г.).
14. *Strategies and Laboratory Methods for Strengthening Surveillance of Sexually Transmitted Infections.* Geneva, World Health Organization, 2011 (в печати).
15. Alonso González M. *Regional initiative for the elimination of vertical transmission of HIV and congenital syphilis in Latin America and the Caribbean: regional monitoring strategy.* Washington DC, Pan American Health Organization, 2010 (http://new.paho.org/hq/index.php?option=com_content&task=view&id=2911&Itemid=2285, по состоянию на 18 июля 2011 г.).
16. *Elimination of new paediatric HIV infections and congenital syphilis in Asia–Pacific, 2011–2015: conceptual framework, monitoring and evaluation guide.* Bangkok, UNICEF, East Asia and Pacific Regional Office, 2011.
17. *Regional strategic action plan for the prevention and control of sexually transmitted infections.* Manila, World Health Organization, Regional Office for the Western Pacific, 2008 (http://www.wpro.who.int/NR/rdonlyres/D2E7302E-6BB4-4B08-A9CD-30E0E3C4F64A/0/STIStrategy_FINAL30May2008.pdf, по состоянию на 18 июля 2011 г.).
18. *Regional strategy for the elimination of congenital syphilis.* New Delhi, World Health Organization, Regional Office for South-East Asia, 2009 (http://www.searo.who.int/LinkFiles/Publications_RS-elimination-syphilis.pdf, по состоянию на 18 июля 2011 г.).
19. WHO, UNICEF, Joint United Nations Programme on HIV/AIDS (UNAIDS). *Monitoring and reporting on the health sector response to HIV/AIDS. Annual reporting tool 2009.* (http://www.who.int/hiv/data/ua08_reportingform_25feb_en.xls, по состоянию на 18 июля 2011 г.).
20. World Health Organization. *Eliminating congenital syphilis* (<http://www.who.int/reproductivehealth/topics/rtis/syphilis/en/index.html>, по состоянию на 18 июля 2011 г.).
21. Pan American Health Organization. *Maternal and congenital syphilis: case definitions.* http://www.paho.org/english/dd/ais/be_v26n1-en-sifilis.htm, по состоянию на 19 июля 2011 г.).

Приложение А. Определение и описание показателей

Основные показатели ЛВС

Показатель 1 – основной	Обследование на сифилис при первом обращении за медицинской помощью в рамках дородового наблюдения
Что измеряет	Доля беременных, обследованных на сифилис при первом обращении за медицинской помощью в рамках дородового наблюдения
Обоснование	Обследование на сифилис и его лечение эффективно предупреждают неблагоприятные исходы беременности, обусловленные этим заболеванием. Это основные мероприятия по борьбе с врожденным сифилисом. Врожденный сифилис можно предупредить, если все беременные будут обследованы и получат лечение на ранних сроках беременности, до реализации неблагоприятного воздействия инфекции на плод. Обследование на сифилис является частью рекомендуемого базового набора медицинских услуг в рамках дородового наблюдения. Таким образом, обследование беременных, обращающихся за медицинской помощью в рамках дородового наблюдения, на сифилис, отражает качество обязательных медицинских услуг, предоставляемых в рамках дородового наблюдения
Числитель	Число беременных, обследованных на сифилис при первом обращении за медицинской помощью в рамках дородового наблюдения, в год
Знаменатель	Число беременных, впервые обратившихся за медицинской помощью в рамках дородового наблюдения на протяжении данной беременности, в год
Ссылки	Показатель описан в глобальной стратегии ВОЗ по борьбе с ИППП (4), стратегии ВОЗ по ЛВС (5) и руководящих документах ВОЗ по программе ВИЧ ВД (10)
Источник данных	В идеале данные следует получать из стандартных отчетов национальных программ по ОМД. Если это невозможно, могут применяться сторожевой эпидемиологический надзор, изучение доли серопозитивных лиц или другие специальные исследования, если полученные в них данные позволяют судить о деятельности национальной программы
Частота определения	Ежегодно
Дезагрегирование	По возрастным группам и триместрам беременности
Комментарии	<p>Анализ доли обследованных при первом обращении полезен для понимания качества программ скрининга сифилиса в рамках дородового наблюдения, поскольку для предупреждения самопроизвольного аборта и мертворождения лечение сифилиса во время беременности должно быть проведено как можно раньше.</p> <p>Если страны не могут дифференцировать данные об обследовании на сифилис при первом или последующих обращениях, они все же могут предоставлять данные по этому показателю, однако при предоставлении данных нужно отметить эту их особенность.</p> <p>Дезагрегирование по возрастным группам позволяет выявить различия в охвате скринингом разных групп беременных. Дезагрегирование по триместрам беременности, хотя и трудно выполнимое в повседневной практике, позволяет определить долю беременных, обследованных достаточно рано, чтобы предупредить неблагоприятные исходы беременности</p>
Использование данных	<p><i>Глобальный уровень:</i> изучение временных тенденций для оценки достижения поставленной задачи по охвату беременных скринингом. Для интерпретации данных необходимы знания тактики обследования и применяемых методик.</p> <p><i>Местный уровень:</i> данные могут использоваться для выявления лечебно-профилактических учреждений, неполноценно внедряющих в практику национальную стратегию.</p>
Предлагаемая задача	Глобальная: > 90% (4, 5); ПАОЗ: ≥ 95% (15); страны Азии и Тихоокеанского региона: ≥ 90% (16)

Показатель 2 – основной	Положительные серологические реакции на сифилис у беременных
Что измеряет	Доля беременных в возрасте 15–24 лет, обращающихся за медицинской помощью в рамках дородового наблюдения, с положительными серологическими реакциями на сифилис
Обоснование	Распространенность сифилиса среди беременных, обращающихся за медицинской помощью в рамках дородового наблюдения, отражает распространенность сифилиса в популяции и таким образом позволяет судить об эффективности программ профилактики ИППП (не программы профилактики врожденного сифилиса). Этот показатель полезен для оценки распространенности сифилиса и может быть ранним сигналом изменений распространения ВИЧ в популяции
Числитель	Число беременных в возрасте 15–24 лет, обращающихся за медицинской помощью в рамках дородового наблюдения, с положительными серологическими реакциями на сифилис в год
Знаменатель	Число беременных в возрасте 15–24 лет, обращающихся за медицинской помощью в рамках дородового наблюдения, обследованных на сифилис, в год
Ссылки	Показатель описан в глобальной стратегии ВОЗ по борьбе с ИППП (4), стратегии ВОЗ по ЛВС (5), рекомендациях ВОЗ по использованию показателей репродуктивного здоровья (8) и руководящих документах ВОЗ по программе ВИЧ ВД (10)
Источник данных	Рекомендуется получать эти данные вместе с данными по распространенности ВИЧ-инфекции у беременных из стандартных отчетов национальных программ по ОМД, при периодическом проведении сторожевого эпидемиологического надзора, изучении доли серопозитивных лиц или других специальных исследований
Частота определения	Ежегодно
Дезагрегирование	Если позволяют источники данных, следует также оценивать частоту положительных серологических реакций на сифилис у всех беременных (независимо от возраста). Если позволяют источники данных, следует также оценивать частоту выявления положительных серологических реакций на сифилис в высоком титре (пороговый титр в нетрепонемных реакциях $\geq 1:8$).
Комментарии	Поскольку во многих странах одновременно получают данные о результатах обследования с помощью разных методик, анализ следует ограничивать женщинами в возрасте 15–24 года. Это повышает вероятность, что положительная серологическая реакция на сифилис свидетельствует о недавнем заражении. В идеале при положительных серологических реакциях следует использовать комбинацию нетрепонемных (например, тест для быстрого определения реагинов в плазме (RPR) или тест научно-исследовательской лаборатории по изучению венерических заболеваний (VDRL)) и трепонемных (например, реакция непрямой гемагглютинации <i>Treponema pallidum</i> (ТРНА), реакция непрямой агглютинации <i>Treponema pallidum</i> (ТРПА), иммуноферментный анализ (ИФА) или один из доступных экспресс-методов) реакций. Однако во многих лечебно-профилактических учреждениях применяется только один метод диагностики. Например, в женских консультациях, не имеющих базовой лаборатории, могут использоваться только трепонемные экспресс-реакции. Применение этих методов диагностики, которые можно проводить на местах оказания медицинской помощи, позволит организовать обследование на сифилис в лечебно-профилактических учреждениях, не имеющих лабораторий, что существенно увеличит число беременных, которые могут пройти скрининг на сифилис и получить лечение.

<p>Комментарии (продолжение)</p>	<p>При высоких титрах нетрепонемных реакций, особенно $\geq 1:8$, следует думать о нелеченном сифилисе. Положительные трепонемные реакции свидетельствуют о любой инфекции, даже успешно излеченной, и не позволяют дифференцировать давно перенесенный сифилис и недавнее заражение. Если имеются данные и трепонемных и нетрепонемных реакций, то сифилис диагностируют при положительных результатах и тех, и других.</p> <p>Поскольку большинство внутренних информационных систем не поддерживают уникальные идентификаторы и женщины могут быть обследованы во время беременности более чем один раз, полученные данные отражают скорее частоту положительных серологических реакций на сифилис, а не его истинную распространенность. Тем не менее во многих странах считается, что частота положительных серологических реакций на сифилис мало отличается от распространенности сифилиса у обращающихся за медицинской помощью в рамках дородового наблюдения.</p> <p>По возможности следует учитывать только результат первого обследования на сифилис беременных, обращающихся за медицинской помощью в рамках дородового наблюдения.</p>
<p>Использование данных</p>	<p><i>Глобальный уровень:</i> оценить материнскую и перинатальную заболеваемость и смертность, обусловленные сифилисом, которые можно предупредить с помощью эффективных программ.</p> <p><i>Региональный уровень:</i> определить страны с наиболее высокой распространенностью врожденного сифилиса, наиболее нуждающиеся в комплексной профилактике врожденного сифилиса в рамках существующих систем дородового наблюдения.</p> <p><i>Местный уровень:</i> определить лечебно-профилактические учреждения, наиболее нуждающиеся в комплексной профилактике врожденного сифилиса в рамках существующих систем дородового наблюдения.</p> <p><i>Все уровни:</i> анализировать тенденции распространенности сифилиса и ВИЧ-инфекции, чтобы не пропустить ранние сигналы изменений распространения ВИЧ в популяции.</p> <p>Для интерпретации тенденций необходимы знания применяемых методик (например, частота применения трепонемных и нетрепонемных реакций).</p>
<p>Предлагаемая задача</p>	<p>Глобальная: < 2% (4). Регионы и страны могут стремиться к достижению более низких показателей. Так, Региональной бюро ВОЗ для стран Юго-Восточной Азии рекомендует снизить распространенность сифилиса среди беременных до < 1% или наполовину от имеющейся в зависимости от того, что будет ниже (18).</p>

Показатель 3 – основной	Лечение беременных с положительными серологическими реакциями на сифилис
Что измеряет	Доля беременных, обращающихся за медицинской помощью в рамках дородового наблюдения, с положительными серологическими реакциями на сифилис, получивших лечение, необходимое для профилактики врожденного сифилиса, в год
Обоснование	Лечение беременных с положительными серологическими реакциями на сифилис – неотъемлемый компонент ликвидации врожденного сифилиса. Проведение лечения также отражает качество обязательных медицинских услуг, предоставляемых в рамках дородового наблюдения, и служит суррогатным критерием эффективности мероприятий по профилактике врожденного сифилиса
Числитель	Число беременных, обращающихся за медицинской помощью в рамках дородового наблюдения, с положительными серологическими реакциями на сифилис, получивших по крайней мере одну дозу пенициллина длительного действия для внутримышечного введения
Знаменатель	Число беременных, обращающихся за медицинской помощью в рамках дородового наблюдения, с положительными серологическими реакциями на сифилис
Ссылки	Показатель описан в глобальной стратегии ВОЗ по борьбе с ИППП (4), стратегии ВОЗ по ЛВС (5) и руководящих документах ВОЗ по программе ВИЧ ВД (10)
Источник данных	В идеале данные следует получать из стандартных отчетов национальных программ по ОМД. Если это невозможно, могут применяться сторожевой эпидемиологический надзор, изучение доли серопозитивных лиц или другие специальные исследования, если полученные в них данные позволяют судить о деятельности национальной программы
Частота определения	Ежегодно
Дезагрегирование	Передача сифилиса от матери плоду может произойти на любом сроке беременности. Наиболее неблагоприятные исходы отмечаются, если это происходит после 20-й недели беременности (II триместр). Чтобы предупредить такие исходы, а именно мертворождение, смерть новорожденного, недоношенность / низкий вес при рождении, лечение должно быть назначено как можно раньше, в идеале до 24-й недели беременности. С учетом этого анализ наиболее информативен, если включает данные только о лечении, назначенном до 24-й недели беременности
Комментарии	Для анализа показателя достаточно данных об однократном назначении пенициллина длительного действия для внутримышечного введения, поскольку это лечение (при достаточно раннем проведении) предупреждает врожденный сифилис. Однократное назначение пенициллинов достаточно также для лечения беременной от первичного или вторичного сифилиса. Однако у большинства серопозитивных беременных диагностируют латентный сифилис, при котором для профилактики третичного сифилиса беременной показано трехкратное введение бензатинбензилпенициллина с интервалом в 1 неделю
Использование данных	<i>Глобальный / региональный / местный уровень:</i> оценить эффективность программы по снижению материнской и перинатальной заболеваемости и смертности, обусловленных сифилисом. <i>Местный уровень:</i> определить лечебно-профилактические учреждения, нуждающиеся в помощи по внедрению программы или дополнительные ресурсы. Для интерпретации тенденций необходимы знания тактики лечения и применяемых методик.
Предлагаемая задача	Глобальная: > 90% к 2015 г. (4, 5). ПАОЗ: ≥ 95% (15); Азия и Тихоокеанский регион: ≥ 90% (16))

Дополнительные показатели, специфические для ЛВС

Показатель 4 – дополнительный	Частота врожденного сифилиса
Что измеряет	Число случаев врожденного сифилиса на 1000 живых детей
Обоснование	Частота врожденного сифилиса отражает частоту неблагоприятных исходов сифилиса во время беременности. Оценка тенденций этого показателя важна для просвещения и наблюдения. Регионы и страны, установившие диагностические критерии врожденного сифилиса, могут рассматривать этот показатель как основной наряду с тремя перечисленными выше. Следует проявлять осмотрительность при разработке диагностических критериев (см. ниже)
Числитель	Число зарегистрированных случаев врожденного сифилиса, отвечающих национальным диагностическим критериям, за определенный период времени
Знаменатель	Расчетное число новорожденных согласно региональным или национальным данным Программы развития Организации Объединенных Наций (ПРООН) за определенный период времени
Ссылки	Показатель еще не определяется на глобальном уровне
Источник данных	Стандартные отчеты системы здравоохранения
Частота определения	Ежегодно
Дезагрегирование	Нет
Комментарии	<p>Эпидемиологический надзор за врожденным сифилисом – трудная задача, поскольку диагностика этой патологии основана на данных анамнеза и результатах обследования. Она наиболее надежна, если применяются специальные методы исследования, которые редко доступны в развитых странах. В результате диагностические критерии врожденного сифилиса остаются предметом дискуссий, сильно различаются в разных странах и отсутствуют как общепринятые на глобальном уровне.</p> <p>Для нужд системы здравоохранения эксперты предлагают использовать простые диагностические критерии, имеющие высокую чувствительность (но не специфичность), поскольку гиподиагностика имеет крайне неблагоприятные последствия для беременности. Так, в некоторых странах диагностическим критерием врожденного сифилиса являются положительные серологические реакции на сифилис у матери, хотя понятно, что применение таких диагностических критериев завышает истинную частоту врожденного сифилиса. Последовательное применение четких диагностических критериев позволяет оценивать временные тенденции этого показателя.</p> <p>С диагностическими критериями, применяемыми ПАОЗ, и дискуссией по этому вопросу можно ознакомиться, обратившись к ссылкам 15 и 21.</p> <p>Три варианта диагностических критериев, предложенных Региональным бюро ВОЗ для стран Юго-Восточной Азии, можно найти, обратившись к ссылке 18.</p> <p>С учетом трудностей диагностики врожденного сифилиса и используемых диагностических критериев широко распространены как занижение, так и завышение его частоты. При изучении этого показателя всегда следует учитывать вероятную величину имеющейся ошибки..</p>
Использование данных	Анализ изменений показателя позволяет судить о временных тенденциях частоты врожденного сифилиса
Предлагаемая задача	Региональная или национальная: ПАОЗ (15), Азия и Тихоокеанский регион (16): $\leq 0,5$ случаев на 1000 живых детей; Региональное бюро ВОЗ для стран Западной части Тихого океана (17): отсутствие новых случаев врожденного сифилиса

Показатель 5 – дополнительный	Лечение грудных детей, рожденных матерями с положительными серологическими реакциями на сифилис
Что измеряет	Доля грудных детей, рожденных матерями с положительными серологическими реакциями на сифилис, получивших лечение пенициллинами
Обоснование	Лечение грудных детей из группы риска отражает как качество и доступность дородового наблюдения, так и качество предоставления обязательной медицинской помощи новорожденным. Кроме того, показатель отражает эффективность мероприятий по профилактике врожденного сифилиса
Числитель	Число грудных детей, рожденных матерями с положительными серологическими реакциями на сифилис, получивших хотя бы одну дозу пенициллина длительного действия
Знаменатель	Число живых детей, рожденных матерями с положительными серологическими реакциями на сифилис
Ссылки	Показатель описан в стратегии ВОЗ по ЛВС (5)
Источник данных	Данные можно получить из стандартных отчетов национальных программ, при проведении сторожевого эпидемиологического надзора или специальных исследований
Частота определения	Ежегодно
Дезагрегирование	Нет
Комментарии	Все детям, рожденным матерями с положительными серологическими реакциями на сифилис и не имеющим симптомов врожденного сифилиса, следует профилактически ввести одну дозу бензатинбензилпенициллина. При наличии любых симптомов врожденного сифилиса назначают бензилпенициллин или прокаинбензилпенициллин в течение 10 суток (5). Дозу препарата рассчитывают исходя из массы тела ребенка. В отсутствие национальных рекомендаций следует применять рекомендации ВОЗ
Использование данных	Анализ временных тенденций показателя позволяет судить об эффективности программ профилактики ИППП. Для интерпретации тенденций необходимы знания тактики лечения и применяемых методик
Предлагаемая задача	Глобальная: > 90% (5). Региональное бюро ВОЗ для стран Юго-Восточной Азии: доля новорожденных, рожденных матерями с положительными серологическими реакциями на сифилис, получивших лечение: > 80% (90% для рожденных в лечебно-профилактических учреждениях) (18); Азия и Тихоокеанский регион: ≥ 90% (16)

Показатель 6 – дополнительный	Лечение половых партнеров беременных с положительными серологическими реакциями на сифилис
Что измеряет	Доля беременных с положительными серологическими реакциями на сифилис, половые партнеры которых получили надлежащее лечение
Обоснование	Показатель отражает эффективность уведомления половых партнеров об ИППП и их направления на консультацию. Лечение половых партнеров необходимо для предупреждения повторного заражения
Числитель	Число беременных с положительными серологическими реакциями на сифилис, хотя бы один половой партнер которых получил по крайней мере одну дозу пенициллина длительного действия для внутримышечного введения
Знаменатель	Число беременных с положительными серологическими реакциями на сифилис
Ссылки	Показатель описан в стратегии ВОЗ по ЛВС (5)
Источник данных	Данные можно получить из стандартных отчетов национальных программ, при проведении сторожевого эпидемиологического надзора или специальных исследований
Частота определения	Ежегодно
Дезагрегирование	Нет
Комментарии	Нет
Использование данных	Анализ изменений показателя позволяет судить о его временных тенденциях
Предлагаемая задача	Региональная или национальная: Региональное бюро для стран Юго-Восточной Азии: доля половых партнеров беременных с положительными серологическими реакциями на сифилис, получивших лечение: > 80% (18)

Показатель 7 – дополнительный	Существование национальной стратегии по борьбе с врожденным сифилисом
Что измеряет	Наличие документа, содержащего национальные стратегию, программу, рабочий план, рекомендации и/или протокол по ЛВС
Обоснование	Для успеха усилий по ЛВС необходимы четкие стратегия и управление программой. Наличие такого документа демонстрирует правительственную поддержку ЛВС
Числитель	«Да», «Разрабатывается» или «Нет»
Знаменатель	Нет
Ссылки	Показатель описан в стратегии ВОЗ по ЛВС (5)
Источник данных	Национальные правительственные документы
Частота определения	Ежегодно
Дезагрегирование	Нет
Комментарии	<p>Факт существования такого документа не дает представления о его эффективности. Странам рекомендуется передавать программные или руководящие документы в ВОЗ или предоставлять ссылки на сайты, где они доступны, в разделе «Комментарии».</p> <p>Эффективная стратегия или программа ЛВС может быть отражена как в самостоятельном документе, так и объединена с документами по элиминации вертикальной передачи ВИЧ, ОМД или другими программными документами.</p> <p>В идеале в документе, посвященном эффективной стратегии или программе ЛВС, должны быть освещены все четыре основных принципа ЛВС, описанные в ссылке 5.</p> <p>Помимо программы в странах должны быть определены лица, ответственные за ее внедрение.</p>
Использование данных	Показатель может использоваться для определения стран, нуждающихся в разработке стратегии ЛВС
Предлагаемая задача	Данный документ должны иметь все страны

Показатель 8 – дополнительный	Лечебно-профилактические учреждения, осуществляющие дородовое наблюдение и проводящие скрининг сифилиса в постоянном режиме
Что измеряет	Доля лечебно-профилактических учреждений, осуществляющих дородовое наблюдение и проводящих скрининг сифилиса в постоянном режиме
Обоснование	Для ликвидации врожденного сифилиса необходим высокий охват беременных скринингом сифилиса. Знание возможностей лечебно-профилактических учреждений проводить обследование на сифилис – важный показатель потенциальной доступности данного вида медицинской помощи, который, кроме того, важен для планирования программы (обучение, материально-техническое снабжение и т. д.).
Числитель	Число лечебно-профилактических учреждений, проводящих дородовое наблюдение и обследование беременных на сифилис в постоянном режиме (т. е. учреждения, которые могут обеспечить обследование на сифилис большинства обратившихся в них женщин)
Знаменатель	Число лечебно-профилактических учреждений, проводящих дородовое наблюдение

Ссылки	Нет
Источник данных	Стандартные отчеты системы здравоохранения по ОМД
Частота определения	Ежегодно
Дезагрегирование	В зависимости от типа лечебно-профилактического учреждения (например женские консультации, учреждения, оказывающие первичную медицинскую помощь)
Комментарии	В некоторых странах многие женские консультации не проводят скрининг сифилиса в постоянном режиме. Следует поставить задачу внедрить в них трепонемные экспресс-реакции, которые можно проводить на местах оказания медицинской помощи
Использование данных	<i>Глобальный уровень:</i> понять охват населения национальной или региональной программой. <i>Местный уровень:</i> понять нужды и задачи местной программы. Проанализировать охват населения национальной программой, чтобы оценить влияние ЛВС на снижение материнской и перинатальной заболеваемости и смертности. Анализ изменений показателя позволяет судить о временных тенденциях охвата населения
Предлагаемая задача	Региональная или национальная

Показатель 9 – дополнительный	Дефицит материалов для исследований на сифилис
Что измеряет	Доля лечебно-профилактических учреждений, проводящих дородовое наблюдение, испытавших дефицит материалов для исследований на сифилис за последние 6 месяцев
Обоснование	Этот показатель отражает качество материально-технического снабжения и может выявлять ограничения доступности скрининга сифилиса. Чтобы достичь ЛВС, обследование на сифилис должно быть постоянно доступно во всех лечебно-профилактических учреждениях, проводящих дородовое наблюдение
Числитель	Число лечебно-профилактических учреждений, проводящих дородовое наблюдение, хотя бы один раз испытавших дефицит материалов для исследований на сифилис за последние 6 месяцев
Знаменатель	Число лечебно-профилактических учреждений, проводящих дородовое наблюдение
Ссылки	Показатель кратко упоминается в стратегии ВОЗ по ЛВС (5)
Источник данных	Данные стандартных отчетов системы здравоохранения или исследований
Частота определения	Каждые 6 месяцев внутри стран, ежегодно для ВОЗ
Дезагрегирование	В зависимости от материала (по возможности)
Комментарии	Определение материалов для исследований на сифилис в разных странах разное. Однако оно должно включать все наименования, абсолютно необходимые для проведения таких исследований, например пластины для проведения RPR, наборы или реагенты для экспресс-реакций. К необходимым материалам относятся также пипетки, перчатки, пробирки, центрифуги
Использование данных	Данные могут использоваться для выявления проблем в управлении поставками для лабораторий
Предлагаемая задача	Национальная

Показатель 10 – дополнительный	Дефицит пенициллинов длительного действия для внутримышечного введения за последние 6 месяцев
Что измеряет	Доля лечебно-профилактических учреждений, проводящих дородовое наблюдение, испытывавших дефицит пенициллинов длительного действия для внутримышечного введения или других материалов, абсолютно необходимых для лечения сифилиса за последние 6 месяцев
Обоснование	Этот показатель отражает качество материально-технического снабжения и может выявлять ограничения доступности лечения сифилиса. Помимо пенициллинов длительного действия для внутримышечного введения для лечения сифилиса необходимы шприцы, иглы, перчатки и контейнеры для безопасной утилизации отходов. Чтобы достичь ЛВС и предоставлять эффективную помощь, они должны быть постоянно доступны во всех лечебно-профилактических учреждениях, проводящих дородовое наблюдение
Числитель	Число лечебно-профилактических учреждений, проводящих дородовое наблюдение, испытывавших дефицит пенициллинов длительного действия для внутримышечного введения, шприцев или игл за последние 6 месяцев
Знаменатель	Число лечебно-профилактических учреждений, проводящих дородовое наблюдение
Ссылки	Показатель кратко упоминается в стратегии ВОЗ по ЛВС (5)
Источник данных	Данные стандартных отчетов системы здравоохранения или исследований
Частота определения	Каждые 6 месяцев внутри стран, ежегодно для ВОЗ
Дезагрегирование	В зависимости от материала (по возможности)
Комментарии	Нет
Использование данных	Данные могут использоваться для выявления проблем в управлении поставками лекарственных средств
Предлагаемая задача	Национальная

Дополнительные показатели ОМД, применимые в контексте ЛВС

Показатель 11 – дополнительный	Охват дородовым наблюдением
Что измеряет	Доля беременных, обследованных обученным медицинским персоналом на предмет течения беременности по крайней мере один раз на ее протяжении
Обоснование	Охват дородовым наблюдением предоставляет информацию о доле беременных, которые наблюдаются обученным медицинским персоналом. Понимание охвата дородовым наблюдением важно для интерпретации основного показателя 1 «Обследование на сифилис при первом обращении за медицинской помощью в рамках дородового наблюдения», поскольку женщины, не получающие медицинскую помощь в рамках дородового наблюдения, обычно не обследуются в рамках скрининга и не получают лечение по поводу сифилиса во время беременности
Числитель	Число беременных, обследованных обученным медицинским персоналом на предмет течения беременности по крайней мере один раз на ее протяжении, за определенный период времени
Знаменатель	Число живых детей, рожденных за тот же период времени согласно региональным или национальным данным ПРООН
Ссылки	Показатель описан в рекомендациях ВОЗ по использованию показателей репродуктивного здоровья (9)
Источник данных	Данные стандартных отчетов системы здравоохранения, записей актов гражданского состояния или популяционные данные (например, домашние обходы)
Частота определения	Ежегодно при получении данных стандартных отчетов системы здравоохранения или каждые 3–5 лет, если источником данных служат обходы
Дезагрегирование	Нет
Комментарии	<p>Обученный медицинский работник – это сертифицированный медицинский работник, а именно акушерка, врач или медицинская сестра, получивший специальное образование или прошедший дополнительную подготовку и владеющий навыками ведения нормальной (неосложненной) беременности, родов и раннего послеродового периода (9).</p> <p>Хотя теоретически при расчете показателя следует учитывать все роды, на практике он рассчитывается с учетом рождения только живых детей из-за трудностей с получением информации о других исходах беременности. Их исключение занижает оценку потребности в дородовом наблюдении в популяции. Однако на практике возможность заниженной оценки уменьшается, поскольку в большинстве исследований числителем является число женщин, родивших только живых детей.</p> <p>Качество данных, полученных из стандартных отчетов системы здравоохранения, может быть низким. Данные, полученные при домашних обходах, обычно имеют хорошее качество, но их проведение дорого и не всегда доступно. Данные записей актов гражданского состояния могут занижать знаменатель и непригодны для расчета числителя.</p>
Использование данных	Анализ изменений показателя позволяет судить о временных тенденциях охвата населения дородовым наблюдением. Для интерпретации данных необходимы знания тактики и методик дородового наблюдения. Низкий охват дородовым наблюдением приведет к завышению основного показателя 1 «Обследование на сифилис при первом обращении за медицинской помощью в рамках дородового наблюдения».
Предлагаемая задача	Региональная или национальная

Показатель 12 – дополнительный	Наблюдение на ранних сроках беременности
Что измеряет	Доля беременных, впервые обратившихся за медицинской помощью в рамках дородового наблюдения до 6-го месяца беременности
Обоснование	Лечение сифилиса с большой вероятностью предупреждает такие неблагоприятные исходы беременности, как мертворождение, смерть новорожденного, низкий вес при рождении и преждевременные роды, если проведено до 24-й недели. Очень важно оценивать наблюдение на ранних сроках беременности, поскольку это позволяет судить о том, как часто беременные обращаются за медицинской помощью в рамках дородового наблюдения достаточно рано для того, чтобы предупредить неблагоприятные исходы беременности, обусловленные сифилисом
Числитель	Число беременных, впервые обратившихся за медицинской помощью в рамках дородового наблюдения до 24-й недели беременности, за определенный период времени
Знаменатель	Число живых детей, рожденных за тот же период времени согласно региональным или национальным данным ПРООН
Ссылки	Нет
Источник данных	Данные стандартных отчетов системы здравоохранения, домашних обходов или записей актов гражданского состояния
Частота определения	Ежегодно при получении данных стандартных отчетов системы здравоохранения или каждые 3–5 лет, если источником данных служат обходы
Дезагрегирование	Нет
Комментарии	<p>Хотя теоретически при расчете показателя следует учитывать все роды, на практике он рассчитывается с учетом рождения только живых детей из-за трудностей с получением информации о других исходах беременности. Их исключение занижает оценку потребности в дородовом наблюдении в популяции. Однако на практике возможность заниженной оценки уменьшается, поскольку в большинстве исследований числителем является число женщин, родивших только живых детей.</p> <p>Качество данных, полученных из стандартных отчетов системы здравоохранения, может быть низким. Данные, полученные при домашних обходах, обычно имеют хорошее качество, но их проведение дорого и не всегда доступно. Показатель в настоящее время является стандартным в демографических исследованиях и исследованиях в области здравоохранения. Данные из записей актов гражданского состояния могут занижать знаменатель и непригодны для расчета числителя.</p>
Использование данных	Анализ изменений показателя позволяет судить о временных тенденциях охвата населения дородовым наблюдением. Для интерпретации данных необходимы знания тактики и методик дородового наблюдения. Для того чтобы оценить вероятность, что обследование на сифилис и его лечение проведены достаточно рано, чтобы предупредить неблагоприятные исходы беременности, данные о наблюдении на ранних сроках беременности следует интерпретировать вместе с данными об обследовании и лечении беременных
Предлагаемая задача	Национальная

Показатель 13 – дополнительный	Частота мертворождений
Что измеряет	Распространенность мертворождений
Обоснование	Мертворождение – один из неблагоприятных исходов сифилиса во время беременности. Примерно 25% беременностей, осложненных активным сифилисом, завершаются ранним самопроизвольным абортom или мертворождением
Числитель	Число зарегистрированных мертворождений
Знаменатель	Расчетное число родов, закончившихся рождением живых детей
Ссылки	Показатель описан в стратегии ВОЗ по ЛВС (5)
Источник данных	Данные стандартных отчетов системы здравоохранения, демографической статистики или демографических исследований в области здравоохранения
Частота определения	Ежегодно
Дезагрегирование	Нет
Комментарии	После мертворождения все женщины должны быть обследованы для исключения предупреждаемых причин этого исхода беременности, в частности сифилиса, малярии, наличия механических препятствий прохождению плода. Знание частоты мертворождений позволит улучшить качество медицинской помощи в рамках служб ОМД и снизить материнскую и перинатальную смертность
Использование данных	Анализ изменений показателя позволяет судить о его временных тенденциях. Поскольку мертворождение может быть обусловлено целым рядом причин, данные следует интерпретировать вместе с данными о причинах мертворождений и специальным изучаемым показателем 15 «Доля мертворождений, связанных с сифилисом у матери»
Предлагаемая задача	Национальная

Специальные изучаемые показатели

Показатель 14 – дополнительный	Расчетная доля больных сифилисом беременных, получивших лечение до 24-й недели беременности
Что измеряет	Это сводный показатель для оценки развития программы служит суррогатным критерием общей эффективности программы и эффективности мероприятий по ЛВС
Обоснование	Показатель отражает развитие программы в популяции беременных в целом, а не только обращающихся за медицинской помощью в рамках дородового наблюдения. Он позволяет сравнивать развитие программ, проводимых в разных странах и регионах
Числитель	Число беременных, больных сифилисом, получивших по крайней мере одну дозу пенициллина длительного действия для внутримышечного введения до 24-й недели беременности, независимо от обращения за медицинской помощью в рамках дородового наблюдения
Знаменатель	Расчетное число беременных, больных сифилисом, обращающихся за медицинской помощью в рамках дородового наблюдения, не обращающихся за ней, а также обращающихся, но не обследованных на сифилис
Ссылки	Показатель описан в стратегии ВОЗ по ЛВС (5)
Источник данных	<i>Числитель:</i> требует проведения специального исследования, чтобы определить число серопозитивных беременных, получивших лечение до 24-й недели беременности. <i>Знаменатель:</i> может быть получен из данных специального исследования, или рассчитан умножением расчетного числа беременных на долю беременных с положительными серологическими реакциями на сифилис, полученную их наиболее репрезентативного национального источника таких данных
Частота определения	Каждые 2–3 года
Дезагрегирование	Нет
Комментарии	Нет
Использование данных	Данные могут служить суррогатным критерием эффективности или использоваться для оценки изменений основных показателей программы. Анализ изменений показателя позволяет судить о его временных тенденциях
Предлагаемая задача	Глобальная: $\geq 80\%$ [†]

Показатель 15 – дополнительный	Доля мертворождений, связанных с сифилисом у матери
Что измеряет	Влияние мероприятий по ЛВС на снижение частоты основных неблагоприятных исходов беременности, обусловленных сифилисом
Обоснование	Частота мертворождений в отсутствие лечения или при недостаточном лечении сифилиса во время беременности составляет примерно 25%. В некоторых развивающихся странах сифилис является причиной 25% мертворождений. Оценка частоты этого значимого исхода сифилиса во время беременности позволит оценить влияние глобальной или местных программ на снижение смертности
Числитель	Число зарегистрированных мертворождений у женщин с положительными серологическими реакциями на сифилис
Знаменатель	Число зарегистрированных мертворождений
Ссылки	Показатель описан в стратегии ВОЗ по ЛВС (5)
Источник данных	Данные стандартных отчетов системы здравоохранения, демографическая статистика, данные о материнской и перинатальной смертности, сторожевой эпидемиологический надзор и другие специальные исследования
Частота определения	Каждые 2–3 года
Дезагрегирование	Нет
Комментарии	После мертворождения все женщины должны быть обследованы для исключения предупреждаемых причин этого исхода беременности, в частности сифилиса, малярии, наличия механических препятствий прохождению плода
Использование данных	Показатель применяется для оценки влияния глобальной и местной программ. Анализ изменений показателя позволяет судить о его временных тенденциях
Предлагаемая задача	Глобальная: < 2% [†]

† «Определение показателей для наблюдения и оценки результатов инициатив по глобальной ликвидации врожденного сифилиса» (протокол видеоконференции, 13 мая 2009 г., ВОЗ, Женева, Швейцария).

Для получения дополнительной информации обращайтесь по адресу:

Department of Reproductive Health and Research

World Health Organization

Avenue Appia 20

CH-1211 Geneva 27

Switzerland.

Факс: +41 22 791 4171.

Эл. почта: reproductivehealth@who.int

www.who.int/reproductivehealth



Всемирная организация
здравоохранения

ISBN 978 92 4 450302 7



9 789244 503027