



ДЕПАРТАМЕНТ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ ТОМСКОЙ ОБЛАСТИ

ПРИКАЗ

23.04.2008

г. Томск

№ 144

Об утверждении Порядка взаимодействия врачей дерматовенерологов и акушеров-гинекологов по профилактике сифилиса у беременных и новорожденных, а также эпидемиологического анализа и показателей качества работы врача акушера-гинеколога (врача общей практики) по профилактике сифилиса у беременных и новорожденных

Руководствуясь приказами Министерства здравоохранения Российской Федерации от 26.03.2001 № 87 «О совершенствовании серологической диагностики сифилиса» и от 30.07.2001 № 291 «О мерах по предупреждению распространения инфекций, передаваемых половым путем», пособиями для врачей «Межведомственное взаимодействие дерматовенерологов и акушеров-гинекологов по профилактике сифилиса у беременных и новорожденных» и «Современная технология эпидемиологического анализа и показатели качества работы акушеров-гинекологов (врачей общей практики) по профилактике сифилиса у беременных и новорожденных», разработанными (2007 год) ФГУ «УрНИИДВиИ Росмедтехнологий», в целях снижения количества ошибок в ведении беременных женщин с сифилисом, числа случаев врожденного сифилиса, снижения natalных потерь, связанных с сифилитической инфекцией, сохранения здоровья детей, снижения материальных затрат за счет предотвращенных случаев заболеваемости, в рамках своих полномочий

ПРИКАЗЫВАЮ:

1. Утвердить Порядок взаимодействия врачей дерматовенерологов и акушеров-гинекологов по профилактике сифилиса у беременных и новорожденных, а также эпидемиологического анализа и показателей качества работы врача акушера-гинеколога (врача общей практики) по профилактике сифилиса у беременных и новорожденных (Приложение 1).
2. Начальнику управления здравоохранения администрации города Томска (А.Л.Аксенов), главным врачам областных государственных учреждений здравоохранения, муниципальных, ведомственных и негосударственных учреждений здравоохранения Томской области – организовать оказание медицинской помощи по профилактике сифилиса у беременных и новорожденных в соответствии с настоящим приказом.
3. Контроль за выполнением настоящего приказа возложить на заместителя начальника департамента по лечебно-профилактической работе О.С.Кобякову.

Начальник департамента

А.Т. Адамян

Порядок взаимодействия
врачей дерматовенерологов и акушеров-гинекологов по профилактике сифилиса у
беременных и новорожденных, а также эпидемиологического анализа и показателей
качества работы врача акушера-гинеколога (врача общей практики) по профилактике
сифилиса у беременных и новорожденных

В Порядке взаимодействия врачей дерматовенерологов и акушеров-гинекологов по профилактике сифилиса у беременных и новорожденных (далее Порядок) 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, индикатор эпидемиологического состояния территории по врожденному сифилису. 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 (приложение 7).

Порядок предназначен для использования в кожно-венерологических учреждениях (отделениях, кабинетах), акушерско-гинекологических учреждениях, в том числе в женских консультациях, в общих врачебных практиках.

Эпидемия сифилиса конца XX и начала XXI века в Томской области, как и в Российской Федерации в целом, повлекла за собой рост числа беременных женщин, больных сифилисом и, как следствие, появление случаев врожденного сифилиса. Учитывая, что до 50% всех случаев сифилиса у женщин приходится на возрастную группу от 18 до 29 лет, снижение заболеваемости врожденным сифилисом требует применения новых эффективных профилактических программ. Удельный вес беременных среди всех зарегистрированных женщин с сифилисом в 2007 году составил 24%, что свидетельствует о высоком риске формирования врожденного сифилиса у родившихся детей. Если женщина получила полноценную терапию в ранние сроки беременности, то возможность передачи инфекции плоду практически исключается.

В период с 1997 года по 2007 заболеваемость сифилисом всего населения Томской области снизилась. Однако, снижения заболеваемости сифилисом у беременных не отмечается. Наблюдающееся на практике необоснованное увеличение сроков обследования беременных на сифилис, отсрочка начала специфической терапии приводят к позднему лечению беременной, что повышает риск развития врожденного сифилиса. Принятая в 2002 году в Российской Федерации система учета (Форма № 34 «Сведения о больных заболеваниями передаваемыми преимущественно половым путем, грибковыми кожными болезнями и чесоткой» утвержденная постановлением Госкомстата России от 07.10.2003 № 88) регламентирует регистрацию: клинических случаев врожденного сифилиса, сифилитических мертворождений, выкидышей в сроке свыше 20 недель беременности, а также больных сифилисом женщин, не получивших специфического лечения, родивших детей в отчетном году. Однако данная система учета не предусматривает регистрацию всех случаев рождения детей с высоким риском

врожденного сифилиса. Отсутствуют и показатели, характеризующие качество лечебно-диагностической и профилактической работы, проводимой врачами акушерами-гинекологами, дерматовенерологами, врачами общей практики, по предупреждению врожденного сифилиса.

Современная эпидемиологическая ситуация свидетельствует о необходимости проводить расследование каждого случая потенциального инфицирования новорожденного и учитывать их как эпидемиологические случаи врожденного сифилиса (ЭСВС). Проведение расследований причин возникновения эпидемиологических случаев врожденного сифилиса показывает, что у 17,0% беременных с сифилисом в анамнезе, пролеченных до или во время беременности, отсутствуют документы, подтверждающие диагноз, сроки, качество лечения и результаты последующего серологического контроля. Случаи поздно законченного или незаконченного к моменту родов лечения связаны с неоправданно затянутыми сроками обследования беременной в женской консультации.

Эпидемиологический случай врожденного сифилиса (ЭСВС) это случай потенциального инфицирования новорожденного сифилисом т.е. рождение ребенка с высоким риском инфицирования сифилитической инфекцией, без признаков врожденного сифилиса (скрытого и с симптомами).

Термин ЭСВС используется не для установления диагноза сифилиса врожденного, а для выявления групп детей, подлежащих профилактическому лечению по схеме сифилиса врожденного раннего (приказ Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации от 18.12.2006 № 860 «Об утверждении стандарта медицинской помощи больным врожденным сифилисом (при оказании специализированной помощи)»).

Случай ЭСВС устанавливается врачом-дерматовенерологом. Регистрации, в формах № 9 и № 34 утвержденных постановлением Госкомстата России от 07.10.2003 № 88, как случая врожденного сифилиса не производится. Извещение, форма 089/у-кв утвержденная приказом МЗ РФ от 12.08.2003 № 403, не заполняется.

Применение Порядка не требует дополнительных материальных затрат.

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

Лечение сифилиса проводится в соответствии с приказом Министерства здравоохранения Российской Федерации от 25.07.2003 № 327 «Об утверждении протоколов ведения больных «Сифилис» и приказами Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации 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)». Совместная работа врачей акушеров-гинекологов, дерматовенерологов, педиатров осуществляется согласно приказа Министерства здравоохранения Российской Федерации 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 постановлением Госкомстата России от 07.10.2003 № 88.

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

Порядок включает:

- алгоритм выявления у беременной факторов риска инфицирования сифилисом;
- 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 расследования эпидемиологических случаев врожденного сифилиса;
- индикаторы качества совместной работы акушера-гинеколога, врача общей практики, дерматовенеролога по профилактике врожденного сифилиса.

I Алгоритм выявления анамнестических факторов риска инфицирования сифилисом у беременной

Выявление факторов риска инфицирования сифилитической инфекцией беременной женщины проводится при первичном обращении (приложение 1).

Сбор анамнеза у беременной женщины позволяет на первом этапе клинического обследования выявить факторы риска заражения сифилисом. Факты парентерального приема наркотических препаратов, наличия перенесенных инфекции, передаваемых половым путем (ИППП), наличия нескольких половых партнеров, могут косвенно свидетельствовать о возможном инфицировании в настоящий момент ИППП в т.ч. сифилисом. Обязательным являются прямые вопросы о возможно перенесенном сифилисе в прошлом, о наличии сифилиса в анамнезе у мужа (полового партнера). Имеет значение 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 (приложение 2).

Одновременно в обязательном порядке беременной проводится серологическое обследование на сифилис с применением комплекса трепонемных и нетрепонемных тестов, утвержденных приказом Министерства здравоохранения Российской Федерации от 26.03.2001 № 87 «О совершенствовании серологической диагностики сифилиса» и приказом Департамента здравоохранения Томской области от 31.07.2007 № 398 «О серологических исследованиях крови на сифилис» (с изм. внесенными приказом от

05.09.2007 № 468). 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 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. Положительный 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 КВУ осуществляется старшим акушером-гинекологом 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 (приложение 3).

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 (приложение 4).

Специфическое лечение беременных.

При подтверждении впервые установленного у беременной диагноза сифилис, лечение проводит дерматовенеролог в соответствии с приказом Министерства здравоохранения Российской Федерации от 25.07.2003 № 327 «Об утверждении протоколов ведения больных «Сифилис» и приказами Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации 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)» в зависимости от срока беременности. Лечение проводится в дерматовенерологическом учреждении. 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. 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 на проведение профилактического лечения к дерматовенерологу. Дерматовенеролог подтверждает анамнез женщины и в зависимости от результатов тестов назначает профилактическое лечение. Показания к проведению и схемы профилактического лечения определены в Методических указаниях Министерства здравоохранения Российской Федерации № 98/273 «Лечение и профилактика сифилиса», 1999 год. 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 Технология эпидемиологического расследования случаев рождения детей с высоким риском инфицирования сифилитической инфекцией

В практической работе врач дерматовенеролог осуществляет количественный учет и регистрацию лишь отдельных составляющих из группы эпидемиологических случаев врожденного сифилиса. Информация об этой части ЭСВС вносится в следующие строки отчетной формы № 34:

- 2204 (В отчетном году закончили беременность: подстрочная б: самопроизвольным абортом в т. ч. в срок 13-27 недель).

- 2205 (Число родивших женщин, взятых на учет с диагнозом сифилиса в отчетном и предыдущем году: подстрочная 2: из них не получили лечение до родов).

- 2207 (Из числа родивших сифилис выявлен: подстрочная 3: в родах, подстрочная 4: после родов).

- 2208 (Число детей, родившихся в отчетном году от женщин, взятых на учет с диагнозом сифилис в отчетном и предыдущих годах: подстрочная 2: в том числе мертворожденных; подстрочная 3: из числа мертворожденных сифилис подтвержден морфологически).

В данную группу включают также все случаи сифилитических мертворождений (смерть плода, наступившая после 20-й недели беременности или при весе плода менее 500 граммов, при наличии у матери не леченого или неадекватно пролеченного на момент родов сифилиса), а также выкидыши у женщин с сифилисом в сроке беременности свыше 20 недель. Подсчет суммарного числа по строкам: 2204, 2205 (2), 2207 (3,4), 2208 (2) позволяет лишь частично оценить количество эпидемиологических случаев и эпидситуацию по возможности возникновения клинических случаев врожденного сифилиса на определенной территории. Предлагаемая технология эпиданализа включает расследование всех случаев возможного инфицирования новорожденных сифилитической инфекцией (Приложение 5).

Случай ЭСВС устанавливается тогда, когда сифилис у матери был установлен, 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.

Полный учет и анализ всего числа ЭСВС позволяет выявить недостатки в работе акушерско-гинекологической, дерматовенерологической, педиатрической служб по профилактике врожденного сифилиса.

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 (приложение б).

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 трехкратное серологическое обследование беременной в соответствии с приказом Департамента здравоохранения Томской области от 31.07.2007 № 398 «О серологических исследованиях крови на сифилис» в сроки:

- при обращении в женскую консультацию;
- в сроке 30 недель;
- за 2 - 3 недели до родов.

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

1. Индикатор качества обследования половых партнеров беременных с впервые выявленным сифилисом

$$\frac{\text{Число обследованных половых партнеров у беременных с сифилисом}}{\text{Общее число половых партнеров у беременных с сифилисом за время беременности}} \times 100\%$$

Общее число половых партнеров у беременных с сифилисом за время беременности

Положительная динамика и возрастание показателя полноты обследования половых контактов беременных, свидетельствует о качественной профилактической работе дерматовенерологической службы.

2. Индикатор качества диагностики скрытого сифилиса у беременных

$$\frac{\text{Число беременных со скрытым сифилисом, обследованных 2-мя трепонемными тестами}}{\text{Общее число беременных со скрытым сифилисом}} \times 100\%$$

Общее число беременных со скрытым сифилисом

Снижение индикатора менее 100% свидетельствует о недостаточном качестве диагностической работы.

3. Индикаторы эпидемиологического состояния территории по врожденному сифилису:

а) Общее число зарегистрированных случаев врожденного сифилиса в абсолютных и относительных показателях.

б) Общее число эпидемиологических случаев врожденного сифилиса.

в) Соотношение числа клинических и эпидемиологических случаев.

Снижение показателя ниже 1 : 10 может свидетельствовать о недовыявлении клинических случаев врожденного сифилиса вследствие нарушения технологии обследования или низкого качества диагностических методик.

г)

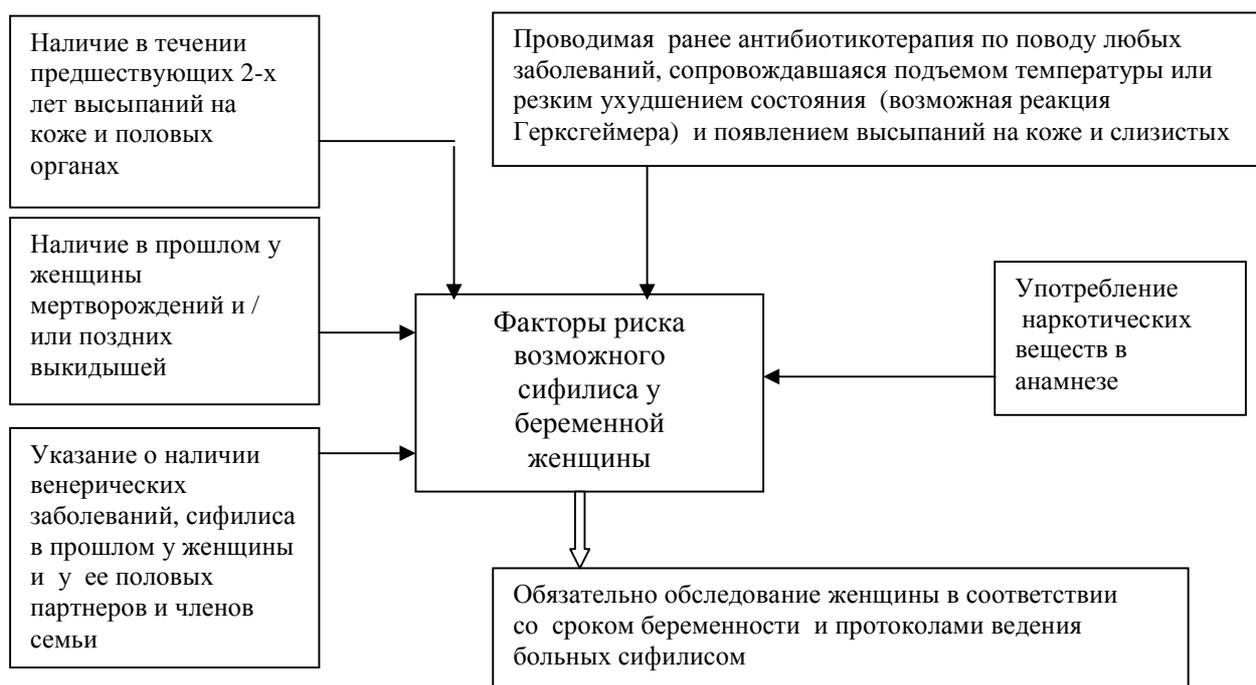
$$\frac{\text{Общее число эпидемиологических случаев за год}}{\text{Общее число детей, родившихся у женщин с сифилисом за год}} \times 100\%$$

Общее число детей, родившихся у женщин с сифилисом за год

Снижение показателя менее 20 % отражает положительную эпидемиологическую тенденцию, повышение более 20% негативную. На территориях благополучных по врожденному сифилису данный показатель приближается или ниже 20,0%.

Приложение 1
к Порядку взаимодействия врачей дерматовенерологов
и акушеров-гинекологов по профилактике сифилиса
у беременных и новорожденных, а также эпидемиологического
анализа и показателей качества работы врача акушера-гинеколога
(врача общей практики) по профилактике сифилиса
у беременных и новорожденных

Алгоритм выявления
анамнестических факторов риска инфицирования сифилисом у беременной



Алгоритм клинико-лабораторного
обследования беременной на сифилис



**Алгоритм тактики
врача акушера-гинеколога, врача общей практики и врача дерматовенеролога
при выявлении у беременной положительных серологических тестов**



Алгоритм общей тактики ведения
врачом акушером-гинекологом беременной с впервые установленным
диагнозом сифилис в зависимости от срока гестации



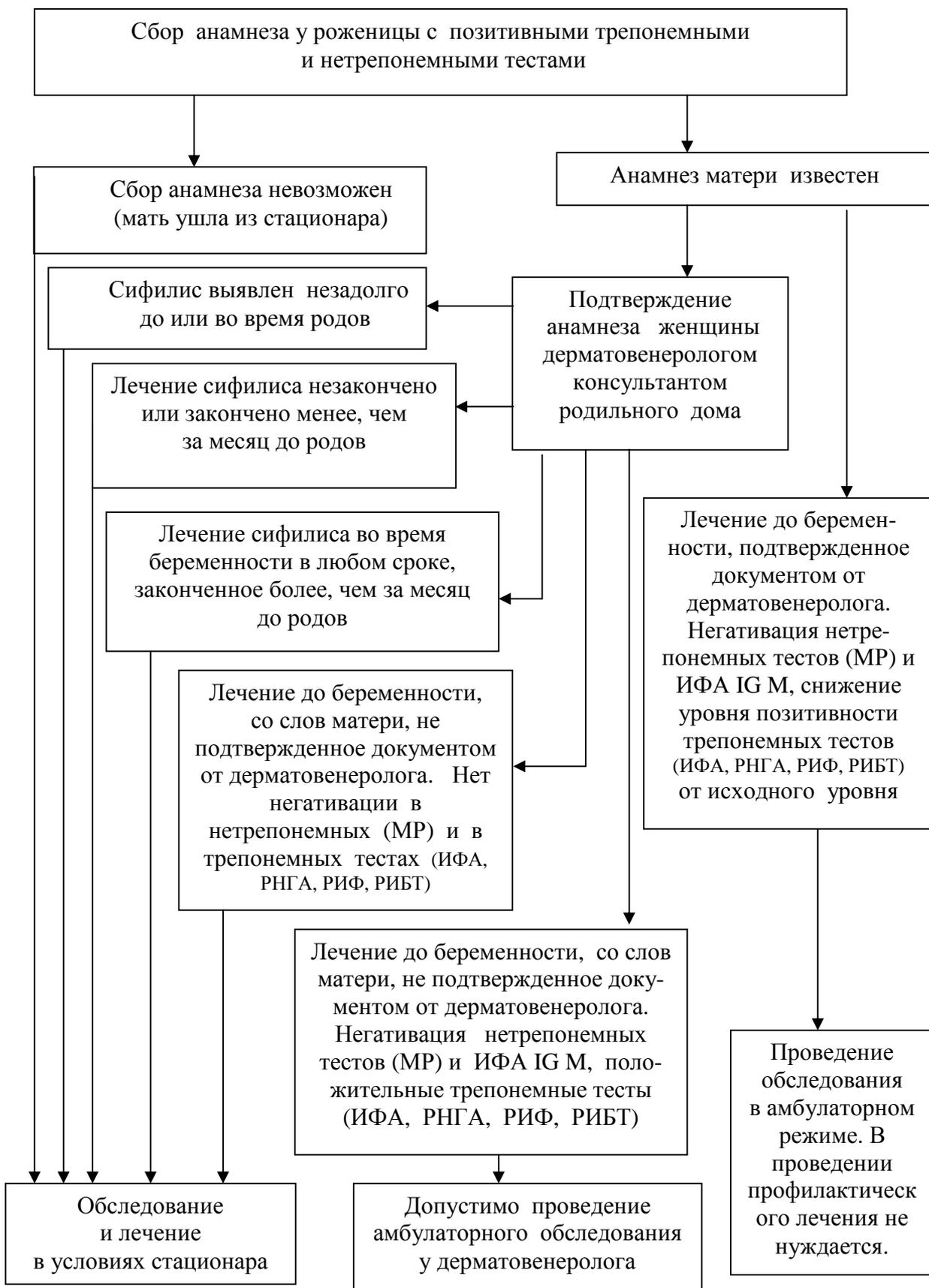
* Проводится при наличии юридического согласия беременной.

** Методические указания Минздрава РФ от 27.04.2001 № 2001/61 «Способ лечения фетоплацентарной недостаточности в комплексной терапии беременных, больных сифилисом».

Алгоритм определения
эпидемиологического случая врожденного сифилиса (ЭСВС)



Алгоритм ведения детей,
рожденных от серопозитивных по сифилису женщин



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 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, гемолизирующая, 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 над некоторой частью 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 одноклассными тестами (трепонемными или нетрепонемными).
5. Акушер-гинеколог самостоятельно трактует полученные результаты и принимает решение об отсутствии необходимости лечения.