

Ранній прихований сифіліс: медико-соціальні, епідеміологічні та діагностичні аспекти за останні 30 років

Захаров С. В.[†], Захаров В. К.[†], Синиця П. В.[‡]

[†]ДЗ «Дніпропетровська медична академія МОЗ України»

[‡]КЗ Кировоградський ОКВД

Вивчено медико-соціальні, епідеміологічні та діагностичні особливості раннього прихованого сифілісу за останні 30 років. Встановлено, що питома вага раннього прихованого сифілісу в загальній структурі захворюваності на сифіліс збільшилася на 20 %. Активне виявлення хворих зменшилося у два рази. Серед супутніх захворювань у жінок найчастіше зустрічаються інфекції, що передаються статевим шляхом, а у чоловіків – алкоголізм і наркоманія. Середній вік хворих на сифіліс зменшився з 36 до 26 років. Контингент хворих за 1980-1999 рр. виявився більш здоровим, ніж контингент хворих за 2000-2014 рр. Серед найбільш вірогідних причин зростання захворюваності на ранній прихований сифіліс можна назвати неконтрольоване застосування антибіотиків та імуносупресивний вплив інфекцій, що передаються статевим шляхом (вірусні інфекції). Особливості серологічних реакцій у спостережуваних хворих останнім часом відрізняються значним відсотком сироваток крові зі слабкими або низькими потенціями; їх кількість за останні 10-12 років збільшилася у три рази. Кількість слабопозитивних і негативних результатів трепонемних тестів також збільшилася.

Ключові слова: сифіліс прихований ранній, епідеміологія, діагностика, трепонемні тести, нетрепонемні тести.

В останні роки спостерігається структурний перерозподіл клінічних форм сифілітичної інфекції; головним чином, це торкається прихованих її форм. [1, 8, 10]

У структурі захворюваності на прихований сифіліс відмічається неспинне збільшення питомої ваги раннього прихованого сифілісу, наслідками якого можуть бути [3, 13]:

- пізні ускладненні форми сифілісу нервової та серцево-судинної системи;
- серорезистентність;
- вроджений сифіліс.

Захворюваність на прихований сифіліс неспинно зростає з 70-х років минулого століття, – так, уже наприкінці 80-х років її рівень подвоївся і досяг майже 30 %. Наступна, незрівнянно більш висока хвиля підйому захворюваності виникла у 90-х роках; вона була спричинена епідемічним характером розповсюдження сифілісу. Так, в Україні у 1997 р. рівень захворюваності підвищився майже у 40 разів. За останні роки кількість хворих на прихований сифіліс також продовжує збільшуватися незважаючи на стабілізацію захворюваності на сифіліс на значно нижчому, ніж у 90-х роках 20 століття рівні. Його питома вага давно вже перевищила 50 %, а в окремих регіонах – навіть і 70 %. Ще більш високий рівень захворюваності на прихований сифіліс спостерігається у вагітних – питома вага останнього збіль-

шилась у них до 60-70 % [2, 9, 14, 15].

Зростання захворюваності на прихований сифіліс відбувається за рахунок раннього прихованого сифілісу. Так, захворюваність на прихований сифіліс за останні роки зросла у 3 рази, а на неуточнений прихований сифіліс – у 6 разів. Приведені дані дають привід висловити сумнів щодо масштабів стабілізації захворюваності на сифіліс та висловити думку, що зменшення кількості зареєстрованих в останні роки хворих на заразні його форми у певній мірі пов'язано з викривленням статистичних даних, чому сприяє [4]:

- самолікування;
- лікування хворих приватними лікарями, а іноді – навіть фахівцями, які мають погане уявлення про наслідки хвороби та принципи лікування сифілісу;
- певними труднощами діагностики прихованого сифілісу.

Небезпечна ситуація, яка обумовлена значним ростом захворюваності на ранній прихований сифіліс, вимагає ретельного вивчення у кожному окремому регіоні України всього спектру факторів (соціально-економічних, епідеміологічних, медичних та ін.), які можуть впливати на захворюваність та послужити підґрунтям для розробки запобіжних заходів [5-7, 11, 12].

У відповідності до принципів соціальної науки, методологічним базисом наукової праці є

розгляд проблеми венеричних захворювань і кожного хворого у єдиній канві історичного процесу, у зв'язку з чим у дослідженні була передбачена ціла низка етапів, кожен з яких охоплює певний відрізок часу.

Мета дослідження – вивчення медико-соціальних, епідеміологічних та клінічних (серологічні реакції) особливостей раннього прихованого сифілісу за останні 30 років.

Матеріали та методи. Проаналізовані дані щодо хворих на прихований сифіліс, які були на лікуванні у клініці шкірних та венеричних хвороб ДЗ «Дніпропетровська медична академія МОЗ України». У роботі використані:

- епідеміологічні методи дослідження (ретроспективне вивчення амбулаторних карт та історії хвороб пацієнтів);

- клінічні методи дослідження;
- серологічні дослідження крові.

Нами було вивчено медико-соціальні і епідеміологічні особливості прихованого сифілісу:

- за період 1980-1999 рр. – у 1147 хворих;
- за період 2000-2014 рр. – у 1670 хворих.

Діагноз прихованого сифілісу встановлювався на підставі клініко-анамнестичного і серологічного обстеження хворих з використанням загально прийнятих критеріїв верифікації сифілісу (МКХ-X).

Особливу увагу звертали на анамнестичні і клінічні дані щодо супутньої патології, перенесених раніше захворювань, дані конфронтації. Для деталізації та оцінки інтеркурентних захворювань було залучено:

- терапевта;
- невролога;
- окуліста;
- оториноларинголога;
- фахівців з методів інструментальної діагностики;
- рентгенолога.

Також ці пацієнти були обстежені на предмет уrogenітальних інфекцій:

- гонорея;
- трихомоніаз;
- хламідіоз;
- міко-уреоплазмоз;
- бактеріальний вагіноз;
- уrogenітальний кандидоз;
- генітальний герпес;
- папіломавірусна інфекція.

Проведений нами аналіз архівних історій хвороб дозволив зробити такі висновки:

- за період 1980-1990 рр. (1147 хворих на прихований сифіліс):

- 1) ранній прихований сифіліс було діагностовано у 78,9 % хворих;
- 2) пізній прихований – у 12,8 %;
- 3) неуточнений прихований – у 8,3 %;

- за період 2000-2014 рр. (1670 хворих на прихований сифіліс):

- 1) ранній прихований сифіліс було діагностовано у 95,2 % хворих;
- 2) пізній прихований – у 3,7 %;
- 3) неуточнений прихований – у 1,1 %.

Таким чином, наведені вище дані за період часу 30 років свідчать про суттєве підвищення питомої ваги раннього прихованого сифілісу (на 16,3 %), що відповідає сучасним тенденціям. На тлі останнього спалаху захворюваності на сифіліс майже не реєструються випадки:

- пізнього прихованого сифілісу (їх питома вага зменшилася з 12,8 % до 3,7 %);
- неуточненого прихованого сифілісу (їх питома вага зменшилася з 8,3 % до 1,1 %).

Серед хворих на ранній прихований сифіліс в основному були пацієнти, які проживали у містах. Так, за 30 років питома вага мешканців міст збільшилась з 71 % до 86,5 %, що може свідчити про вплив процесів урбанізації на епідеміологію прихованого сифілісу.

Гендерний розподіл хворих на прихований сифіліс за останні 30 років майже не змінився (у жінок ця форма сифілісу реєструється частіше):

- жінки – 60-65 %;
- чоловіки – 35-40 %.

При аналізі шляхів виявлення хворих на прихований сифіліс нами було отримано такі дані:

- за період 1980-1990 рр. шляхи виявлення хворих були такі:

- 1) при обстеженні у соматичних стаціонарах – 35,7 %;
- 2) при конфронтації – 41,4 %;
- 3) у лікаря-гінеколога – 20,7 %;
- 4) звернулися самі – 2,2 %;

- за період 2000-2014 рр. шляхи виявлення хворих були такі:

- 1) при обстеженні у соматичних стаціонарах – 51,4 %;
- 2) при конфронтації – 20,7 %;
- 3) у лікаря-гінеколога – 15,6 %;
- 4) звернулися самі – 12,3 %.

Таким чином, як видно із наведених нами даних, структура шляхів виявлення хворих, у порівнянні з періодом 1980-1990 рр., змінилась головним чином за рахунок:

- зменшення у 2 рази кількості осіб, що були виявлені при конфронтації;

- збільшення кількості хворих, які звернулися самі і які були виявлені у соматичних стаціонарах.

Серед хворих на ранній прихований сифіліс:

- 71 % виконували некваліфіковану роботу або були безробітними;

- понад 80 % жінок і чоловіків не мали сім'ї;

- переважали молоді (у віці від 18 до 30 років) жінки та чоловіки середнього та похилого віку, більшість з яких через алкоголізм та наркоманію втратили сім'ю та вели неспорядковане статеве життя;

- 26 % хворих не мають повної середньої освіти і тільки 20 % хворих набули середню спеціальну освіту.

Усі вище згадані чинники спричинили байдуже і безвідповідальне ставлення хворих до свого здоров'я. Саме з цих причин біля 60 % вагітних хворих на прихований сифіліс із запізненням стають на облік у жіночих консультаціях, а 25 % взагалі нехтують ними або ж звертаються до лікаря тільки вимушено – при загрозі викидня. У 80 % жінок було виявлено супутні ППСШ, 42 % чоловіків страждали на алкоголізм, який у значній частині з них призвів до тяжких уражень внутрішніх органів, нервової і психічної сфери. Частина хворих ухилялася від лікування з приводу сифілісу; термін їх розшуку розтягувався на багато місяців. Хворі під час лікування часто вживали алкогольні напої, пропускали ін'єкції, грубо порушували режим лікування, не завершували курс терапії.

Таким, на нашу думку, є «портрет» особи, яка хворіє на прихований сифіліс у перше десятиліття 21 століття. Що змінилося за 30 років? Порівняльне вивчення медико-соціальних аспектів у хворих на ранній прихований сифіліс дозволило встановити цілу низку суттєвих відмінностей у пацієнтів:

- наприкінці 20 століття (1 група – 1147 пацієнтів);

- на початку 21 століття (2 група – 1670 пацієнтів).

Середній вік хворих на ранній прихований сифіліс

- у період 1980-1999 рр. (1 група) – $36,5 \pm 1,7$ року;

- у період 2000-2014 рр. (2 група) – $26,1 \pm 1,2$ року),

тобто хворі 2 групи були значно молодші, ніж хворі 1 групи ($p < 0,01$). Цікаво, що за останні

роки відмічається суттєве зменшення віку хворих за рахунок пацієнтів молодше 20-23 років; значний приріст захворюваності в цьому випадку обумовлюється особами 16-18 років (21,3 %).

Суттєвих відмінностей між 1 та 2 групами хворих за рівнем освіти не було.

За фахом серед хворих 1 і 2 групи найбільшу частку складала:

- робітники (35,3 % та 20,1 %, відповідно);

- службовці (30,1 % та 22,4 %, відповідно).

У період 2000-2014 рр. суттєві зміни спостерігалися у співвідношенні між особами, зайнятими або не зайнятими у сферах громадської праці:

- кількість хворих, які не працювали, збільшилась у 4,4 разу;

- кількість студентів і учнів збільшилась у 5,4 разу.

Серед хворих на ранній прихований сифіліс питома вага осіб, які не були в шлюбі або були розлучені, складала

- у 1 групі (1147 пацієнтів) – 46,2 %;

- у 2 групі (1670 пацієнтів) – 63,8 %.

Якщо у 1980-1990-х рр. джерелом інфікування були подружжя – 71,1 %, а малознайомі особи складала тільки 15 %, то у період 2000-2014 рр. подружжя були джерелом інфікування у 30 %, тоді як частка малознайомих осіб, як джерела інфікування, збільшилась майже до 60 %. Зміна стереотипів поведінки дітей на початку 21 століття стала причиною дуже раннього початку статевого життя, в яке вони вступили поза шлюбом:

- 81 % жінок – у віці 12-18 років;

- 92 % чоловіків – у віці 13-19 років.

Таким чином, серед хворих 1 групи середній вік початку статевого життя був вищий (19-21 рік); це особи, які хворіли на прихований сифіліс у 1980-1990 рр.

Як видно з табл. 1, хворі на прихований сифіліс 1 групи (обстежені у 1980-1990 рр.) частіше хворіли на серцево-судинні захворювання, а хворі 2 групи (обстежені у 2000-2014 рр.) частіше мали захворювання шлунково-кишкової системи, лор-органів, ГРВІ, шкіри, ППСШ.

Як видно з табл. 2, контингент хворих на ранній прихований сифіліс 1 групи (1980-1990 рр.) виявився в цілому більш здоровим, ніж контингент хворих 2 групи (2000-2011 рр.), бо кількість захворювань на одну особу становила:

- у 1 групі – 1,68;

- у 2 групі – 3,25.

Суттєві відмінності спостерігались і в якісному складі супутньої патології. У хворих 2

Таблиця 1 - Перенесені захворювання у хворих на ранній прихований сифіліс

№	Захворювання	1 група	2 група
		n=1147	n=1670
		%%	
1	Захворювання дихальної системи	17,3	19,2
2	Захворювання серцево-судинної системи	15,1	10,8
3	Захворювання шлунково-кишкової системи	20,1	24,5
4	Захворювання нирок	10,4	12,3
5	Захворювання очей	1,0	2,3
6	Захворювання лор-органів	3,4	7,2
7	Онкологічні захворювання	3,9	1,2
8	Захворювання ендокринної системи	5,1	6,2
9	ГРВІ	42,4	54,2
10	«Дитячі» інфекції	23,6	28,3
11	Захворювання нервової системи	5,3	6,4
12	ІПСШ	12,4	28,3
13	Захворювання шкіри	6,1	14,9
14	Здорові	6,4	3,1

групи превалювали захворювання шлунково-кишкової системи, ГРВІ, захворювання шкіри, туберкульоз, ІПСШ; здорових осіб було у 3 рази менше ніж у 1 групі.

У зв'язку з тим, що у 1980-1990 рр. дослідження на вірусні гепатити і ВІЛ майже не проводились, то провести порівняльний аналіз неможливо.

Вище наведені факти свідчать, з одного боку, про суттєве підвищення сексуальної активності за рахунок збільшення серед хворих на ранній прихований сифіліс осіб у молодому віці, з іншого боку – про підвищення якості діагностики і збільшення спектра лабораторних досліджень.

Політичні та соціально-економічні зміни в Україні, лібералізація суспільних відносин суттєво послабили державний вплив на боротьбу з розповсюдженням сифілісу та інших ІПСШ. Держава перестала контролювати стан здоров'я громадян з найбільш вираженою соціально-негативною поведінкою.

Безвідповідальність перед законом призводить до тривалого і навіть повного ухиляння виявлених хворих від обстеження та лікування, що в значній мірі знецінює всю подальшу профілактичну роботу у вогнищах інфекції через

Таблиця 2 - Супутні захворювання у хворих на ранній прихований сифіліс

№	Захворювання	1 група	2 група
		n=1147	n=1670
		%%	
1	Захворювання серцево-судинної системи	12,7	14,1
2	Захворювання шлунково-кишкової системи	26,2	42,4
3	Захворювання дихальної системи	14,5	22,3
4	ГРВІ	39,7	57,1
5	Захворювання нирок	3,3	4,1
6	Захворювання лор-органів	7,9	8,7
7	Захворювання шкіри	11,7	17,8
8	Захворювання ендокринної системи	4,2	5,6
9	Захворювання нервової системи	5,3	6,8
10	Вірусні гепатити B і C	–	14,3
11	ВІЛ/СНІД	–	10,7
12	Туберкульоз	2,3	11,6
13	ІПСШ	17,9	41,2
14	Здорові	7,1	2,2

її несвоєчасність. Усе це обеззброює дерматологічні заклади, ускладнює проведення ними повноцінного комплексу диспансерних заходів, спрямованих на виявлення та санацію вогнищ сифілітичної інфекції.

Так, в останній час значно зменшилась кількість розшуканих та залучених до обстеження статевих контактів – у середньому, по 0,9-1,0 на одного хворого на ранній прихований сифіліс.

Серед найбільш вірогідних причин збільшення питомої ваги прихованих форм сифілісу насамперед слід відмітити неконтрольоване застосування населенням антибіотиків, внаслідок чого бліда трепонема втрачає частину своїх антигенних властивостей. В останні роки ми спостерігаємо тенденцію до зниження позитивності серологічних тестів. Вживання антибіотиків, навіть короткотермінове і в невеликих дозах з приводу інτερкурентних захворювань, ІПСШ та ін., здатне значно прискорювати регрес клінічних проявів раннього сифілісу, змінювати його перебіг та сприяти зростанню прихованих форм сифілісу. За результатами отриманих нами даних, близько 50 % хворих за 3-12 місяців до встановлення їм діагнозу прихований сифіліс приймали антибіотики. Третині цих хворих ан-

тибіотики призначались з приводу інтеркурентних захворювань. В інших випадках прийом антибіотиків був пов'язаний з лікуванням сифілісу у приватних лікарів чи самолікуванням.

Значну негативну роль у зростанні захворюваності на ранній прихований сифіліс відіграло лікування сифілісу бензатин-бензилпеніциліном. За нашими даними, як найменше 15 % хворих напередодні отримали масивну антибіотикотерапію, призначену, більш за все, приватними лікарями. Така ситуація склалася у 2000-2014 рр.; навпаки у 1980-1990 рр. антибіотики не так часто вживалися хворими на сифіліс.

Для оцінки особливостей серологічних реакцій у хворих на ранній прихований сифіліс, в обох групах хворих був проведений порівняльний аналіз МР, РЗК, РІФ-абс, РІФ-200, РІТ.

Особливості серологічних реакцій при ранньому прихованому сифілісі на даний час відрізняються значним відсотком хворих із слабкими або ж низькими потенціями сироваток крові у РЗК – 23,2 %; у порівнянні з даними 1980-1990 рр. частота таких відповідей у РЗК зросла майже у 3 рази.

У 1 групі хворих спостерігались відносно високі потенції сироваток крові – у титрах 1:80-1:320 (слабкими ж у ті роки вважались РЗК у титрах 1:20-1:40).

Зазначені особливості, а саме низькі потенції сироватки крові хворих у сучасних умовах можуть бути пов'язані з впливом багатьох чинників, а саме імуносупресивним впливом ІПСШ та інших супутніх захворювань, нездоровим способом життя; але головним з них, на нашу думку, є насамперед поширена антибіотикотерапія з різних причин, у тому числі – самолікування, лікування у приватних лікарів.

У період 2000-2014 рр. також помітно збільшилась кількість хворих на ранній прихований сифіліс з негативними результатами дослідження РЗК. За результатами проведених досліджень, їх питома вага серед хворих на ранній прихований сифіліс сягає 4 %; а 30 років тому серонегативність сягала 0,5 %, тобто збільшилась майже у 10 разів.

У більшості випадків збільшення відсотку хворих на ранній прихований сифіліс з негативними відповідями у РЗК викликане попереднім вживанням антибіотиків. Треба мати на увазі, що негативація РЗК можлива тільки при масивній антибіотикотерапії у високих дозах, призначення яких неможливе без втручання лікаря. Ми спостерігали достатню кількість хворих на ранній прихований сифіліс, коли у випадках ко-

роткотермінового лікування з приводу ІПСШ або застудних захворювань зберігаються різко позитивні результати РЗК, переважно у високих і середніх титрах.

Розпізнавання хворих на ранній прихований сифіліс з негативною РЗК завжди пов'язане з певними труднощами через те, що діагноз раннього прихованого сифілісу у цих випадках ґрунтується тільки на неодноразово позитивних результатах трепонемних тестів (РІТ, РІФ, ІФА) та даних конфронтації. У таких випадках ми рекомендуємо проводити постановку РІФ-200 з розведенням сироватки 1:400, 1:800; 1:1600, 1:3200, 1:6400. У деяких випадках приводом до постановки трепонемних тестів у хворих з негативними результатами РЗК є епідеміологічні чинники, в інших – позитивні результати мікрореакції преципітації.

Зважаючи на, нерідко, випадковий характер діагностики раннього прихованого сифілісу з негативними результатами РЗК через обмежене використання специфічних реакцій, можна стверджувати, що значна частина таких хворих виявляється несвоєчасно. Між тим, недиагностований серонегативний ранній прихований сифіліс може стати в майбутньому причиною пізніх специфічних уражень нервової системи та внутрішніх органів. Такі хворі ставлять також небезпеку в епідеміологічному аспекті через можливе зараження осіб, що мають з ним тісні стосунки. Усі згадані вище обставини диктують необхідність поглибленого обстеження з обов'язковим повторним проведенням трепонемних реакцій в усіх випадках, коли у статевих контактів хворих на сифіліс одержують негативні результати дослідження РЗК на тлі слабо-позитивних результатів МР.

За останні 15-20 років, за даними наших спостережень у 1 та 2 групах хворих, спостерігались наступні зміни у «серологічному статусі» хворих на ранній прихований сифіліс:

- питома вага різко позитивних результатів РЗК з титром 1:80 складала:

1) у 1 групі (1980-1990 рр.) – близько 50 %;

2) у 2 групі (2000-2014 рр.) – трохи більше 25 %;

- питома вага позитивних результатів РЗК з титром 1:20 – 1:40 складала:

1) у 1 групі (1980-1990 рр.) – трохи менше 30 % (27,8 %);

2) у 2 групі (2000-2014 рр.) – більше 40 %, тобто збільшилась майже у два рази;

- питома вага позитивної РЗК з титром 1:5-

1:10 залишилася майже без змін; у порівнянні з 1 групою хворих на ранній прихований сифіліс, у 2 групі у 12 % хворих результати РЗК були або слабо позитивним, або позитивним тільки з одним з антигенів.

Негативні та слабо позитивні результати дослідження РІФ:

- по РІФ-абс були зареєстровані:

1) у 1 групі – у 2,2 % хворих;

2) у 2 групі – у 4,1 %.

- по РІФ-200 були зареєстровані:

1) у 1 групі – у 6,3 % хворих;

2) у 2 групі – у 14,5 %, тобто за останні 30 років відсоток слабо позитивних і негативних результатів дослідження РІФ підвищився майже у 2 рази.

Відносно РІТ – то за останні 30 років:

- кількість позитивних реакцій зменшилась на 17 %;

- кількість негативних результатів досліджень цієї реакції зросла на 8 %.

Приведені дані переконливо свідчать про «серологічний патоморфоз» раннього прихованого сифілісу, який ми спостерігаємо в останні 30 років. Такі зміни можна пояснити низькими потенціями сироватки крові хворих внаслідок вживання антибіотиків або зменшенням інтенсивності імунної відповіді організму хворої людини на антигени самої блідої трепонеми.

У цей час діагностична цінність нетрепонемних і трепонемних тестів, які використовуються для діагностики сифілісу і зокрема раннього прихованого сифілісу, виглядає таким чином:

- **мікрореакція преципітації** (класичний варіант) – ця реакція має високу (99 %) чутливість і, без сумніву, може використовуватися для діагностики раннього прихованого сифілісу, але вона має

низьку специфічність (майже 15 % досліджень не підтверджують діагноз сифілісу), тому вона може бути позитивною в осіб, які не хворіли на сифіліс;

- **реакція зв'язування комплекменту** – ця реакція досить добре і надійно діагностує ранній прихований сифіліс, її чутливість сягає:

1) з кардіоліпіновим антигеном – 94 %;

2) з трепонемним антигеном – 99 %;

діагностична цінність цієї реакції:

1) з кардіоліпіновим антигеном – 40 %;

2) з трепонемним антигеном – 50 %;

необхідно звернути увагу на випадки, коли ця реакція негативна або слабопозитивна, а саме негативні результати РЗК з трепонемним антигеном можуть свідчити про відсутність сифілітичної інфекції;

- **реакція імунофлюоресценції з абсорбцією (РІФ абс)** має:

1) найвищу із специфічних тестів «старого стандартного комплексу» діагностичну чутливість (97 %);

2) досить високу діагностичну специфічність (80 %), –

тому ця реакція безумовно повинна використовуватися у діагностиці раннього прихованого сифілісу; найбільшу цінність має негативний результат цієї реакції, який може свідчити про відсутність сифілісу;

- **РІФ-200** – це реакція менш чутлива, але її специфічність вище у порівнянні з РІФ-абс, її позитивний результат прогностично більш надійний у порівнянні з РІФ-абс; разом з тим, негативний результат цієї реакції прогностично менш надійний.

Що до РІТ, то, враховуючи складність її постанови і велику вартість, вважаємо за необхідне обговорити можливість її заміни РІПА або ІФА.

Висновки

1. За останні 30 років питома вага раннього прихованого сифілісу зросла майже на 20 %; за цей же проміжок часу питома вага пізнього прихованого сифілісу зменшилась майже на 10 %, що відповідає сучасним тенденціям епідеміології сифілісу. Кількість хворих на ранній прихований сифіліс, які проживають у містах, збільшилась з 70 % до 86 %. Як і 30 років тому, гендерний розподіл хворих на ранній прихований сифіліс залишився на тому ж рівні. Кількість хворих на ранній прихований сифіліс, які були виявлені активно за останні 30 років, зменшилась у два рази.

2. До особливостей сучасного перебігу раннього прихованого сифілісу слід віднести те, що

у 80 % хворих жінок виявлені супутні інфекції, що передаються статевим шляхом, а 42 % хворих чоловіків хворіли на алкоголізм та наркоманію. Серед хворих, – як чоловіків, так і жінок, – 80 % не мали сім'ї, понад 70 % хворих виконували некваліфіковану роботу. Середній вік хворих знизився на 10 років (з 36 до 26 років), тобто ранній прихований сифіліс «помолодшав». Зменшення середнього віку хворих відбулося за рахунок осіб віком 12-18 років, питома вага яких за останні роки зросла на 20 %. Кількість хворих, які не працювали, за останні роки зросла майже у 5 разів, а кількість студентів та учнів – майже у 6 разів. Майже на 20 % збільшилась кількість хво-

рих, які не перебували у шлюбi. Якщо 30 років тому джерелом інфікування, головним чином, були одружені особи, то в останній час це мало-знайомі люди (збільшення у 4 рази).

3. Контингент хворих на ранній прихований сифіліс у період 1980-1999 рр. був значно здоровішим, ніж у період 2000-2014 рр., оскільки кількість захворювань на одну особу зросла, відповідно, з 1,68 до 3,25. Якщо 30 років тому хворі найбільш часто страждали на серцево-судинну патологію, то в останній час (2000-2014 рр.) це захворювання шлунково-кишкового тракту, ЛОР-органів, ГРВІ, туберкульоз, вірусні гепатити, ВІЛ.

4. Серед найбільш суттєвих причин збільшення питомої ваги хворих на ранній прихований сифіліс є неконтрольоване застосування антибіотиків, внаслідок чого бліда трепонема втрачає частину своїх антигенних властивостей. Особливості серологічних реакцій у хво-

рих на ранній прихований сифіліс на даний час відрізняються значним відсотком із слабкими або низькими потенціями сироватки крові (у 23 % хворих). У порівнянні з даними 1980-1990 рр., частота низьких або слабких потенцій сироватки крові на даний час зросла майже у 3 рази. Такий стан речей можна пояснити наявністю супутніх захворювань, імуносупресивним впливом ПСШ, але все ж головним чинником є застосування антибіотиків.

5. В останні роки помітно збільшилась кількість хворих на ранній прихований сифіліс, які мають негативні результати РЗК. За нашими даними, їх питома вага збільшилась з 0,5 % до 4 %. Відсоток слабо позитивних і негативних результатів РІФ підвищився майже у 2 рази. Відносно РІТ за цей же період – кількість позитивних результатів зменшилась на 17 %, а кількість негативних результатів збільшилась на 8 %.

ЛІТЕРАТУРА

1. *Базиков И. А.* Эпидемиологические аспекты сифилиса на Ставрополье / И. А. Базиков, В. В. Чеботарев, М. А. Земцов, Л. Г. Дробина // Рос. журнал кож. и вен. бол. – 2000. – № 5. – С. 43-45.
2. *Бердницкая М. Ю.* Психологический портрет беременных, больных сифилисом / М. Ю. Бердницкая, Т. Н. Сырпеева, С. В. Глуховская, Г. М. Романова // 10 Всерос. съезд дерматовенеролог : Тез. научн. работ. – М. – 2008. – С. 52.
3. *Дмитриев Г. А.* Сифилис дифференциальный клинико-лабораторный диагноз / Г. А. Дмитриев, Н. Ф. Фриго. – М.: Мед. книга, 2004. – С. 363.
4. *Захаров В. К.* Вновь возвращаясь к проблемам скрытого сифилиса / В. К. Захаров, В. П. Федотов, А. Д. Дюдюн // Дерматовенерология. Косметология. Сексопатология. – 2006. – № 2-3 (4). – С. 40-43.
5. *Захаров С. В.* Епідеміологічні та діагностичні особливості прихованого сифілісу / С. В. Захаров // Тез. допов. 1(8) з'їзду УАЛДВК. – К., 2005. – С. 199.
6. *Захаров С. В.* Вплив факторів зовнішнього середовища на розповсюдження прихованого сифілісу у Придніпровському регіоні / С. В. Захаров, В. К. Захаров, Д. Г. Башмаков // Журнал дерматовенер., косметол. ім. Торсуєва. – 2006. – № 1-2 (12). – С. 245-246.
7. *Захаров С. В.* Клініко-епідеміологічні особливості сифілітичної інфекції у осіб, що страждають на хронічний алкоголізм / С. В. Захаров, В. К. Захаров, Д. Г. Башмаков, І. В. Жила // Дерматовенерология. Косметология. Сексопатология. – 2006. – № 3-4 (9). – С. 29-32.
8. *Захаров С. В.* Прихований сифіліс (епідеміологія, діагностика, диференційна діагностика, лікування) / С. В. Захаров, В. К. Захаров // Дерматовенерология. Косметология. Сексопатология. – 2007. – № 1-4 (10). – С. 194-224.
9. *Захаров С. В.* Деякі особові відмінності жінок, хворих на прихований сифіліс / С. В. Захаров, В. К. Захаров, А. Д. Дюдюн, В. В. Горбунцов // Дерматовенерология. Косметология. Сексопатология. – 2010. – № 3-4 (12). – С. 190-193.
10. *Захаров В. К.* Прихований сифіліс. Навчальний посібник / В. К. Захаров, А. Д. Дюдюн, С. В. Захаров. – 2011. – С. 121.
11. *Захаров В. К.* Деякі особові відмінності чоловіків, хворих на прихований сифіліс / В. К. Захаров, С. В. Захаров, В. В. Горбунцов // Дерматовенерология. Косметология. Сексопатология. – 2011. – № 1-4 (13). – С. 167-171.
12. *Иванова М. А.* Развитие эпидемиологической ситуации по ИППП в России за последние 10 лет (1994-2004) / М. А. Иванова, О. К. Лосева // Рос. журнал кож. и вен. б-ней. – 2006. – № 3. – С. 53-56.
13. *Мавров Г. И.* Скрытый сифилис на современном этапе / Г. И. Мавров, Ю. В. Щербакова // Укр. журнал дерматовенерологии и косметологии. – 2003. – № 4 (4). – С. 58-62.

14. Чеботарев В. В. О скрытых формах сифилиса / В. В. Чеботарев, М. Н. Земцов, Н. В. Чеботарева // Вестн. дерматол. венерол. – 2006. – № 3. – С. 52-54.

15. Юлдашев К. А. К вопросу скрытого сифилиса / К. А. Юлдашев, Н. К. Курбанова, К. В. Юлдашев // 3 Всерос. конгресс дерматовенер.: тез. научн. работ. - Казань. – 2009. – С. 97-98.

РАННИЙ СКРЫТЫЙ СИФИЛИС: МЕДИКО-СОЦИАЛЬНЫЕ, ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКИЕ И ДИАГНОСТИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ ЗА ПОСЛЕДНИЕ 30 ЛЕТ

Захаров С. В., Захаров В. К., Саница П. В.
 ГУ «Днепропетровская медицинская академия Министрства здравоохранения Украины»
 КЗ Кировоградський ОКВД

Изучены медико-социальные, эпидемиологические и диагностические особенности раннего скрытого сифилиса за последние 30 лет. Установлено, что удельный вес раннего скрытого сифилиса в общей структуре заболеваемости сифилисом увеличился на 20 %. Активное выявление больных уменьшилось в два раза. Среди сопутствующих заболеваний у женщин чаще всего встречаются ИППП, а у мужчин – алкоголизм и наркомания. Средний возраст больных сифилисом уменьшился с 36 до 26 лет. Контингент больных за 1980-1999 гг. оказался более здоровым, чем контингент больных за 2000-2014 гг. Среди наиболее вероятных причин роста заболеваемости ранним скрытым сифилисом можно назвать неконтролируемое применение антибиотиков и иммуносупрессивное воздействие ИППП (вирусные инфекции). Особенности серологических реакций у наблюдаемых больных в последнее время отличаются значительным процентом сывороток крови со слабыми или низкими потенциями; их количество за последние 10-12 лет увеличилось в три раза. Количество слабоположительных и отрицательных результатов трепонемных тестов также увеличилась.

Ключевые слова: ранний скрытый сифилис, эпидемиология, диагностика, трепонемные тесты, нетрепонемные тесты.

EARLY LATENT SYPHILIS: MEDICAL-AND-SOCIAL, EPIDEMIOLOGICAL AND DIAGNOSTIC ASPECTS OF THE PAST 30 YEARS

Zakharov S. V., Zakharov V. K., Synytsya P. V.
 "Dnepropetrovsk Medical Academy, Ministry of Health of Ukraine", SE
 Kyrovograd Regional Dermatovenerologic Prophylactic Centre ME

The medical-and-social, epidemiological and diagnostic features of early latent syphilis in the last 30 years have been studied. It is found that the position of early latent syphilis in the overall incidence of syphilis has increased by 20 %. Active case finding has diminished twice. Among related diseases the most common infections in women is STD, in men – alcoholism and drug addiction. The average age of syphilitics has reduced from 36 to 26 years. The group of patients (1980-1999) has been identified healthier than the group of patients (2000-2014). Among the most likely causes of the increasing incidence of early latent syphilis, the uncontrolled use of antibiotics and immunosuppressive impact of STD (viral infection) may be mentioned. Recently the features of serological reactions in the observed patients have been characterized by a significant percentage of sera with weak or low potency; their number for the last 10-12 years has trebled. The number of low positive and negative results of treponemal tests has increased too.

Keywords: early latent syphilis, epidemiology, diagnosis, treponemal tests, non-treponemal tests.

Захаров Сергей Вячеславович – канд. мед. наук, доцент кафедры кожных и венерических болезней ГУ «Днепропетровская медицинская академия МЗ Украины»

Захаров Вячеслав Константинович – канд. мед. наук, доцент кафедры кожных и венерических болезней ГУ «Днепропетровская медицинская академия МЗ Украины».

Саница Пётр Владимирович – врач-дерматовенеролог Кировоградского ОКВД.
zakhar-s@i.ru