

Ранній прихований сифіліс: у фокусі соціальні, епідеміологічні та медичні чинники

С.В. Захаров

ДЗ «Дніпропетровська медична академія МОЗ України»

Резюме

Мета дослідження – вивчення соціальних, епідеміологічних, медичних особливостей раннього прихованого сифілісу за останні 30 років. У роботі використані епідеміологічні та клінічні методи дослідження, серологічні дослідження крові.

Результати дослідження свідчать про те, що за останні 30 років питома вага раннього прихованого сифілісу збільшилась, а пізнього прихованого сифілісу – зменшилась. У 80% жінок, хворих на ранній прихований сифіліс, виявлено супутні інфекції, що передаються статевим шляхом, а в 42% чоловіків – алкоголізм. Близько 50% хворих на ранній прихований сифіліс за 3–12 міс до встановлення їм діагнозу вживали антибіотики. У 23,2% хворих були слабкі або низькі потенції сироватки крові у реакції зв'язування комплементу (РЗК), негативні результати РЗК були у 2% хворих. Трепонемні реакції мали таку саму тенденцію до слабокозитивних і навіть негативних результатів по одному з тестів.

Висновки. За останні 30 років відбулись суттєві зміни соціальних, епідеміологічних чинників захворюваності та результатів серологічних реакцій у хворих на ранній прихований сифіліс.

Ключові слова: ранній прихований сифіліс, епідеміологія, серологічні реакції.

Вступ

У структурі захворюваності на сифіліс відмічається неспинне збільшення питомої ваги раннього прихованого сифілісу (РПС), наслідками якого можуть бути пізні ускладнені форми сифілісу нервової та серцево-судинної системи, серорезистентність, вроджений сифіліс [3, 4, 11, 14]. Захворюваність на прихований сифіліс (ПС) неспинно зростає з 70-х років минулого століття. Так, вже наприкінці 1980-х років її рівень подвоївся і досяг майже 30%. Наступна, незрівнянно більша хвиля її підйому виникла у 1990-х роках. Вона була спричинена епідемічним характером поширення сифілісу. Так, в Україні у 1997 р. рівень захворюваності підвищився майже в 40 разів. За останні роки кількість хворих на ПС також продовжує збільшуватися, незважаючи на стабілізацію захворюваності на сифіліс на значно нижчому, ніж у 1990-х роках, рівні. Його питома вага давно вже перевищила 50%, а в окремих регіонах навіть і 70%. Ще вищий рівень захворюваності на ПС спостерігається у вагітних – питома вага останнього збільшилась у них до 60–70% [2, 11–16].

Зростання захворюваності на ПС відбувається за рахунок РПС. Так, захворюваність на ПС за останні роки зросла у 3 рази, а на неуточнений прихований сифіліс (НПС) – у 6 разів. Приведені дані дають привід висловити сумнів щодо масштабів стабілізації захворюваності на сифіліс і висловити думку, що зменшення кількості зареєстрованих в останні роки хворих на заразні його форми певною мірою пов'язане з викривленням статистичних даних, чому сприяє самолікування, лікування хворих приватними лікарями, іноді навіть фахівцями, які мають погане уявлення про наслідки хвороби та принципи лікування сифілісу, а також певними труднощами його діагностики [1, 4, 8, 11].

Небезпечна ситуація, яка обумовлена значним ростом захворюваності на РПС, потребує ретельного вивчення в кожному окремому регіоні України всього спектру факторів (соціально-економічних, епідеміологічних, медичних та ін.), які можуть впливати на захворюваність та прислужитися підґрунтям для розробки запобіжних заходів [1, 4, 5, 7–11].

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.

Метою дослідження було вивчення соціальних, епідеміологічних і медичних особливостей РПС за останні 30 років.

Матеріали та методи дослідження

Проаналізовані дані хворих на ПС, які перебували на лікуванні в Клініці шкірних та венеричних хвороб ДЗ «Дніпропетровської медичної академії МОЗ України». У роботі використані: епідеміологічні (ретроспективне вивчення амбулаторних карт та історії хвороб пацієнтів), клінічні методи дослідження, серологічні дослідження крові.

Нами було вивчено вплив різних чинників на перебіг ПС у 647 хворих за період 1980–1999 рр. і у 672 хворих – 2000–2015 рр. Діагноз ПС встановлювався на підставі клініко-анамнестичного і серологічного обстеження хворих з використанням загальноприйнятих критеріїв верифікації сифілісу (МКХ-Х).

Особливу увагу звертали на анамнестичні й клінічні дані щодо супутньої патології, перенесених раніше захворювань, дані конфронтації. Для деталізації та оцінки інτερкурентних захворювань було залучено терапевта, невролога, окуліста, оториноларинголога, фахівців з методів інструментальної діагностики, рентгенолога. Також пацієнти були обстежені на предмет уrogenітальних інфекцій (гонорея, трихомоніаз, хламідіоз, мікоуреаплазмоз, бактеріальний вагіноз, уrogenітальний кандидоз, генітальний герпес, папіломавірусна інфекція), вірусні гепатити, ВІЛ-інфекція.

Статистичну обробку результатів проводили за відомими програмами. Статистичну достовірність оцінювали з використанням t-критерію Стьюдента.

Результати та їх обговорення

Проведений нами аналіз архівних історій хвороб за період 1980–1990-х років (647 хворих на ПС) дав змогу зробити наступні висновки: РПС було діагностовано у 49,1%, пізній прихований сифіліс (ППС) – у 12,8% і НПС – у 8,3% хворих. За період 2000–2015 рр. (проаналізовано 672 історії хвороби) діагноз РПС було встановлено у 78,5% хворих, ППС – у 3,7% НПС – у 1,1%.

Таким чином, наведені вище дані терміном у понад 30 років свідчать про суттєве підвищення питомої ваги РПС (на 27,4%), що відповідає сучасним тенденціям. На тлі останнього спалаху захворюваності на сифіліс у 1990-х роках та початку 2000-х років майже не реєструвались випадки ППС і НПС, і питома вага зменшилась з 12,8 до 3,7% і з 8,3 до 1,1% відповідно. Проте, починаючи з другої декади ХХІ ст. і дотепер у структурі захворюваності на сифіліс

відмічається зростання кількості випадків як ППС, так і НПС, що може бути обумовлене епідемією 1990-х років, зокрема наявністю своєчасно не виявлених і не пролікованих хворих на РПС у попередні роки, про що опосередковано може свідчити перевагування цих форм прихованого сифілісу у хворих віком понад 50 років.

Серед хворих на РПС переважно були пацієнти, які проживали в містах. Так, за 30 років питома вага мешканців міст збільшилась з 71% до 86,5%, що може свідчити про вплив процесів урбанізації на епідемічну ситуацію. Гендерний розподіл хворих на ПС за останні 30 років майже не змінився. Так, у жінок ця форма сифілісу реєструється частіше (60–65%), ніж у чоловіків (35–40%). Шляхи виявлення хворих у 1980–1990-х роках були наступні: серед обстежених у соматичних стаціонарах – 35,7%, при конфронтації – 41,4%, у лікаря-гінеколога – 20,7%. При аналізі шляхів виявлення хворих на ПС за період 2000–2015 рр. нами було отримано наступні дані: при конфронтації – 20,7%, при обстеженні у соматичних стаціонарах – 51,4%, звернулися самі – 12,3%, у лікаря-гінеколога – 15,6%.

Таким чином, як видно з наведених нами даних, структура шляхів виявлення хворих у порівнянні з періодом 1980–1990-х років змінилась головним чином за рахунок зменшення вдвічі кількості осіб, що були виявлені при конфронтації, та збільшення кількості хворих, які звернулися самостійно та які були виявлені у соматичних стаціонарах.

Серед хворих на РПС 71% виконували некваліфіковану роботу або були безробітними. Понад 80% жінок і чоловіків не мали сім'ї. Серед хворих переважають молоді (віком від 18 до 30 років) жінки та чоловіки, більшість з яких через алкоголізм і наркоманію втратили сім'ю та вели невпорядковане статеве життя, 26% хворих не мали повної середньої освіти й лише 20% хворих набули середню спеціальну освіту. Зміна стереотипів поведінки дітей стала причиною дуже раннього початку статевого життя, в яке вони вступили поза шлюбом: 81% жінок – у віці 12–17 років, 92% чоловіків – у віці 13–18 років. Усі вищезгадані чинники спричинили байдуже й безвідповідальне ставлення хворих до свого здоров'я. Саме з цих причин близько 60% вагітних хворих на ПС із запізненням стають на облік у жіночих консультаціях, а четверта частина взагалі нехтують ними або ж звертаються до лікаря тільки вимушено – при загрозі викидня. У 80% жінок виявлено супутні інфекції, що передаються статевим шляхом (ПСПШ), 42% чоловіків страждають на алкоголізм, який у значної частини з них призвів до тяжких уражень внутрішніх органів, нервової та психічної сфери. Частина хворих ухиляється від лікування 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 ПС у перше десятиліття ХХІ ст. Що змінилося за 30 років? Порівняльне вивчення медико-соціальних аспектів у хворих на РПС дало змогу встановити цілу низку суттєвих відмінностей у пацієнтів наприкінці ХХ ст. (1-ша група – 647 пацієнтів) і початку ХХІ ст. (2-га група – 672 пацієнтів).

Хворі на РПС у період з 2000 по 2015 р. (2-га група) були значно молодшими ((26,1±1,2) року), ніж хворі 1-ї групи (1980–1999 рр.) – (36,5±1,7) року (p = 0,01). Цікаво, що за останні роки відмічається суттєве зменшення віку хворих за рахунок пацієнтів молодше 20–23 років. Значний приріст захворюваності в останньому випадку обумовлюється особами віком 16–18 років (21,3%). Суттєвих відмінностей між 1-ю та 2-ю групами хворих за рівнем освіти не було.

За фахом серед хворих 1-ї та 2-ї групи найбільшу питому вагу становили робітники (35,3 та 20,1%) і службовці (30,1 та 22,4%). У період з 2000 по 2015 р. суттєві зміни спостерігали у співвідношенні між особами, які були і не були зайняті у сферах громадської праці. Кількість хворих, які не працювали, збільшилась у 4,4 раза, студентів і учнів – у 5,4 раза.

Серед хворих на РПС 1-ї групи (647 пацієнтів) питома вага осіб, які не були в шлюбі або були розлучені, становила 46,2%, а в 2-й групі (672 пацієнти) – 63,8%. Якщо в 1980-1990-х роках джерелом інфікування були подружжя (71,1%), малознайомі особи (15%), то в 2000–2015 рр. подружжя стали джерелом інфікування у 30%, а кількість малознайомих осіб як джерело інфікування збільшилась майже до 60%.

Як видно з таблиці 1, хворі на РПС 1-ї групи (обстежені у 1980–1990-х роках) частіше хворіли на серцево-судинні захворювання, а хворі 2-ї групи (обстежені у 2000–2015 рр.) – на захворювання травної системи, ЛОР-органів, ГРВІ, хвороби шкіри, ІПСШ.

Як видно з таблиці 2, контингент хворих на РПС 1-ї групи (1980–1990-ті роки) виявився загалом більш здоровим, ніж контингент хворих 2-ї групи (2000–2015 рр.), оскільки кількість захворювань на 1 особу у 1-й групі становила 1,68, у 2-й – 3,25. Суттєві відмінності спостерігали і в якісному складі супутньої патології. У хворих 2-ї групи превалювали захворювання травної системи, ГРВІ, захворювання шкіри, туберкульоз, ІПСШ, здорових осіб було втричі менше, ніж у 1-й групі. У зв'язку з тим, що у 1980–1990-х роках дослідження на вірусні гепатити і ВІЛ проводили в невеликого відсотка хворих, провести порівняльний аналіз немає змоги.

Вищенаведені факти свідчать, з одного боку, про суттєве підвищення сексуальної активності за рахунок збільшення серед хворих на РПС осіб молодого віку, з другого – про підвищення якості діагностики і збільшення спектру лабораторних досліджень.

Політичні та соціально-економічні зміни в Україні, лібералізація суспільних відносин суттєво послабили державний вплив на боротьбу з поширенням 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 значною мірою знецінює всю наступну профілактичну роботу у вогнищах інфекції через її несвоєчасність. Все це обеззброює дерматовенерологічні заклади, ускладнює проведення ними

Таблиця 1. Перенесені захворювання у пацієнтів, хворих на РПС

Захворювання	1-ша група, n = 647 (%)	2-га група, n = 672 (%)
Захворювання дихальної системи	17,3	19,2
Захворювання серцево-судинної системи	15,1	10,8
Захворювання травної системи	20,1	24,5
Захворювання нирок	10,4	12,3
Захворювання очей	1	2,3
Захворювання ЛОР-органів	3,4	7,2
Онкологічні захворювання	3,9	1,2
Захворювання ендокринної системи	5,1	6,2
ГРВІ	42,4	54,2
«Дитячі» інфекції	23,6	28,3
Захворювання нервової системи	5,3	6,4
ІПСШ	12,4	28,3
Захворювання шкіри	6,1	14,9
Здорові	6,4	3,1

Таблиця 2. Супутні захворювання у хворих на РПС

Захворювання	1-ша група, n = 647 (%)	2-га група, n = 672 (%)
Захворювання серцево-судинної системи	12,7	14,1
Захворювання травної системи	26,2	42,4
Захворювання дихальної системи	14,5	22,3
ГРВІ	39,7	57,1
Захворювання нирок	3,3	4,1
Захворювання ЛОР-органів	7,9	8,7
Захворювання шкіри	11,7	17,8
Захворювання ендокринної системи	4,2	5,6
Захворювання нервової системи	5,3	6,8
Вірусні гепатити В і С	–	14,3
ВІЛ/СНІД	–	10,7
Туберкульоз	2,3	11,6
ІПСШ	17,9	41,2
Здорові	7,1	2,2

повноцінного комплексу диспансерних заходів, спрямованих на виявлення та санацію вогнищ сифілітичної інфекції. Так, в останній час значно зменшилась кількість розшуканих і залучених до обстеження статевих контактів – в середньому по 0,9–1,0 на одного хворого на РПС.

Серед найбільш вірогідних причин збільшення питомої ваги ПС насамперед може бути 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 інтеркурентних захворювань, хламідіозу тощо, здатне значно прискорювати регрес клінічних проявів раннього сифілісу, змінювати його перебіг і сприяти зростанню випадків ПС. За результатами отриманих нами даних, близько 50% хворих за 3–12 міс до встановлення їм діагнозу ПС застосовували антибіотики. Третини цих хворих антибіотики призначали 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 РПС відіграло лікування сифілісу бензатин-бензилпеніциліном. За нашими даними, щонайменше 25% хворих напередодні отримали масивну антибіотикотерапію, призначену переважно приватними лікарями. Така ситуація склалася у 2000–2015 рр., і, навпаки, у 1980–1990-х роках антибіотики не так часто застосовувалися хворими на сифіліс.

Для оцінки особливостей серологічних реакцій у хворих на РПС був проведений порівняльний аналіз мікрореакції преципітації (МР), реакції зв'язування комплементу (РЗК), реакції імунофлуоресценції з абсорбцією (РІФ-абс.), РІФ-200, реакції іммобілізації трепонем (РІТ) у 1-й (647 хворих) і 2-й групі (672 хворих). Особливості серологічних реакцій при РПС на даний час вирізняються значним відсотком хворих зі слабкими або низькими потенціями сироваток крові у РЗК – 23,2%, у порівнянні з даними 1980–1990-х років частота таких відповідей у РЗК зросла майже втричі. У 1-й групі хворих спостерігали відносно високі потенції сироваток крові (в титрах 1:80–1:320), слабкими в ті роки вважали РЗК в титрах 1:20–1:40. Зазначені особливості, а саме низькі потенції сироватки крові хворих в 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 сифілісу у приватних лікарів.

В останні роки (2000–2015 рр.) також помітно збільшилась кількість хворих на РПС з негативними результатами дослідження РЗК. За результатами проведених досліджень, їх питома вага серед хворих на РПС сягає 2%. 30 років тому серонегативність сягала 0,5%, тобто збільшилась майже в 4 рази. У більшості випадків збільшення відсотка хворих на РПС з негативними відповідями в РЗК обумовлене попереднім вживанням антибіотиків. Треба мати на увазі, що негативація РЗК можлива тільки при масивній антибіотикотерапії у високих дозах, призначення яких неможливе без втручання лікаря. Поряд з цим ми спостерігали достатню кількість хворих на РПС, коли у випадках короткотермінового лікування з приводу ІПСШ, застудних захворювань зберігаються різко позитивні результати РЗК, переважно у високих і середніх титрах.

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

Зважаючи на нерідко випадковий характер діагностики РПС з негативними результатами РЗК через обмежене використання специфічних реакцій, можна стверджувати, що значна частина таких хворих виявляється несвоєчасно. Між тим, недіагностований РПС може стати в майбутньому причиною пізніх специфічних уражень нервової системи та внутрішніх органів. Такі хворі становлять також небезпеку в епідеміологічному аспекті через можливе зараження осіб, що мають з ними тісні стосунки. Усі згадані вище обставини диктують необхідність поглибленого обстеження з обов'язковим повторним проведенням усього комплексу трепонемних реакцій у тих 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-й і 2-й групах хворих на РПС виявляли наступні зміни в серологічному статусі: питома вага різко позитивних результатів РЗК з титром 1:80 і більше у 1-й групі (1980–1990-ті роки) становила близько 50%, а в 2-й групі (2000–2015 рр.) питома вага різко позитивних результатів РЗК становила трохи більше 25%. І навпаки, якщо в 1980–1990-х роках (1-ша група) питома вага позитивних результатів РЗК з титром 1:20–1:40 становила трохи менше 30% (27,8%), то вже в перше десятиліття ХХІ ст. (2-га група) питома вага результатів РЗК з титром 1:20–1:40 збільшилась майже вдвічі, тобто перевищує 40%. Питома вага позитивної РЗК з титром

1:5–1:10 залишилася майже без змін. У порівнянні з 1-ю групою хворих на РПС, у 2-й групі у 12% хворих на ранній прихований сифіліс результати РЗК були або слабо позитивними, або позитивними лише з одним з антигенів.

У 1-й групі негативні і слабо позитивні результати РІФ-абс були зареєстровані у 2,2% хворих, 2-й групі – 4,1%. За результатами РІФ-200, у 1-й групі негативних і слабо позитивних результатів було 6,3%, 2-й групі – 14,5%. Тобто за останні 30 років відсоток слабо позитивних і негативних результатів дослідження РІФ підвищився майже вдвічі. Щодо РІТ, то за останні 30 років кількість позитивних реакцій зменшилась на 17%, а кількість негативних результатів цієї реакції зросла на 8%.

Наведені дані переконливо свідчать про «серологічний патоморфоз» РПС, який ми спостерігаємо впродовж понад 30 останніх років. Такі зміни можна пояснити низькими потенціями сироватки крові хворих внаслідок вживання антибіотиків або зменшення інтенсивності імунної відповіді організму хворої людини на антигени самої блідої трепонеми.

Наразі діагностична цінність нетрепонемних і трепонемних тестів, які використовують для діагностики сифілісу, і зокрема РПС, виглядає наступним чином.

- МР (класичний варіант) має високу (99%) чутливість; без сумніву, може використовуватися для діагностики РПС, але має низьку специфічність (майже 15% досліджень не підтверджують діагноз сифілісу), тому вона може бути позитивною в осіб, які не хворіли на сифіліс.
- РЗК досить добре і надійно діагностує РПС. Її чутливість з кардіоліпіновим антигеном сягає 94 і 99% – з трепонемним антигеном відповідно. Діагностична цінність цієї реакції становить 40% з кардіоліпіновим антигеном і 50% – з трепонемним антигеном. Необхідно звернути увагу на випадки, коли ця реакція є негативною або слабо-позитивною, оскільки негативний результат РЗК з трепонемним антигеном може свідчити про відсутність сифілітичної інфекції.
- РІФ-абс. має найвищу діагностичну чутливість зі специфічних тестів «старого стандартного комплексу», вона також має досить високу діагностичну специфічність, тому ця реакція, безумовно, повинна використовуватися у діагностиці РПС. Найбільшу цінність має негативний результат цієї реакції, який може свідчити про відсутність сифілісу.
- РІФ 200 – це реакція менш чутлива, але її специфічність вище в порівнянні з РІФ-абс. Її позитивний результат прогностично надійніший у порівнянні з РІФ-абс., водночас негативний результат – прогностично менш надійний.

Щодо РІТ, то, враховуючи складність її постановки і велику вартість, вважаємо за необхідне замінити її на реакцію пасивної гемаглютинації (РПГА), імуноферментний аналіз (ІФА), імуноблотинг.

Висновки

1. За понад 30 останніх років питома вага РПС зросла майже на 27,4%, за цей самий проміжок часу питома вага ППС зменшилась на 9,1%. Проте за останні роки в структурі захворюваності на сифіліс відмічається зростання кількості випадків як ППС, так і НПС, що може бути наслідком епідемії 1990-х років та відповідає сучасним тенденціям епідеміології сифілісу. Кількість хворих на РПС, які проживають у містах, збільшилась з 70 до 86%. Як і 30 років тому, гендерний розподіл хворих на РПС залишився на тому самому рівні. Кількість хворих на РПС, які були виявлені активно за останні 30 років, зменшилась удвічі.

2. До особливостей сучасного перебігу РПС слід віднести те, що у 80% хворих жінок виявлені супутні ППСШ, а 42% хворих чоловіків хворіли на алкоголізм і 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 РПС «помолодшав». Зменшення середнього віку хворих відбулося за рахунок осіб 11–18 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 хворих, які не перебували в шлюбі. Якщо 30 років тому джерелом інфікування переважно були одружені особи, то в останній час це малознайомі люди (збільшення у 4 рази).

3. Контингент хворих на РПС у період 1980–1999 рр. був значно «здоровішим», ніж у період 2000–2015 рр., оскільки кількість захворювань на одну особу зросла відповідно: 1,68 та 3,25. Якщо 30 років тому хворі найчастіше страждали на серцево-судинну патологію, то тепер (2000–2015 рр.) це захворювання травного тракту, ЛОР-органів, ГРВІ, туберкульоз, вірусні гепатити, ВІЛ, ППСШ.

4. Серед найбільш суттєвих причин збільшення питомих ваг хворих на РПС є неконтрольоване застосування антибіотиків, внаслідок чого бліда трепонема втрачає частину своїх антигенних властивостей. Особливості серологічних реакцій у хворих на РПС нині відрізняються значним відсотком випадків зі слабкими або низькими потенціями сироватки крові (у 23% хворих). У порівнянні з даними 1980-1990-х років частота низьких або слабких потенцій сироватки крові на даний час зросла майже втричі. Такий стан речей можна пояснити наявністю супутніх захворювань, імуносупресивним впливом ППСШ, але все таки головним чинником є застосування антибіотиків.

5. В останні роки помітно збільшилась кількість хворих на РПС, 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 вдвічі. Стосовно РІТ за цей період, кількість позитивних результатів зменшилась на 17%, а кількість негативних результатів збільшилась на 8%.

Список літератури

- Захаров С.В., Башмаков Д.Г., Захаров В.К. та ін. Вплив факторів зовнішнього середовища на розповсюдження прихованого сифілісу у Придніпровському регіоні. Журнал дерматовенерології та косметології ім. М.О. Торушева. 2006. № 1-2 (12). С. 245-246.
- Захаров С.В., Захаров В.К., Дюдюк А.Д. та ін. Деякі особові відмінності жінок, хворих на прихований сифіліс. Дерматовенерологія. Косметологія. Сексопатологія. 2010. 3-4 (12). С. 190-193.
- Дмитриев Г.А., Фриго Н.Ф. Сифилис дифференциальный клинико-лабораторный диагноз. М.: Медицина, 2004. 363 с.
- Захаров В.К., Федотов В.П., Дюдюк А.Д. Вновь возвращаясь к проблемам скрытого сифилиса. Дерматовенерологія. Косметологія. Сексопатологія. 2006. № 2-3 (4). С. 40-43.
- Захаров В.К., Захаров С.В., Горбунцов В.В. Деякі особові відмінності чоловіків хворих на прихований сифіліс. Дерматовенерологія. Косметологія. Сексопатологія. 2011. № 1-4 (13). С. 167-171.
- Захаров В.К., Дюдюк А.Д., Захаров С.В. Прихований сифіліс: Навчальний посібник. 2011. 121 с.
- Захаров С.В. Епідеміологічні та діагностичні особливості прихованого сифілісу. Тез. допов. 1 (8) з'їзду УАЛДВК. Київ, 2005. С. 199.
- Захаров С.В., Захаров В.К. Прихований сифіліс (епідеміологія, діагностика, диференційна діагностика, лікування). Дерматовенерологія. Косметологія. Сексопатологія. 2007. № 1-4 (10). С. 144-224.
- Иванова М.А., Лосева О.К. Развитие эпидемиологической ситуации по ИППП в России за последние 10 лет (1994-2004). Российский журнал кожных и венерических болезней. 2006. № 3. С. 55-56.
- Захаров С.В., Захаров В.К., Башмаков Д.Г. та ін. Клініко-епідеміологічні особливості сифілітичної інфекції у осіб, що страждають на хронічний алкоголізм. Дерматовенерологія. Косметологія. Сексопатологія. 2006. № 3-4 (9). С. 29-32.
- Мавров Г.И., Шербакова Ю.В. Скрытый сифилис на современном этапе. Украинский журнал дерматовенерологии и косметологии. 2003. № 4 (4). С. 58-62.
- Бондаренко Г.М., Нікітенко І.М., Семко Г.О. та ін. Порушення системи гомеостазу і функціонування ендотелію судин у пацієнтів хворих на приховані форми сифілісу. Дерматологія та венерологія. 2016. № 4 (74). С. 27-33.
- Бердницкая М.Ю., Сырнеева Т.Н., Глуховская С.В. и др. Психологический портрет беременных, больных сифилисом. Тез. научных работ 10 Всерос. съезд дерматовенерол. М., 2008. С. 52.
- Чеботарев В.В., Земцов М.Н., Чеботарева Н.В. О скрытых формах сифилиса. Вестник дерматологии и венерологии. 2006. № 3. С. 52-54.
- Басиков И.А., Чеботарев В.В., Земцов М.А. и др. Эпидемиологические аспекты сифилиса на Ставрополье. Российский журнал кожных и венерических болезней. 2000. № 5. С. 43-45.
- Юлдашев К.А., Курбанова Н.К., Юлдашев К.В. К вопросу скрытого сифилиса. Тез. науч. работ 3 Всерос. конгресс дерматовенер. Казань, 2009. С. 97-98.

References

- Zakharov SV, Bashmakov DN, Zakharov VK. Vplyv faktoriv zovnishn'oho seredovyshcha na rozpovsyudzhennya prykhovanoho syfilisu u Prydniprovsk'omu rehionu (Influence of environmental factors on the distribution of latent syphilis in the Pridneprovsky region). Journal of Dermatovenereology. Cosmetology. in named Torsuyev. 2006;1-2(12):245-246.
- Zakharov SV, Zakharov VK, Dyudyun AD, et al. Deyaki osobovi vidminnosti zhinko, khvorykh na prykhovanyy syphilis (Some personal differences in women with concealed syphilis). Dermatovenereology. Cosmetology. Sexopathology. 2010;3-4(12):190-193.
- Dmitriev GA, Fryho NF. Syphilis differentsyal nyy klinyko-laboratornyy dyahnoz (Syphilis differential clinical-laboratory diagnosis). Moscow: Medicina, 2004. 363 p.
- Zakharov VK, Fedotov VP, Dyudyun DA. Vnov' vozvrashchayasy' k problemam skrytogo sifilisa (Returning again to the problems of latent syphilis). Dermatovenereology. Cosmetology. Sexopathology. 2006;2-3(4):40-43.
- Zakharov VK, Zakharov SV, Horbuntsov VV. Deyaki osobovi vidminnosti chulovikiv khvorykh na prykhovanyy syphilis (Some personal differences in male patients with concealed syphilis). Dermatovenereology. Cosmetology. Sexopathology. 2011;1-4(13):167-171.
- Zakharov VK, Zakharov SV, Dyudyun AD. Prykhovanyy syphilis (Latent syphilis). Dnipropetrovsk: Svidler, 2011. 121 p.
- Zakharov SV. Epidemiohichni ta diahnostrychni osoblyvosti prykhovanoho syfilisu (Epidemiological and diagnostic features of latent syphilis). Tез.dopov.1 (8) s'yезд UALDVK, 2005. 199 p.
- Zakharov SV, Zakharov VK. Prykhovanyy syphilis (epidemiolihiya, diahnostryka, dyferentsiyana diahnostryka, likuvannya) (Latent syphilis (epidemiology, diagnosis, differential diagnosis, treatment). Dermatovenereology. Cosmetology. Sexopathology. 2007;1-4(10):144-224.
- Ivanova MA, Loseva OK. Razvitiye epidemiohicheskoy situatsii po IPPP v Rossii za posledniye 10 let (1994-2004) (The development of the epidemiological situation of STI in Russia over the past 10 years (1994-2004). Rossiyskiy zhurnal kozhnykh i venericheskikh bolezney. 2006;3:55-56.
- Zakharov SV, Zakharov VK, Bashmakov DG, et al. Kliniko-epidemiolihični osoblyvosti syfilichnoyi infektsiyi u osib, shcho strazhdayut' na khronichnyy alkoholizm (Clinico-epidemiological features of syphilitic infection in persons suffering from chronic alcoholism). Dermatovenereology. Cosmetology. Sexopathology. 2006;3-4(9):29-32.
- Mavrov GI, Shcherbakova YuV. Skrytyy sifilis na sovremennom etape (Latent syphilis at the present stag). Ukrainskiy zhurnal dermatovenerologii i kosmetologii. 2003;4(4):58-62.
- Bondarenko GM, Nikitenko IM, Semko GO, et al. Porushennya systemy homostazu i funktsionuvannya endoteliiyu sudyn u patsiyentiv khvorykh na prykhovani formy syfilisu (Violation of the system of homeostasis and functioning of the endothelium of vessels in patients with patients with concealed forms of syphilis). Dermatologiya i venerologiya. 2016;4(74):27-33.
- Berdnitskaya MYu, Syrneeveva TN, Gluhovskaya SV, et al. Psikhologicheskyy portret beremennykh, bol'nykh sifilisom (Psychological portrait of pregnant women with syphilis). Tез. nauchnykh rabot 10 Vseros. s'yезд dermatovenerol., 2008. 52 p.
- Chebotaev VV, Zemtsov MN, Chebotareva NV. O skrytykh formakh sifilisa (On the latent forms of syphilis). Vestnik dermatology and venerology. 2006;3:52-54.
- Basikov IA, Chebotarev VV, Zemtsov MA, et al. Epidemiohicheskkiye aspekty sifilisa na Stavropol'ye (Epidemiological aspects of syphilis in the Stavropol region). Rossiyskiy zhurnal kozhnykh i venericheskikh bolezney. 2006;4:43-45.
- Yuldashev KA, Kurbanova NK, Yuldashev KV. K voprosu skrytogo sifilisa (To the question of latent syphilis). Kazan: Theses of scientific works, 2006. P. 97-98.

РАННИЙ СКРЫТЫЙ СИФИЛИС: В ФОКУСЕ СОЦИАЛЬНЫЕ, ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКИЕ И МЕДИЦИНСКИЕ ФАКТОРЫ

С.В. Захаров

ГУ «Днепропетровская медицинская академия МЗ Украины»

Резюме

Цель исследования – изучение социальных, эпидемиологических, медицинских особенностей раннего скрытого сифилиса за последние 30 лет. В работе использованы эпидемиологические, клинические методы исследования, серологические исследования крови.

Результаты исследования свидетельствуют о том, что за последние 30 лет удельный вес раннего скрытого сифилиса увеличился, а позднего скрытого сифилиса – уменьшился. У 80% женщин, больных ранним скрытым сифилисом, выявлены сопутствующие инфекции, передающиеся половым путем, а у 42% мужчин – алкоголизм. Средний возраст больных уменьшился на 10 лет. Около 50% больных ранним скрытым сифилисом за 3–12 мес до установления им диагноза употребляли антибиотики. У 23,2% больных были слабые или низкие потенции сыворотки крови в реакции связывания комплемента (РСК), негативные результаты РСК были у 2% больных. Трепонемные реакции имели такую же тенденцию слабоположительных и даже отрицательных результатов по одному из тестов.

Выводы: за последние 30 лет произошли существенные изменения среди социальных, эпидемиологических факторов заболеваемости и результатов серологических реакций у больных ранним скрытым сифилисом.

Ключевые слова: ранний скрытый сифилис, эпидемиология, серологические реакции.

EARLY LATENT SYPHILIS: SOCIAL, EPIDEMIOLOGICAL AND MEDICAL FACTORS ARE IN FOCUS

S.V. Zakharov

SE «Dnepropetrovsk Medical Academy of NAMS of Ukraine»

Abstract

The objective of the study was to study the social, epidemiological, medical features of early latent syphilis in the last 30 years. The work used epidemiological, clinical methods of research, serological tests of blood.

The results of the study suggest that over the past 30 years the proportion of early latent syphilis increased, and late latent syphilis decreased. 80% of women with early latent syphilis have concomitant STIs, and 42% have alcoholism. The average age of patients decreased by 10 years. About 50% of patients with early latent syphilis used antibiotics 3–12 months before the diagnosis was established. In 23.2% of patients there were weak or low potencies of blood serum in CFR, negative results of were CFR in 2% of patients. Treponemal reactions had the same tendency of weak-positive and even negative results in one of the tests.

Conclusions: over the past 30 years, there have been significant changes among social, epidemiological factors of morbidity and serological responses in patients with early latent syphilis.

Key words: early latent syphilis, epidemiology, serological reactions.

Відомості про автора:

Захаров Сергій Вячеславович – канд. мед. наук, доцент кафедри шкірних та венеричних хвороб ДЗ «Дніпропетровська медична академія МОЗ України»; e-mail: zakhar_s@i.ua