

# Динаміка поширення та клініко-епідеміологічні особливості сифілісу в Рівненській області

Г.І. Мавров<sup>1,2</sup>, Н.В. Маняк<sup>3</sup>, В.І. Миронюк<sup>1,3</sup>

<sup>1</sup> ДУ «Інститут дерматології та венерології НАМН України»

<sup>2</sup> Харківська медична академія післядипломної освіти МОЗ України

<sup>3</sup> КЗ «Рівненський обласний шкірно-венерологічний диспансер» РОР

## Резюме

**Мета** – вивчення характеру поширення сифілісу в Рівненській області, клінічних проявів захворювання для оптимізації диспансерної роботи.

**Матеріали та методи.** Проведено аналіз статистичних даних, первинної медичної документації стосовно хворих з вперше в житті встановленим діагнозом сифілісу з 2003 по 2016 р.

**Результати.** З 2003 по 2016 р. зареєстровано 4328 осіб з діагнозом «сифіліс». У 2016 р. захворюваність зросла на 34,7%. Для Острозького району характерні сплески захворюваності в 2005, 2009 і 2015 р. В Дубровицькому – мав місце сплеск у 2005 і 2007 р. з падінням в наступні роки до значень менше 10,0 на 100 тис. населення при захворюваності по області більше 20,0 на 100 тис. населення. Відсоток активного виявлення збільшується: 2003 р. – 65,2%, 2016 р. – 75,2%. Відсоток манифестних форм в 2016 р. становив 20,8% проти 22,7% у 2015 р. Відзначено подовження інкубаційного періоду на 3,5 дня, частота ерозивних шанкерів збільшилась на 5,1%, частота виразкових шанкерів зменшилась на 14%. Визначається зменшення частоти рожеолі (на 23,3%). Папули на долонях і підшвах стали зустрічатися рідше: 63,3% – в 2010 р. і 45,0% – в 2016 р.; а папули порожнини рота – частіше (відповідно, 56,7% й 70,0%). В останні 7 років спостерігалось почастішання алопеції – з 3,3% до 10,0%.

**Висновки.** В Рівненській області має місце падіння захворюваності на сифіліс за експоненційним типом, в окремі роки може спостерігатися незначне збільшення на рівні районів. В різних районах характер захворюваності відрізняється. Відсоток активного виявлення сифілісу збільшується. Частка прихованих форм сифілісу зростає. Виявлено подовження інкубаційного періоду, збільшення частоти атипичних шанкерів, зменшення частоти рожеолі і папул на долонях і підшвах, збільшення папул порожнини рота, почастішання алопеції.

**Ключові слова:** сифіліс, захворюваність, динаміка, клінічний патоморфоз, активне виявлення, Рівненська область.

## Вступ

Незважаючи на зниження захворюваності, сифілітична інфекція все ще є актуальною проблемою в Україні. За даними МОЗ, в 2017 р. усіх форм сифілісу було виявлено 2768 випадків (6,7 на 100 тис. населення) [7]. Сифіліс може становити небезпеку для здоров'я нації поряд з іншими системними інфекційними хворобами [1]. Особливу увагу привертає той факт, що сифіліс полегшує передачу ВІЛ-інфекції, [6, 8]. Незважаючи на численні дослідження, залишаються нез'ясованими багато чинників, що впливають на захворюваність. Це економічні та соціальні перетворення суспільства, нові стереотипи статевої поведінки, міграційні процеси [2]. Таким чином, питання епідеміології, клініки сифілісу серед різних мікросоціальних груп та на різних територіях вивчено недостатньо, оскільки особи

з деліквентною поведінкою уникають контактів з державними лікувально-профілактичними установами [4, 5]. Тому актуальним є вивчення клінічних і епідеміологічних особливостей сифілісу в конкретних регіонах, пошук нових форм профілактичної роботи.

**Метою** даної роботи було вивчення характеру поширення сифілісу в Рівненській області, клінічних проявів захворювання для оптимізації диспансерної роботи.

## Матеріали та методи дослідження

Дослідження проводилося на базі Комунального закладу «Рівненський обласний шкірно-венерологічний диспансер» РОР. Для вирішення поставленої мети було проведено аналіз статистичних даних, первинної медичної документації стосовно усіх хворих з вперше в житті встановленим діагнозом сифілісу з 2003 по 2016 р. Для

тестування на сифіліс застосовували так звані швидкі тести: СІТО TEST Syphilis (Pharmasco) – для якісного виявлення антитіл IgG та IgM до *Treponema pallidum*. Для серологічного підтвердження сифілісу використовували нетрепонемні тести: реакція зв'язування комплекменту з кардіоліпіновим антигеном (РЗКк); реакція мікропреципітації (РМП); реакція визначення плазмових реагів (РПП); а також трепонемні тести: реакція зв'язування комплекменту з трепонемним антигеном (РЗКт); імуоферментний аналіз (ІФА); реакція пасивної гемаглютинації (РІПА). Статистичне опрацювання результатів проведено з використанням програм SPSS-PC – Statistical Package for the Social Sciences (версія 17.0), а також Statistica for Windows (версія 10.0). Рівень достовірності був прийнятий при  $p < 0,05$  [3].

### Результати та їх обговорення

З 1 січня 2003 р. по 31 грудня 2016 р. в Рівненській області зареєстровано 4328 осіб з вперше встановленим діагнозом «сифіліс». Станом на 1.01.2016 р. на диспансерному обліку по області перебувало 332 хворих. В 2016 р. взято на облік 149 хворих на сифіліс (12,8 на 100 тис. населення) проти 110 хворих сифілісом (9,5 на 100 тис. населення) у 2015 р. Відповідно, знято з диспансерного обліку в 2016 р. 138 хворих, і станом на 01.01.2017 р. на обліку перебувало 343 хворих. У 2016 р. захворюваність на сифіліс зросла порівняно з 2015 р. на 39 випадків (34,7%). Практично у половині районів відмічалось збільшення кількості реєстрованих випадків сифілісу (табл. 1).

Як видно з таблиці 1, у 2016 р. найбільший рівень захворюваності (при середньообласному показнику 12,8 на 100 тис. населення) реєструвався в Острозькому (31,8 на 100 тис. населення), Сарненському (27,8 на 100 тис. населення) та Дубнівському (24,0 на 100 тис. населення) районах. Найнижчий рівень захворюваності – в Володимирецькому (1,5 на 100 тис. населення), Радивилівському (2,7 на 100 тис. населення), Гоцанському (2,8 на 100 тис. населення), Рокитнівському (3,5 на 100 тис. населення), Дубровицькому (6,2 на 100 тис. населення) та Костопільському (6,2 на 100 тис. населення) районах.

Інтенсивний щорічний показник захворюваності на сифіліс (на 100 тис. населення) в Україні загалом, в Рівненській області, а також у м. Рівне і двох районах в 2003–2016 рр. показаний на рисунку 1. До 2014 р. захворюваність на сифіліс в обласному центрі була явно вище, ніж загалом по Україні, що більш наочно показано на рисунку 2. Пік захворюваності в Рівненській області настав на два роки пізніше, ніж загалом по Україні, хоча характер динаміки захворюваності подібний. Особливістю Рівненського регіону є більш стрімке зниження захворюваності у порівнянні з Україною в цілому (див. табл. 1, рис. 1, 2). Динаміка захворюваності на сифіліс в Рівненській області загалом повторює закономірності, що притаманні всій території України. Має місце стабільне падіння захворюваності за експоненціальним типом. Однак в окремі роки спостерігається незначне збільшення частоти нових випадків сифілісу, причому особливо це наявно на рівні окремих

Таблиця 1. Захворюваність на сифіліс в Рівненській області (інтенсивний показник на 100 тис. населення – число хворих з вперше в житті встановленим діагнозом за рік)

Райони	Кількість хворих з вперше в житті встановленим діагнозом															
	2003 р.		2004 р.		2005 р.		2006 р.		2007 р.		2008 р.		2009 р.		2010 р.	
	абс.	на 100 тис.	абс.	на 100 тис.	абс.	на 100 тис.	абс.	на 100 тис.	абс.	на 100 тис.	абс.	на 100 тис.	абс.	на 100 тис.	абс.	на 100 тис.
Березнівський	22	34,5	26	40,8	34	53,9	37	58,7	50	79,5	29	46,2	11	17,5	10	15,8
Володимирецький	33	53,5	13	21,2	13	21,2	18	29,3	11	18,0	8	13,1	6	9,8	8	12,9
Гоцанський	24	61,8	19	48,8	19	50,4	13	34,5	5	13,6	8	21,9	2	5,5	6	16,6
Демидівський	7	42,4	14	85,5	8	50,5	6	38,0	9	58,4	2	13,1	5	33,1	6	40,4
Дубнівський	30	34,2	25	28,5	45	52,8	35	41,0	39	46,2	38	45,2	27	30,8	18	21,5
Дубровицький	11	21,5	9	17,9	12	23,8	6	11,9	11	22,1	10	20,2	3	6,1	2	4,1
Зарічненський	12	33,2	11	30,7	11	33,4	13	36,2	10	28,0	–	–	4	11,3	4	11,3
Здолбунівський	20	34,4	29	49,3	39	66,8	24	41,2	23	39,8	35	60,9	27	47,2	13	22,8
Корецький	7	17,8	30	77,7	32	85,2	23	61,3	13	35,7	10	27,9	5	14,1	10	28,7
Костопільський	37	56,4	36	54,8	35	54,0	19	29,3	27	42,0	18	28,1	14	21,8	18	27,9
Млинівський	15	36,0	9	21,7	3	7,3	5	12,2	6	15,0	15	37,8	19	48,3	14	36,0
Острозький	12	26,1	16	35,1	5	11,1	10	22,2	13	29,1	13	29,2	15	33,9	8	18,1
Радивилівський	12	30,0	14	43,2	7	17,7	1	2,5	8	20,6	2	5,2	9	23,5	2	5,3
Рівненський	65	73,8	52	59,1	40	45,7	32	36,5	35	40,0	24	27,4	9	10,3	13	14,8
Рокитнівський	29	55,8	28	54,4	38	72,6	22	42,1	18	34,3	12	22,8	1	1,9	3	5,6
Сарненський	39	39,4	33	33,3	47	47,2	41	41,2	40	40,0	38	38,0	16	16,0	9	8,9
м. Рівне	373	149,9	267	107,3	236	96,5	162	66,3	122	49,8	120	49,0	86	40,7	66	26,8
м. Кузнецовськ	22	57,4	8	18,6	11	29,9	2	5,0	8	19,7	4	9,8	5	13,3	4	9,5
Рівненська обл.	770	65,9	639	54,8	635	54,7	469	40,4	448	38,8	386	33,5	264	23,0	214	18,6

Райони	Кількість хворих з вперше в житті встановленим діагнозом											
	2011 р.		2012 р.		2013 р.		2014 р.		2015 р.		2016 р.	
	абс.	на 100 тис.	абс.	на 100 тис.	абс.	на 100 тис.	абс.	на 100 тис.	абс.	на 100 тис.	абс.	на 100 тис.
Березнівський	12	19,0	6	9,5	4	6,3	10	15,7	4	6,3	10	15,6
Володимирецький	8	12,9	6	9,6	7	11,0	6	9,4	4	6,2	1	1,5
Гоцанський	5	13,9	3	8,4	4	11,2	3	8,4	2	5,7	1	2,8
Демидівський	3	20,3	1	6,8	–	–	1	6,8	–	–	–	–
Дубнівський	9	10,8	16	19,2	12	14,4	11	13,1	9	10,7	20	24,0
Дубровицький	3	6,1	4	8,2	3	6,1	1	2,1	3	6,2	3	6,2
Зарічненський	3	8,5	–	–	1	2,8	1	2,8	2	5,7	3	8,5
Здолбунівський	7	12,3	18	31,5	6	10,5	9	15,7	4	7,0	7	12,2
Корецький	15	43,3	9	26,2	6	17,6	4	11,8	8	23,8	4	11,9
Костопільський	10	15,5	13	20,1	8	12,3	4	6,2	1	1,5	4	6,2
Млинівський	15	38,7	4	10,4	11	28,7	1	2,6	4	10,6	3	7,9
Острозький	5	11,3	7	15,8	7	15,8	3	6,7	2	4,5	14	31,8
Радивилівський	4	10,6	4	10,6	3	8,0	2	5,3	2	5,3	1	2,7
Рівненський	17	19,3	8	9,1	5	5,6	8	8,8	5	5,5	9	9,9
Рокитнівський	7	13,1	7	13,0	–	–	2	3,6	4	7,1	2	3,5
Сарненський	8	7,9	11	10,8	7	6,8	8	7,8	20	19,4	29	27,8
м. Рівне	65	26,4	45	18,2	47	19,1	74	8,5	74	8,5	111	12,7
м. Кузнецовськ	–	–	4	9,5	–	–	37	14,8	34	13,7	32	13,1
Рівненська обл.	196	17,0	166	14,4	131	11,3	2	4,8	2	4,8	6	14,1

районів. В різних районах характер захворюваності відрізняється в залежності від соціально-економічної ситуації. Для прикладу було проаналізовано Острозький та Дубровицький райони.

Захворюваність в області складається з захворюваності в різних містах та селах різних районів. При цьому особливості і відмінності між різними частинами території області нівелюються. На рисунку 3 показана динаміка захворюваності в двох районах Рівненської області – Острозькому та Дубровицькому – в порівнянні з динамікою захворювання в усій області.

В області рівень захворюваності протягом більшості років вищий, ніж в окремих районах, причому, динаміка захворюваності в двох районах, взятих для прикладу,

відрізняється. Для Острозького району характерні сплески захворюваності в 2005, 2009 і 2015 р. Закономірність поширення сифілісу в Дубровицькому районі відрізняється – мав місце незначний сплеск у 2005 і 2007 р. зі швидким падінням в наступні роки до значень менше 10,0 на 100 тис. населення при захворюваності по області більше 20,0 на 100 тис. (див. рис. 3).

Таким, чином, зареєстрована захворюваність в сільській місцевості набагато нижча, ніж в обласному центрі та загалом по області. Є періодичні підйоми

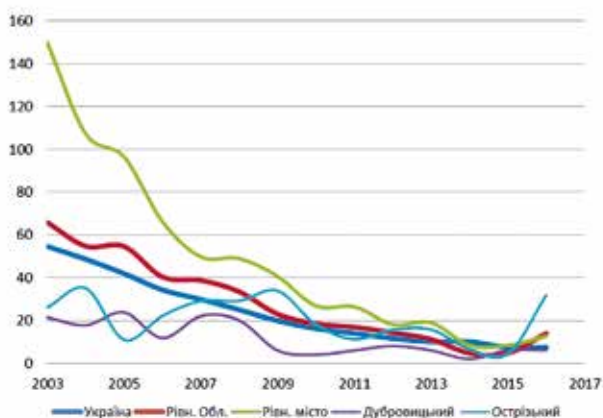


Рис. 1. Інтенсивний щорічний показник захворюваності на сифіліс (на 100 тис. населення) в Україні, в Рівненській області, а також в м. Рівне і двох районах в 2003–2016 рр. В м. Рівне мало місце більш стрімке зниження захворюваності у порівнянні з Україною в цілому

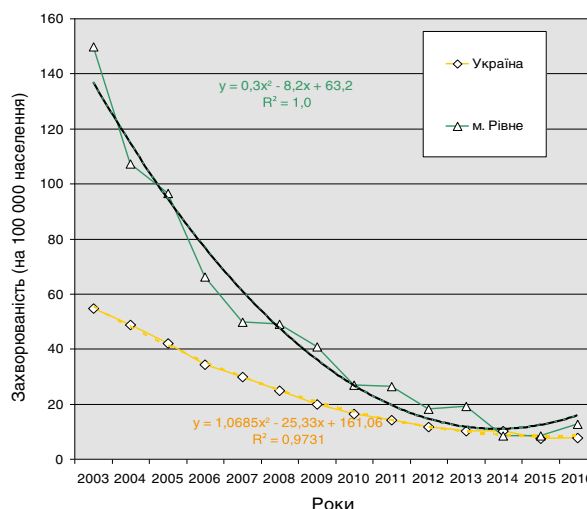


Рис. 2. Інтенсивний щорічний показник захворюваності на сифіліс (на 100 тис. населення) в Україні, а також в м. Рівне. Для кількісного опису динаміки захворюваності було застосовано поліноміальне згладжування (ступінь 2).  $y$  – інтенсивний показник захворюваності,  $x$  – час. Коефіцієнт  $kx^2$  характеризує швидкість зростання в періоді підйому захворюваності і зниження під час спаду епідемії.  $R^2$  – достовірність апроксимації

і спади. Крива, що відображає динаміку захворюваності в Острозькому та Дубровицькому районах, близька до синусоїди з періодом коливань 3–4 роки. При застосуванні методу «апроксимального згладжування» видно, що крива захворюваності в таких районах більш полого, ніж загалом по області (див. рис. 3). Цей метод дає змогу охарактеризувати зміни захворюваності за допомогою рівняння функції «захворюваність – час». За допомогою методу наближення (апроксимації) група точок на графіку, що відповідають значенням захворюваності за кожен рік, наближається (апроксимується) до найближчої поліноміальної функції, описаної простим рівнянням другого ступеня. За допомогою отриманої функціональної залежності можна кількісно оцінити динаміку захворюваності.

На рисунках 2, 3 показана динаміка захворюваності на сифіліс в Україні, у м. Рівне, загалом по області, а також у ближньому й дальньому сільських районах. Порівняння цих показників може означати, що на епідемічний процес поширення сифілісу в міській та сільській місцевості діють різні фактори. Відмінність не лише в силі їх впливу. Крім того, в сільській місцевості відчутно впливають місцеві чинники, що визначають 2–3 літні флуктуації захворюваності, які можуть бути пов'язані з міграцією, сезонними роботами, періодичними поїздками людей, які працюють або вчаться у великих містах або за межами України.

Так, Острозький район розташований у південно-східній частині Рівненської області на межі Малоого Полісся та Лісостепу. Район займає вигідне географічне положення. В м. Остріг, що є районним центром, діє Державний історико-культурний заповідник, до складу якого нині входять Острозький замок з Богоявленською церквою і фрагменти міських укріплень, що є історико-культурним осередком області, туристично привабливим. Також у м. Остріг є вищий навчальний заклад – Національний

університет «Острозька академія» (IV рівень акредитації), в якому навчається 2862 студенти. Через район проходить залізничне сполучення на Львів та Київ, автомобільне – на Рівне, Хмельницький, Тернопіль. Відстань від райцентру до м. Рівне становить близько 50 км. Населення району становить до 27 тис.

Кількість населення Дубровицького району – 48,0 тис. осіб (станом на 01.01.2016 р.). У Дубровицькому районі розташовано 7 середніх та 86 малих підприємств. У структурі реалізації промислової продукції переважають деревообробна, добувна та переробна промисловість. Розвиненість дорожньо-транспортної інфраструктури, близькість до столиці України м. Києва (300 км), міжнародного аеропорту у м. Рівне (150 км), сусідство з Республікою Білорусь робить район привабливим з точки зору розміщення виробництва.

Пріоритетним напрямом діяльності дерматовенерологічної служби є активне виявлення хворих на сифіліс. Упродовж 2016 р. активно виявлено (при «васерманізації» вагітних, донорів, соматичних хворих, під час медоглядів) 75,2% хворих проти 77,3% у 2015 р.

Шляхи виявлення хворих на сифіліс в 2003–2016 рр. показані в таблиці 2. Відсоток активного виявлення збільшується зі зниженням захворюваності. Якщо в 2003 р. він становив 65,2%, то в 2016 р. – 75,2%. Серологічне обстеження соматичних хворих залишається найбільш результативним способом активного виявлення сифілісу. Якщо в 2003 р. це обстеження дало змогу виявити 41,8% хворих на сифіліс, то в період спаду епідемії та різкого падіння захворюваності цей спосіб виявлення дав 36,2%. Однак останніми роками, у зв'язку зі збільшенням частки прихованих форм сифілісу, значення обстеження соматичних хворих зростає.

Другим за значенням є обстеження представників декретованих професій. У період стрімкого зменшення захворюваності питома вага цього методу знизилась з 19,1% до 12,2%. Обстеження вагітних останніми роками стабільно дає близько 7% виявлених випадків заразного сифілісу. Що стосується донорів, то останніми роками їх роль суттєво зросла – від 0,9% в 2003 р. до 8,7% у 2016 р. На наведені дані впливають як реальна поширеність сифілісу серед зазначених контингентів, так і якість роботи різних медичних служб (акушерсько-гінекологічної, служби переливання крові), а також робота різних лікувально-профілактичних установ, як державної, так і приватної власності, що здійснюють «васерманізацію» соматичних хворих (рис. 4).

Серед заразних ранніх форм сифілісу в Рівненському регіоні за 7 років відбулися зміни в структурі діагнозу. У 2010 р. первинний сифіліс був встановлений у 8,4% хворих, а в 2016 р. – у 5,4%. Ця відмінність недостовірна ( $p = 0,266$ ). Приховані форми сифілісу в 2003 р. були встановлені в 76,6%

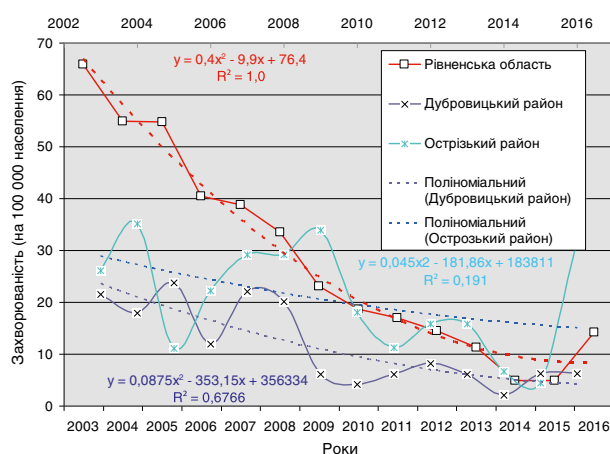


Рис. 3. Інтенсивний щорічний показник захворюваності на сифіліс (на 100 тис. населення) в Рівненській області, а також в двох районах Рівненської області: Острозького та Дубровицького. Для кількісного опису динаміки захворюваності було застосовано поліноміальне згладжування (ступінь 2).  $y$  - інтенсивний показник захворюваності,  $x$  - час. Коефіцієнт  $kx^2$  характеризує швидкість зростання в періоді підйому захворюваності і зниження під час спаду епідемії.  $R^2$  – достовірність апроксимації

Таблиця 2. Шляхи виявлення хворих на сифіліс у Рівненській області

Шлях виявлення	2003 р.		2004 р.		2005 р.		2006 р.		2007 р.		2008 р.		2009 р.		2010 р.	
	Абс.	%	Абс.	%	Абс.	%	Абс.	%	Абс.	%	Абс.	%	Абс.	%	Абс.	%
Звернулись самі	268	34,8	191	29,9	189	29,8	122	26,0	104	23,2	108	28,0	71	26,9	49	22,9
Активно	502	65,2	448	70,1	446	70,2	347	74,0	344	76,8	278	72,0	193	73,1	165	77,1
Професійні огляди	147	19,1	122	19,1	71	11,2	48	10,2	47	10,5	39	10,1	29	11,0	23	10,7
Обстеження соматичних хворих	166	21,5	163	25,5	164	25,8	145	30,9	129	28,8	137	35,5	81	30,1	72	33,7
Обстеження донорів	7	0,9	12	1,8	24	3,8	32	6,8	12	2,7	12	3,1	11	4,2	14	6,5
Обстеження вагітних	54	7,0	47	7,4	64	10,1	42	9,0	61	13,6	37	9,6	25	9,5	27	12,6
Доставлено міліцією (поліцією)	-	-	-	-	-	-	3	0,6	1	0,2	-	-	1	0,4	-	-
Статеві контакти	124	16,1	100	15,7	119	18,7	75	16,0	84	18,8	45	11,7	41	15,5	28	13,1
Побутові контакти	4	0,5	2	0,3	4	0,6	2	0,4	7	1,6	4	1,0	4	1,5	1	0,5
Інше	-	-	2	0,3	-	-	-	-	-	-	4	1,0	1	0,4	-	-
Виявлено лікарями суміжних спеціальностей	Н/Д	Н/Д	48	7,5	67	10,6	45	9,6	83	18,5	48	12,4	29	11,0	34	15,9

Шлях виявлення	2011 р.		2012 р.		2013 р.		2014 р.		2015 р.		2016 р.	
	Абс.	%	Абс.	%	Абс.	%	Абс.	%	Абс.	%	Абс.	%
Звернулись самі	36	18,4	24	14,5	27	20,6	19	16,8	25	22,7	37	24,8
Активно	160	81,6	142	85,5	104	79,4	94	83,2	85	77,3	112	75,2
Професійні огляди	24	12,2	19	11,4	10	7,6	15	13,3	19	17,3	15	10,1
Обстеження соматичних хворих	82	41,8	69	41,6	55	42,0	52	46,0	30	27,3	54	36,2
Обстеження донорів	17	8,7	9	5,4	5	3,8	6	5,3	5	4,6	9	6,0
Обстеження вагітних	14	7,2	25	15,1	11	8,6	6	5,3	17	15,5	14	9,4
Доставлено міліцією (поліцією)	1	0,5	-	-	-	-	1	0,9	-	-	-	-
Статеві контакти	22	11,2	18	10,8	22	16,8	14	12,4	14	12,6	19	12,8
Побутові контакти	-	-	2	1,2	1	0,8	-	-	-	-	1	0,7
Інше	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Виявлено лікарями суміжних спеціальностей	12	6,1	25	15,1	12	9,2	-	-	19	17,3	17	11,4

хворих, а в 2016 р. – у 79,2%. Таким чином, частка прихованих форм сифілісу зросла на 2,4%. Відповідно знизилась питома вага хворих із маніфестними формами за рахунок вторинного рецидивного сифілісу (табл. 3).

Велику занепокоєність викликає кількість хворих з прихованими формами сифілісу. Для порівняння: частота маніфестних форм в 2016 р. становила 20,8%, а прихованих, в свою чергу, – 79,2% проти 22,7% та 77,3%, відповідно, у 2015 р. З 2010 р. випадків вродженого сифілісу по області не було зареєстровано. Серед дітей віком до 17 років у 2016 р. зареєстровано 5 випадків сифілісу (3 випадки у Сарненському районі та по одному – в Острозькому районі та м. Рівне), тоді як у 2015 р. – 2 випадки. У вагітних зареєстровано 14 (20,6% від усього, зареєстрованого у жінок) випадків сифілісу проти 17 (35,4%) у 2015 р. Продовжують реєструватися випадки прихованого неуточненого сифілісу; в 2016 р. – 5 (3,4%)

випадків проти 6 (5,5%) у 2015 р. Пізнього сифілісу у 2016 р. зареєстровано 6 випадків (4,0%), у 2015 р. – 1 випадок (0,9%) (рис. 5).

Одним із завдань цього дослідження було вивчення клінічних особливостей сифілісу у хворих і його патоморфоз за досліджуваний період. Шляхом

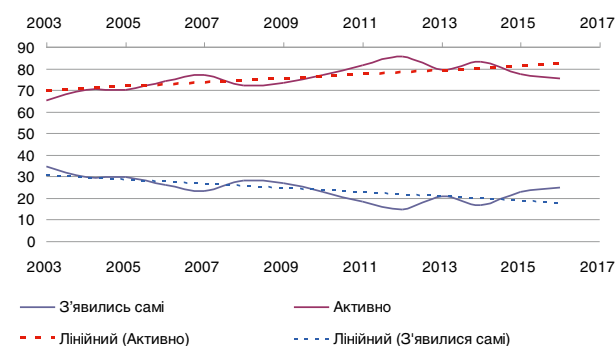


Рис. 4. Активне виявлення хворих на сифіліс у Рівненській області (%)

Таблиця 3. Структура захворюваності на сифіліс за нозологіями в Рівненській області

Нозологія	2010 р.		2011 р.		2012 р.		2013 р.		2014 р.		2015 р.		2016 р.	
	Абс.	%	Абс.	%	Абс.	%	Абс.	%	Абс.	%	Абс.	%	Абс.	%
Сифіліс первинний	18	8,4	15	7,7	10	6,1	10	7,6	7	6,2	5	4,5	8	5,4
Сифіліс вторинний свіжий	21	9,8	20	10,2	12	7,2	11	8,4	12	10,6	10	9,1	13	8,7
Сифіліс вторинний рецидивний	9	4,2	13	6,6	4	2,4	5	3,8	3	2,7	10	9,1	10	6,7
Сифіліс маніфестний	50	23,4	48	24,5	26	15,7	26	19,8	22	19,5	25	22,7	31	20,8
Сифіліс прихований ранній	158	73,8	146	74,5	131	78,9	102	77,9	84	74,3	78	70,9	107	71,8
Сифіліс прихований не уточнений	6	2,9	1	0,5	8	4,8	2	1,5	5	4,4	6	5,5	5	3,4
Сифіліс пізній		–	1	0,5	1	0,6	1	0,8	2	1,8	1	0,9	6	4,0
Сифіліс вроджений	2	0,9		–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–
Сифіліс всього	214		196		166		131		113		110		149	

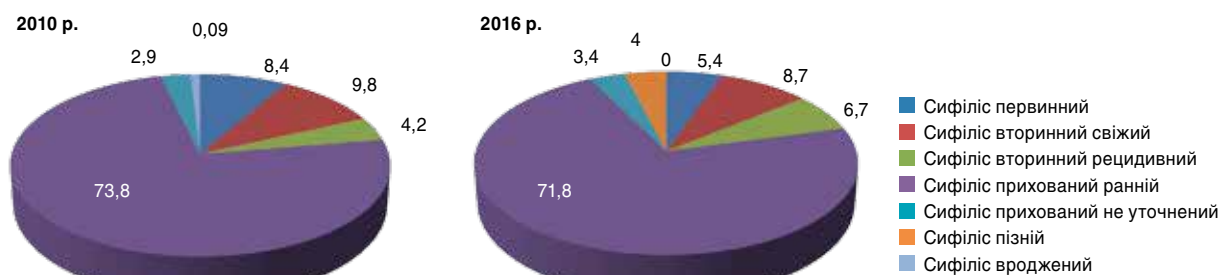


Рис. 5. Структура захворюваності на сифіліс за нозологіями в Рівненській області. Має місце зниження частоти первинного й зростання вторинного рецидивного сифілісу. Почали реєструватися пізні форми

аналізу архівних історій хвороби та амбулаторних карт були проаналізовані всі хворі на активний ранній сифіліс, виявлені в Рівненській області в 2010 та в 2016 р. Аналізували тривалість інкубаційного періоду і частоту характерних проявів раннього сифілісу у хворих в первинний і вторинний періоди. Дані представлені в таблиці 4.

І хоча було виявлено певний патоморфоз клінічних проявів сифілісу, частота окремих клінічних проявів первинного й вторинного сифілісу достовірно не відрізнялась ( $p > 0,05$ ). Зокрема, відзначено подовження середнього інкубаційного періоду в 2016 р. в порівнянні з 2010 р. на 3,5 дня. З огляду на невеликий

обсяг досліджуваної вибірки, ця різниця статистично не достовірна. Зміни відбулися в характері клінічних проявів первинного сифілісу (див. табл. 4.).

Так, відсоток типових шанкерів – як ерозивних, так і виразкових, зменшився, а відсоток атипичних шанкрів збільшився. У порівнянні з 2010 р. частота ерозивних шанкрів збільшилась в 2016 р. на 5,1%. Частота виразкових шанкрів зменшилась майже на 14%. З іншого боку, останніми роками збільшилась вірогідність виникнення атипичних шанкрів: у порівнянні з 2010 р. – на 8,3%. Частота такої характерної ознаки первинного сифілісу, як лімфаденіт, за аналізований період не змінилась. При

Таблиця 4. Клінічні прояви раннього сифілісу в Рівненській області

	Клінічні ознаки	2010 р. (N=18)		2016 р. (N=8)	
		N	%	n	%
Сифіліс первинний	Інкубаційний період (тижні)	4,3		4,8	
	Ерозивний шанкр	8	44,4	4	50,0
	Виразковий шанкр	7	38,9	2	25,0
	Атипичні шанкери	3	16,7	2	25,0
	Регіонарний лімфаденіт	13	71,0	6	75,0
	Клінічні ознаки	2010 (N=30)		2016 (N=20)	
		N	%	n	%
Сифіліс вторинний	Розеола	19	63,3	8	40,0
	Специфічна ангіна	7	23,3	6	30,0
	Папули на тулубі	13	43,3	8	40,0
	Папули на долонях і підшвах	19	63,3	9	45,0
	Папули на геніталіях	14	46,7	14	70,0
	Папули в порожнині рота	17	56,7	14	70,0
	Алопеція	1	3,3	2	10,0

аналізі патоморфозу проявів вторинного сифілісу встановлено зміну частоти окремих сифілідів. Визначається зменшення частоти розеоли (на 23,3%). Папули на долонях і підшвах стали зустрічатися рідше – 63,3% в 2010 р. і 45,0% в 2016 р.; а папули порожнини рота – частіше (відповідно, 56,7% й 70,0%). В останні 7 років спостерігалось деяке почастищення алопеції – з 3,3% до 10,0%.

### Висновки

- Має місце падіння захворюваності на сифіліс в Рівненській області за експоненційним типом, що повторює закономірності, притаманні всій території України. Однак в окремі роки може спостерігатися незначне збільшення на рівні районів. У різних районах характер захворюваності відрізняється – очевидно,

в залежності від соціально-економічних умов (Острозький та Дубровицький райони).

- Відсоток активного виявлення сифілісу збільшується. Серологічне обстеження соматичних хворих залишається найбільш результативним способом виявлення.
- Відбуваються зміни в структурі діагнозу. Частка прихованих форм сифілісу зростає, відповідно зменшується питома вага маніфестних форм. Почали траплятись випадки пізнього сифілісу як «відголосок» епідемії минулих років.
- Виявлено певний патоморфоз проявів сифілісу: подовження інкубаційного періоду, збільшення частоти атипичних шанкрів, зменшення частоти розеоли і папул на долонях і підшвах, збільшення частоти папул порожнини рота, почастищення алопеції. Потрібні подальші дослідження для уточнення цих даних.

### Список літератури

1. Андрейчин М.А. Инфекційні хвороби і демографічна криза в Україні. Журнал АМН України. 2007. Т. 13, № 3. С. 533–542.
2. Каменев В.І. Сучасні проблеми захворювань, що передаються статевим шляхом в Полтавському регіоні України. Журнал дерматології і венерології. 2002. № 4(18) С.57–59.
3. Кобзарь А.И. Прикладная математическая статистика. Для инженеров и научных работников. Москва: Физматлит, 2012. 816 с.
4. Мавров Г.І., Миронюк В.І. Сифіліс у споживачів психоактивних речовин: систематичний огляд літератури. Дерматологія та венерологія. 2014. № 3(65). С. 15–30.
5. Миронюк В.І. Інфекції, що передаються статевим шляхом, серед осіб, які споживають психоактивні речовини – розповсюдження та ризики зараження. Укр. журн. дерматол., венерол., косметол. 2018. № 1(68). С. 67–71.
6. Нові підходи до діагностики та лікування ІПСШ, в групах населення, уразливих щодо зараження ВІЛ (методичний посібник) / Мавров Г.І., та ін. Харків: МОЗ України, НАМН України, 2013. 48с.
7. Показники лікувально-профілактичної допомоги хворим шкірними і венеричними захворюваннями в Україні. Київ: Центр медичної статистики МОЗ України, 2018. 112 с.
8. Kalichman S.C., Pellowski J., Turner C. Prevalence of Sexually Transmitted Co-Infections in People Living with HIV/AIDS: Systematic Review with Implications for using HIV Treatments for Prevention. Sex Transm. Infect. 2011. Vol. 87, No. 3. P. 183–190.

### References

1. Andreychyn M.A. (2007). Infektsiyni khvoroby i demografichna kryza v Ukraini. [Infectious Diseases and the Demographic Crisis in Ukraine]. Zhurnal AMN Ukrainy, 13 (3), 533–542.
2. Kamenyev V.I. (2002)/ Suchasni problemy zakhvoryuvan, shcho peredayutsya statevym shlyakhom v Poltavskomu rehioni Ukrainy [Modern problems of sexually transmitted diseases in the Poltava region of Ukraine]. Zhurnal ermatolohyy y venerolohyy, 4(18), 57–59.
3. Kobzar' A. I. (2012). Prikladnaya matematicheskaya statistika. Dlya inzhenerov i nauchnykh rabotnikov [Applied mathematical statistics. For engineers and scientists]. Moscow: Fizmatlit, 816 s.
4. Mavrov G.I., Myronyuk V.I. (2014). Syfilis u spozhyvachiv psykhoaktyvnykh rechovin: systematichnyy ohlyad literatury [Syphilis in consumers of psychoactive substances: a systematic review of literature]. Dermatolohiia ta venerolohiia, 3(65), 15–30.
5. Myronyuk V.I. (2018). Infektsiyni, shcho peredayutsya statevym shlyakhom, sered osib, yakі spozhyvayut psykhoaktyvni rechovinny – rozpovsyudzhennist ta ryzyky zarazhennya. [Sexually Transmitted Infections Among Persons Consuming Psychoactive Substances – Prevalence and Risk of Infection]. Ukr. zhurn. dermatol., venerol., kosmetol, 1 (68), 67–71.
6. Mavrov G.I., Bondarenko G.M., Shcherbakova Yu.V., et al. (2013). Novi pidkhody do diahnostyky ta likuvannya IPSSH, v hrupakh naselennya, urazlyvykh shchodo zarazhennya VIL (metodychny posibnyk). [New approaches to STI diagnosis and treatment, in groups of people vulnerable to HIV infection (methodical manual)]. Kharkiv: MOZ Ukrainy, NAMN Ukrainy, 48s.
7. Pokaznyky likuvalno-profilaktychnoy dopomohy khvorym shkirnyimi i venerichnyimi zakhvoryuvanniyamy v Ukraini [Indicators of medical and preventive care for patients with skin and venereal diseases in Ukraine]. (2017). Kyiv: Tsentr medychnoi statystyky MOZ Ukrainy. 112 s.
8. Kalichman S.C., Pellowski J., Turner C. (2011). Prevalence of Sexually Transmitted Co-Infections in People Living with HIV/AIDS: Systematic Review with Implications for using HIV Treatments for Prevention. Sex Transm. Infect., 87(3), 183–190.

## ДИНАМИКА РАСПРОСТРАНЕНИЯ И КЛИНИКО-ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ СИФИЛИСА В РОВЕНСКОЙ ОБЛАСТИ

Г.И. Мавров<sup>1,2</sup>, Н.В. Маняк<sup>3</sup>, В.И. Миронюк<sup>1,3</sup>

<sup>1</sup> ГУ «Институт дерматологии и венерологии НАМН Украины»

<sup>2</sup> Харьковская медицинская академия последипломного образования МЗ Украины

<sup>3</sup> КЗ «Ровенский областной кожно-венерологический диспансер»

### Резюме

**Цель** – изучение характера распространения сифилиса в Ровенской области, клинических проявлений заболевания для оптимизации диспансерной работы.

**Материалы и методы.** Проведен анализ статистических данных, первичной медицинской документации о больных с впервые в жизни установленным диагнозом сифилиса с 2003 по 2016 г.

**Результаты.** С 2003 по 2016 г. зарегистрировано 4328 человек с диагнозом «сифилис». В 2016 г. заболеваемость выросла на 34,7%. Для Острозького района характерны всплески заболеваемости в 2005, 2009 и 2015 г.; в Дубровицком – имел место всплеск в 2005 и 2007 г. с падением в последующие годы до значений менее 10,0 на 100 тыс. населения при заболеваемости по области более 20,0 на 100 тыс. населения. Процент активного выявления увеличивается: 2003 г. – 65,2%, 2016 г. – 75,2%. Процент манифестных форм в 2016 г. составил 20,8% против 22,7% в 2015 г. Отмечено удлинение инкубационного периода на 3,5 дня, частота эрозивных шанкров увеличилась на 5,1%, язвенных шанкров – уменьшилась на 14%. Определяется уменьшение частоты розеоли (на 23,3%). Папулы на ладонях и подошвах стали встречаться реже: 63,3% – в 2010 г., 45,0% – в 2016 г.; а папулы полости рта – чаще (соответственно, 56,7% и 70,0%). В последние семь лет наблюдается учащение алопеции – с 3,3% до 10,0%.

**Выводы.** В Ровенской области отмечается падение заболеваемости сифилисом по экспоненциальному типу, в отдельные годы может наблюдаться незначительное ее увеличение на уровне районов. В разных районах характер заболеваемости отличается. Процент активного выявления сифилиса увеличивается. Доля скрытых форм сифилиса возрастает. Виявлено

удлинение инкубационного периода, увеличение частоты атипичных шанкров, уменьшение частоты розеолы и папул на ладонях и подошвах, увеличение частоты папул полости рта, учащение алопеции.

**Ключевые слова:** сифилис, заболеваемость, динамика, клинический патоморфоз, активное выявление, Ровенская область.

## DISTRIBUTION DYNAMICS AND CLINICAL, EPIDEMIOLOGICAL FEATURES OF SYPHILIS IN RIVNE REGION

G. I. Mavrov<sup>1,2</sup>, N. V. Manyak<sup>3</sup>, V. I. Mironyuk<sup>1,3</sup>

<sup>1</sup> SE «Institute of Dermatology and Venereology of NAMS of Ukraine»

<sup>2</sup> Kharkiv Medical Academy of Postgraduate Education of the Ministry of Health of Ukraine

<sup>3</sup> PI «Skin and Venereal Diseases Dispensary of the Rivne Region»

### Abstract

**Objective** – to study the nature of the syphilis spread in the Rivne region, clinical manifestations of the disease to optimize dispensary work.

**Materials and methods.** Analysis of statistical data, primary medical documentation for patients with the first in life syphilis diagnosis in life from 2003 to 2016.

**Results.** From 2003 to 2016, 4328 people with a syphilis diagnosis were registered. In 2016, the incidence increased by 34.7%. For the Ostrozhsky district there are bursts of morbidity – in 2005, 2009 and 2015. In Dubrovtsky district – there was a splash in 2005 and 2007 with a drop in subsequent years to values less than 10.0, with an incidence in the region of more than 20.0. The percentage of active detection increases: in 2003–65.2%, in 2016–75.2%. The percentage of manifestation forms in 2016 was 20.8%, against 22.7% in 2015. The incubation period was extended by 3.5 days, the frequency of erosive chancre increased by 5.1%, the frequency of ulcerative chancre decreased by 14%. The decrease in the rate of roseola (23.3%) is determined. Papules on the palms and soles began to register less – 63.3% in 2010 and 45.0% in 2016. But the papules of the oral cavity were registered more often (respectively, 56.7% and 70.0%). In the last 7 years there was an increase in alopecia – from 3.3% to 10.0%

**Conclusions.** There is a decrease in the incidence of syphilis in the Rivne oblast by exponential type, in some years there may be a slight increase at the district level. In different areas, the morbidity varies. Percentage of active detection of syphilis is increasing. The proportion of hidden forms of syphilis is increasing. Extensions of the incubation period, increase of atypical chancres, decrease of the frequency of roseola and papules on palms and soles, increase of papules of the oral cavity, increase of alopecia were revealed.

**Key words:** syphilis, morbidity, dynamics, clinical pathomorphosis, active detection, Rivne region.

### Відомості про авторів:

**Мавров Геннадій Іванович** – д-р мед. наук, професор, зав. відділу вивчення впливу епідемії ВІЛ/СНІДу на проблему ІПСШ, ДУ «Інститут дерматології та венерології НАМНУ»; зав. кафедри дерматовенерології і ВІЛ/СНІДу, Харківська медична академія післядипломної освіти МОЗ України; e-mail: uniidiv@gmail.com

**Маняк Наталія Володимирівна** – головний лікар, КЗ «Рівненський обласний шкірно-венерологічний диспансер». E-mail: vita.miron@gmail.com

**Миронюк Вікторія Ігорівна** – лікар, КЗ «Рівненський обласний шкірно-венерологічний диспансер», здобувач ДУ «Інститут дерматології та венерології НАМНУ»; e-mail: uniidiv@gmail.com

### Шановні колеги!

Кафедра дерматовенерології НМАПО імені П.Л. Шупика з нагоди святкування 100 років заснування НМАПО імені П.Л. Шупика запрошує взяти участь у ювілейній науково-практичній конференції «**ДЕРМАТОВЕНЕРОЛОГІЯ В РОЗРОБКАХ МОЛОДИХ НАУКОВЦІВ**», яка відбудеться 22–23 листопада 2018 р. у м. Києві

Запрошуємо взяти участь молодих науковців (віком до 40 років) – інтернів, магістрів, аспірантів, пошукачів, а також всіх лікарів-дерматовенерологів доповісти фрагменти зі своїх наукових робіт (регламент доповіді – 10 хв), або поділитися цікавими клінічними випадками з практики (регламент доповіді – до 5 хв).

Запрошуємо також всіх бажаючих відвідати наш прогресивний захід, де можна буде ознайомитись з найновішими дослідженнями в дерматології, послухати досвідчених науковців, побачити рідкісні дерматози, які будуть представлені в секції «Клінічні випадки».

Серед учасників конференції проводитиметься розіграш трьох річних абонементів на журнал «Дерматолог».

Тези доповідей або фрагменти наукових робіт буде надруковано в матеріалах конференції безкоштовно.

Матеріали приймаються до 1 листопада 2018 р. на електронну пошту

Статті, тези та теми доповідей надсилати на електронну адресу: derma-nmapo@ukr.net

Секретаріат: К.О. Бардова, В.М. Боровиков

Контактні телефони: (044) 413–53–52, (098) 467–07–77

Захід проводиться за підтримки Української академії дерматовенерології, Medical Knowledge Hub та журналу «Дерматолог»

Завідувач кафедри дерматовенерології Національної медичної академії післядипломної освіти імені П.Л. Шупика, д-р. мед. наук О.І. Літвус