

Соціально-епідеміологічна характеристика хворих на прихований пізній сифіліс

Г.М. Бондаренко¹, І.М. Нікітенко¹, О.А. Безрученко¹, Т.В. Губенко¹,
О.М. Білоконь¹, І.В. Калашнікова²

¹ ДУ «Інститут дерматології та венерології НАМН України»

² ДУ «Інститут патології хребта та суглобів ім. проф. М.І. Ситенка НАМН України»

Резюме

Мета – вивчення соціально-епідеміологічних характеристик хворих на прихований пізній сифіліс для оптимізації діагностичних заходів серед населення України.

Матеріали та методи. Проведено аналіз медичної документації хворих з діагнозом «прихований пізній сифіліс» за період 2018–2019 рр.

Результати. За досліджений період виявлено, що для хворих на прихований пізній сифіліс характерні наступні риси: середній вік становив 44 роки; 67% пацієнтів перебували у шлюбі; 40% осіб, що перебували в шлюбі, мали позашлюбні статеві зв'язки; серед неодружених і розлучених пацієнтів переважали чоловіки, а серед одружених – жінки; 54,5% пацієнтів були працюючими, переважно чоловіками; 18,2% – виявлені в соматичних стаціонарах; 27,3% – було виявлено в медичних установах дерматовенерологічного профілю; 87,3% – раніше неодноразово потрапляли до різних стаціонарів, де більшість (82%) була обстежена на сифіліс за допомогою реакції мікропреципітації; 58% – в анамнезі лікували сифіліс із застосуванням дюрантних препаратів пеніцилінового ряду; у 52,7% – прихований пізній сифіліс має вигляд змішаного інфекційного процесу в поєднанні з інфекціями, що передаються статевим шляхом; у 63% жінок з прихованим пізнім сифілісом виявляли репродуктивні порушення; більшість пацієнтів мали скарги, що підтверджували наявність судинної патології; у значній кількості хворих виявляли порушення з боку нервової системи: енцефалопатії змішаного генезу (34,5%), астеноневротичний синдром (34,5%), когнітивні порушення (7,3%), що не виключає специфічність ураження нервової системи.

Висновки. Усі хворі з підозрою на прихований сифіліс повинні бути ретельно обстежені в лікаря дерматовенеролога (із застосуванням комплексного серологічного обстеження), а також у лікарів інших спеціальностей: офтальмолога, отоларинголога, невропатолога, кардіолога.

Ключові слова: прихований пізній сифіліс, активне виявлення, діагностика.

DOI: 10.33743/2308-1066-2020-3-33-38

Вступ

За останніми даними, в структурі захворюваності на сифіліс в Україні значну питому вагу становлять приховані форми сифілісу – від 20 до 40% [1, 2, 8].

Визначення латентного сифілісу наведено у Міжнародній класифікації хвороб (МКХ-10):

- рубрика (A 51.5) – ранній сифіліс латентний;
- рубрика (A 53.0) – латентний сифіліс, не уточнений, як ранній або пізній.

Недоліком цієї класифікації є те, що пізній прихований сифіліс не виділяється окремо. Такий розподіл прихованого сифілісу в міжнародній класифікації не відображає періодизацію клінічного перебігу хвороби, тому має більше значення для статистичних звітів.

Ранній сифіліс латентний (A51.5) – це сифіліс (набутий) без клінічних проявів, з позитивною серологічною реакцією та негативною пробою спинномозкової рідини, менше двох років після зараження.

Пізній сифіліс латентний (A 53.0) – це сифіліс (набутий) без клінічних проявів, з позитивною серологічною реакцією та негативною пробою спинномозкової рідини, понад двох років після зараження.

Латентний сифіліс не уточнений (A 53.0) – це сифіліс (набутий) без клінічних проявів, коли при неодноразово позитивних серологічних реакціях ні лікар, ні хворий не можуть визначити можливі строки інфікування. До цієї групи зараховують осіб, що почали лікування в невстановлену в минулому стадію сифілісу. При цій формі прихованого сифілісу не вдається знайти ураження внутрішніх органів специфічної природи, ліквор також не має специфічних для сифілісу ознак.

Діагноз не уточненого прихованого сифілісу має бути тимчасовим. Якщо у хворих після призначеного лікування відбувається негативація серологічних реакцій, то це потрібно трактувати як ранній прихований сифіліс. І навпаки, якщо після призначеного лікування не відбувається негативації або значного зниження позитивності серологічних реакцій упродовж року, то це треба трактувати як пізній прихований сифіліс [3]. Це принципові речі, тому що обсяг і термін лікування пізнього прихованого сифілісу значно більші, ніж раннього.

Діагноз прихованого сифілісу є одним з найскладніших у практиці лікаря-дерматовенеролога. Прихований

сифіліс, як правило, встановлюють на підставі позитивних серологічних реакцій з сироваткою та негативних – з ліквором, за відсутності клінічних проявів хвороби на шкірі, слизових оболонках, з боку внутрішніх органів і нервової системи [4, 5]:

- в реакції мікропреципітації (РМП; з кардіоліпіновим антигеном);
- в реакції мікропреципітації з кардіоліпіновим антигеном (РПР);
- в якісному варіанті реакції пасивної гемаглютинації (РПГА);
- методом імуноферментного аналізу ІФА (IgM + IgG);
- в реакції імунофлуоресценції (РІФ);
- методом імуноблоту (ІБТ).

Для діагностики прихованого сифілісу лікар-дерматовенеролог має керуватись такими нормативними документами:

1. Наказ МОЗ України № 204 від 29.12.1992 р. «Про організацію лабораторної діагностики сифілісу в Україні» (зі змінами, внесеними згідно з Наказом МОЗ № 21 від 3.01.97 р.).

2. Наказ МОЗ України № 286 від 07.06.2004 р. «Про удосконалення дерматовенерологічної допомоги населенню України».

3. Наказ МОЗ України № 769 від 23.10.2009 р. «Про затвердження клінічного протоколу надання медичної допомоги дітям із підозрою на вроджений сифіліс».

4. Наказ МОЗ України № 997 від 22.11.2013 р. Методичні рекомендації «Сучасні підходи до лабораторної діагностики сифілісу».

5. Удосконалення лабораторної діагностики сифілісу в Україні (методичні рекомендації). Київ, 2019 р. [7].

При встановленні діагнозу серологічні дослідження необхідно проводити не частіше одного разу на 14 днів (РМП, РПР, РІФ, ІФА, РПГА). Ці дослідження повинні бути виконані тричі. Якщо у статевих партнерів встановлено активну форму заразного сифілісу, то діагноз встановлюють на підставі позитивних скринінгових тестів з кардіоліпіновим антигеном: РМП, РПР. Це є єдиним випадком, коли встановлення діагнозу не потребує проведення трепонемних тестів [6].

Не менш важливим у діагностиці прихованого сифілісу має бути й чітке уявлення про стан внутрішніх органів, серцево-судинної та нервової систем. Усі хворі повинні бути проконсультовані в лікарів інших спеціальностей: офтальмолога, отоларинголога, психоневролога та кардіолога. Лише у випадках, коли у хворих немає специфічної патології внутрішніх органів і систем, може бути встановлено діагноз прихованого сифілісу.

Метою роботи було вивчення соціально-епідеміологічних характеристик хворих з прихованим пізнім сифілісом для оптимізації виявлення сифілісу серед населення України.

Матеріали та методи дослідження

В основну групу дослідження було включено 55 пацієнтів з прихованим пізнім сифілісом віком від 24 до 55 років, які перебували на лікуванні у відділенні венерології ДУ «Інститут дерматології та венерології НАМН України» за період з січня 2018 р. до листопада 2019 р. Діагноз прихованого пізнього сифілісу встановлювали на підставі клініко-анамнестичного та серологічного обстеження хворих з використанням

загальноприйнятих критеріїв верифікації сифілісу (МКХ-10). Сироватку (в неактивованій та активованій формі) пацієнтів досліджували за допомогою таких серологічних методів лабораторної діагностики: нетрепонемних (неспецифічних з кардіоліпіновим антигеном) – в якісному та кількісному варіантах РМП; трепонемних (специфічних) – в якісному варіанті РПГА, ІФА (IgM + IgG), РІФ-абс, РІФ-200 і в деяких випадках методом ІБТ.

Особливу увагу звертали на анамнестичні дані щодо супутньої патології, перенесених захворювань, даних конфронтації. Для деталізації та оцінки інтеркурентних захворювань було залучено: терапевта, невролога, окуліста, кардіолога, фахівців з методів інструментальної діагностики. Також ці пацієнти були обстежені на інфекції, що передаються статевим шляхом (ПСПШ): гонорея, трихомоноз, хламідіоз, міко-уреаплазмоз, урогенітальний кандидоз, генітальний герпес, гепатити С, В.

Під час обстеження статевих партнерів хворих на прихований пізній сифіліс у жодного не було виявлено клінічних ознак сифілісу та позитивних серологічних результатів дослідження.

Результати та їх обговорення

Проведений нами аналіз дав змогу виявити, що всі хворі з діагнозом «сифіліс прихований пізній» були мешканцями міста. Щодо гендерного розподілу, то наше дослідження виявило: серед жінок ця форма реєструвалась частіше – 30 (54,5%); у чоловіків – 25 (45,5%) (рис. 1). Мінімальний вік хворих становив 24 роки, максимальний – 55 років; середній вік – (43,4±1,4) року. Більшість були працюючими – 54,5% (30 пацієнтів), половина з них виконувала некваліфіковану

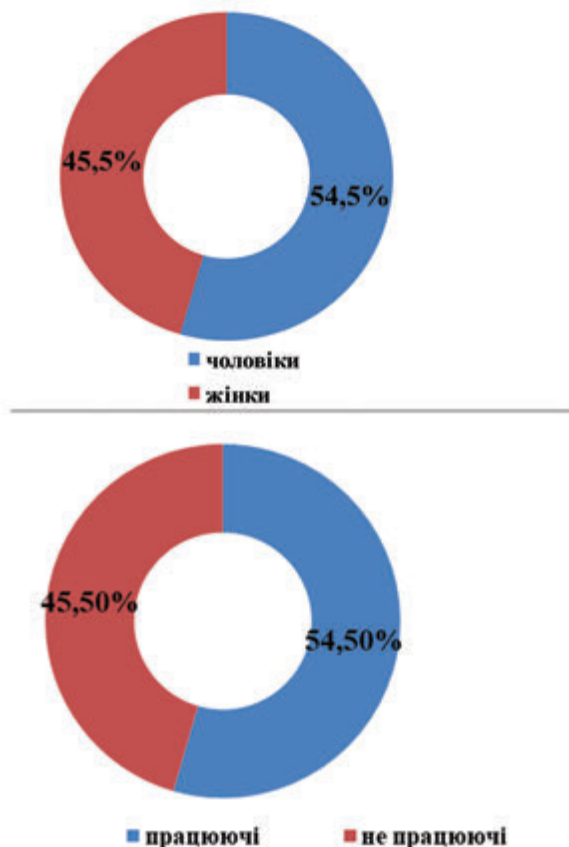


Рис. 1. Розподіл хворих на прихований сифіліс за статтю та працевлаштуванням

роботу. Не працювали 45,5% пацієнтів (25 осіб) (див. рис. 1). Серед працюючих більшість становили чоловіки 16 (53,3%), жінки частіше не мали постійної роботи (табл. 1).

Більшість пацієнтів з пізнім прихованим сифілісом – 31 (56,4%) – мали середню спеціальну освіту, вищу освіту мали 24 пацієнти (43,6%). Перебували в шлюбі 37 пацієнтів (67,3%), причому більшість становили жінки – 23 (62,1%), перевищуючи кількість одружених чоловіків майже в 1,5 раза. На частку хворих, що не перебували в шлюбі з тих або інших причин (розлучені, овдовілі, такі, що мешкають поза шлюбом) припадає досить високий відсоток – 11 випадків (61,1%) серед чоловіків, 7 випадків (38,9%) серед жінок. Серед овдовілих пацієнтів виявлені лише жінки – 3 особи. Дані про сімейний стан хворих з прихованими формами сифілісу наведені в таблиці 2.

Виявлені особливості статевого анамнезу: 15 осіб (40%), що перебували у шлюбі, мали позашлюбні статеві зв'язки. Більшість з них були чоловіками 10 (66,7%). Майже всі особи, що мали позашлюбні статеві зв'язки, не завжди використовували бар'єрні методи контрацепції. Більшість чоловіків (16 з 25) вказували на випадкові контакти. Жінки випадкові контакти заперечували.

Як відомо, хворі на прихований сифіліс дуже рідко звертаються до лікаря-венеролога (лише коли вони інформовані про те, що у статевого партнера сифіліс). За нашими даними, майже всі хворі були виявлені в медичних установах різного профілю (у соматичних стаціонарах, під час обстеження вагітних у жіночих

консультаціях, обстеження донорів, на дерматовенерологічному прийомі в шкірно-венерологічному диспансері (ШВД) та під час обстеження перед екстракорпоральним заплідненням (ЕКЗ). Дані про шляхи виявлення хворих наведені на рисунку 2.

Майже всі хворі з виявленим сифілісом – 48 (87,3%) – раніше неодноразово потрапляли до різних соматичних стаціонарів: гінекологічний профіль – 12 жінок, урологічний профіль – 3 пацієнти, онкологічний стаціонар – 4 пацієнти, інфекційний стаціонар – 1 пацієнт, хірургічний профіль – 13 пацієнтів, дерматовенерологічний профіль – 10 пацієнтів, неврологічний профіль – 5 пацієнтів, терапевтичний профіль – 10 пацієнтів. П'яти пацієнтам, що перебували в хірургічному стаціонарі, було проведено переливання крові. Дев'ять пацієнтів мали оперативні втручання в анамнезі. Більшість хворих 45 (81,8%) були обстежені в стаціонарах на сифіліс із застосуванням скринінгового нетрепонемного тесту РМП (результати негативні).

З анамнезу відомо, що 32 пацієнти (58,1%; 16 жінок, 16 чоловіків) раніше отримували лікування від сифілісу, анонімно (документально не підтверджено). 28 з них отримали лікування із застосуванням дюрантних препаратів пеніцилінового ряду і лише 4 – бензилпеніциліну натрієву сіль. Усі пацієнти не перебували на серологічному контролі.

Більшість пацієнтів з прихованим пізнім сифілісом мали різну супутню патологію. У 22 пацієнтів (40%) сифіліс мав вигляд змішаного інфекційного процесу в поєднанні з ПСШ, герпесвірусною інфекцією та гепатитами С і В. У 28% – виявлена серцево-судинна патологія, ангіопатія сітківки була виявлена також у 28% пацієнтів. Порушення з боку репродуктивної системи виявлені у 31% осіб. Також у 22 пацієнтів була виявлена патологія з боку нервової системи: енцефалопатія (37%), депресія (19%), когнітивні порушення (6%), епілепсія (6%). Патологія, виявлена у хворих з прихованим сифілісом, наведена в таблиці 3 і на рисунку 3.

Всі пацієнти з прихованим пізнім сифілісом були оглянуті невропатологом. Звертає на себе увагу, що більшість пацієнтів мали скарги, характерні для наявності судинних розладів:

- головний біль (n = 36 (65,5%)), найчастіше тупого характеру, без чіткої локалізації, не пов'язаний з підвищенням артеріального тиску, виникає у разі перевтоми, зміни погоди;
- порушення пам'яті (n = 9 (16,4%)), пов'язане переважно з підвищеним відволіканням, труднощами фокусування уваги, що призводило до зниження короткострокової пам'яті, механічної пам'яті, зі збереженням логічної пам'яті;
- порушення сну (n = 14 (25,5%)) в обстежених найчастіше були обумовлені підвищеною лабільністю, відзначались переважно у жінок (n = 4 (67%));
- депресія (n = 11 (20%)) – з однаковою частотою серед чоловіків і жінок (n = 7(23,3%));
- тривожність (n = 7) – переважно у жінок з депресією.

Під час консультування невропатологом у половині хворих були виявлені такі порушення нервової системи: енцефалопатія – у 19 пацієнтів (34,5%), астено-невротичний синдром – 19 (34,5%), когнітивні порушення – 4 (7,3%).

Таблиця 1. Розподіл пацієнтів з прихованим пізнім сифілісом за працевлаштуванням

Працевлаштування	Чоловіки (n=25)	Жінки (n=30)	Всього (n=55)
Працюють	16 (53,3%)	14 (46,6%)	30 (54,5%)
Не працюють	8 (32%)	17 (68%)	26 (47,3%)
Пенсіонери	-	1 (5,8%)	

Таблиця 2. Сімейний стан хворих з прихованим пізнім сифілісом

Сімейний стан	Хворі		
	Чоловіки (n=25)	Жінки (n=30)	Всього (n=55)
Одружені	14 (37,8%)	23 (62,1%)	37 (67,3%)
Вдівці/вдови	-	3 (10%)	18 (37,7%)
Розлучені	11 (61,1%)	4 (7,2%)	

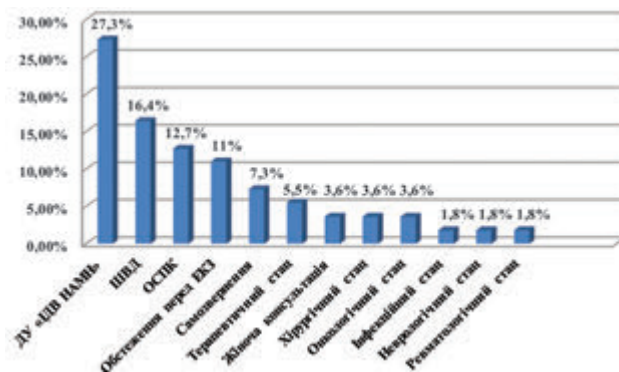


Рис. 2. Шляхи виявлення хворих на прихований сифіліс

Таблиця 3. Патологія, виявлена у хворих з прихованим пізнім сифілісом

Супутня патологія	Хворі з прихованим пізнім сифілісом (n=55)
Гіпертонічна хвороба	15 (27,3%)
Атеросклероз	15 (27,3%)
Ішемічна хвороба серця	13 (23,6%)
Порушення провідності серця	6 (11%)
Ангіопатія сітківки	16 (29%)
Енцефалопатія	22 (40%)
Депресія	11 (20%)
Когнітивні порушення	4 (7,3%)
Епілепсія	2 (3,6%)
Хронічні дерматози	4 (7,3%)
Трихомоноз	13 (23,6%)
Урогенітальний хламідіоз	11 (20%)
Герпес I-II типу	5 (9,1%)
Гепатити (С, В)	4 (7,3%)
Гонорея в анамнезі	5 (9%)
Безпліддя	7 (12,7%)
Зрив вагітності	12 (21,8%)

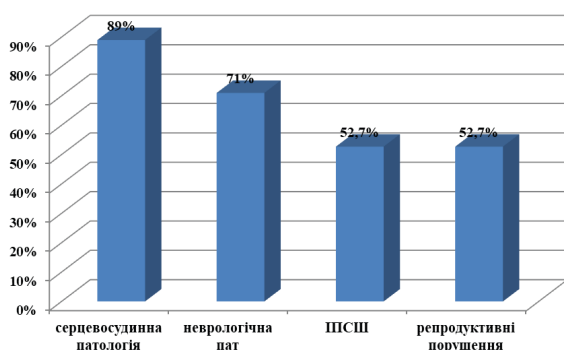


Рис. 3. Супутня патологія у хворих з прихованим пізнім сифілісом

Таким чином, виявлені такі риси прихованого пізнього сифілісу:

- середній вік становив 44 роки – це та група населення, яка частіше потрапляє до лікарів різного профілю;
- більшість пацієнтів перебували в шлюбі (67%), що вказує на наявність двох і більше статевих партнерів. Цей показник перевищує такий за попередні роки. 40% осіб, що перебували в шлюбі, мали позашлюбні статеві зв'язки;
- серед неодружених і розлучених пацієнтів переважали чоловіки, а серед заміжніх – жінки;
- майже половина пацієнтів працюють (54,5%), переважно чоловіки;
- частка виявлення пацієнтів у соматичних стаціонарах становить 18,2%. 4 пацієнти самостійно звернулись для обстеження на сифіліс;
- частіше пацієнти з пізнім прихованим сифілісом виявлялись у медичних установах дерматовенерологічного профілю (27,3%);

- більшість пацієнтів (87,3%) раніше неодноразово потрапляли до різних терапевтичних і хірургічних стаціонарів, де більшість (82%) була обстежена на сифіліс за допомогою РМП; жодного позитивного результату отримано не було;
- більша частка пацієнтів (58,1%) мали в анамнезі анонімне лікування сифілісу із застосуванням дюрантних препаратів пеніцилінового ряду;
- більш ніж у половини (52,7%) прихований пізній сифіліс мав вигляд змішаного інфекційного процесу в поєднанні з трихомонозом, хламідіозом, герпесвірусною інфекцією I/II типу, гепатитами С, В, а також наявною в анамнезі гонококовою інфекцією;
- у 63% жінок з прихованим пізнім сифілісом виявляли репродуктивні порушення;
- більшість пацієнтів мали скарги, що підтверджували наявність судинної патології;
- у значній кількості хворих виявляли порушення з боку нервової системи: енцефалопатії змішаного генезу (34,5%), астеноневротичний синдром (34,5%), когнітивні порушення (7,3%), що не виключає специфічність ураження нервової системи.

Висновки

Таким чином, можна зробити висновок, що основними чинниками зростання рівня захворюваності на прихований пізній сифіліс є наслідки епідемії сифілісу 90-х років з безконтрольним лікуванням сифілісу дюрантними препаратами пеніциліну й відсутністю серологічного контролю хворих, а також застосуванням неефективних методів діагностики сифілісу в стаціонарах у сучасних умовах.

Зниження активного виявлення пізніх форм сифілісу вказує на відсутність нагляду за пацієнтами з перенесеним сифілісом. Низький рівень виявлення інфікованих у соматичних стаціонарах дає змогу припустити значне перевищення реальної поширеності інфекції над офіційно зареєстрованою. Слід додати недостатню обізнаність суміжних спеціалістів про сифіліс, які не проводять більш ретельне обстеження хворих з використанням трепонемних тестів у неврологічних, терапевтичних, хірургічних, гінекологічних, кардіологічних та офтальмологічних стаціонарах.

Рекомендації для закладів МОЗ України в сучасних умовах:

Усі хворі з підозрою на прихований сифіліс повинні бути ретельно обстежені у лікаря-дерматовенеролога (із застосуванням комплексного серологічного обстеження) а також проконсультовані в лікарів інших спеціальностей:

- лікар-офтальмолог має провести обстеження хворого для визначення специфічної патології органа зору;
- лікар-отоларинголог має обстежити хворого для визначення специфічного неврити; доцільно рекомендувати дослідження аудіограми;
- лікар-невропатолог повинен провести неврологічне обстеження хворого; вважаємо за доцільне провести ЕЕГ, ЕХО-ЕЕГ комп'ютерну томографію головного та спинного мозку;
- лікар-кардіолог повинен провести дослідження ЕХО-ЕКГ, а також рентгенівський знімок аорти з двох позицій.

Список літератури

1. Алгоритм обстеження пацієнтів з метою первинного виявлення сифіліса в умовах соціальної нестабільності / В.В. Кутова, В.М. Волкостлавська, О.М. Білоконь та ін. Журнал дерматовенерології та косметології ім. М.О. Тарасува. 2017. № 1(37). С. 54–59.
2. Анализ эпидемиологической ситуации по сифилису в Украине / Г.М. Бондаренко, И.Н. Никитенко, С.В. Унучко и соавт. Дерматовенерология. Косметология. Сексопатология. 2018. № 1–4. С. 105–110.
3. Бондаренко Г.М., Унучко С.В., Никитенко И.Н. Сифилис: современное состояние проблемы. Дерматология та венерология. 2018. № 1(79). С. 8–12.
4. Захаров С.В., Захаров В.К. Прихований сифіліс (епідеміологія, діагностика, диференційна діагностика, лікування). Дерматовенерологія. Косметологія. Сексопатологія. 2007. № 1–4 (10). С. 134–223.
5. Роль нетрепонемних лабораторних методів дослідження у діагностиці сифілітичної інфекції / В.В. Кутова, О.М. Білоконь, І.М. Нікітенко та ін. Дерматологія та венерологія. 2016. № 2(72). С. 34–39.
6. Сучасні можливості серологічної діагностики сифілісу (порівняльний аналіз) / О.І. Літус, В.В. Кутова, О.М. Білоконь О.М. та ін. Дерматологія та венерологія. 2013. № 4(62). С. 34–43.
7. Удосконалення лабораторної діагностики сифілісу в Україні (методичні рекомендації) / Я.Ф. Кутасевич, О.І. Літус, В.В. Кутова та ін. Київ., 2019. 28 с.
8. Щербак Ю.В. Заболеваемость сифилисом в Украине. Клінічна імунологія. Алергологія. Інфектологія. 2009. № 1. С. 82–85.

References

1. Kutova VV, Volkoslavskaya VM, Bilokon OM, et al. Alhorytm obstezhennia patsientiv z metoiu pervynnoho vyavlennia syfilisa v umovakh sotsialnoi nestabilnosti (Algorithm of examination of patients for the primary detection of syphilis in conditions of social instability). Zhurnal dermatovenerologii ta kosmetologii im. M. O. Torsuieva. 2017;1(37): 54–59.
2. Bondarenko HM, Nykytenko YN, Unuchko SV, Hubenko TV, Bezruchenko AA, Osnyskaia TV. Analiz epydemyolohycheskoi sytuatsyy po syfilysu v Ukrainie (Analysis of the epidemiological situation of syphilis in Ukraine). Dermatovenerolohiya. Kosmetolohiya. Seksopatolohiya. 2018;1–4:105–110.
3. Bondarenko HM, Unuchko SV, Nykytenko YN. Syfilyl: sovremennoe sostoianye problem (Syphilis: current state of the problem). Dermatolohiia ta venerolohiia. 2018;1(79):8–12.
4. Zakharov SV, Zakharov VK. Prykhovanyi syfilis (epidemiolohiia, diahnostyka, dyferentsiina diahnostyka, likuvannia (Latent syphilis (epidemiology, diagnosis, differential diagnosis, treatment). Dermatovenerolohiya. Kosmetolohiya. Seksopatolohiya. 2007;1–4(10):134–223.
5. Kutova VV, Bilokon OM, Nikitenko IM, et al. Rol netreponemnykh laboratornykh metodiv doslidzhennia u diahnostytsii syfilytychnoi infektsii (The role of non-treponemal laboratory research methods in the diagnosis of syphilitic infection). Dermatolohiia ta venerolohiia. 2016;2(72):34–39.
6. Litus OI, Kutova VV, Bilokon OM, et al. Suchasni mozhyvosti serolohichnoi diahnostyky syfilysu (porivnialnyi analiz) (Modern possibilities of serological diagnosis of syphilis (comparative analysis). Dermatolohiia ta venerolohiia. 2013;4(62):34–43.
7. Kutasevych YaF, Litus OI, Kutova VV, et al. Udoskonalennia laboratornoi diahnostyky syfilysu v Ukraini (metodychni rekomendatsii) (Improving laboratory diagnosis of syphilis in Ukraine (guidelines)). Kyiv, 2019. 28 p.
8. Shcherbakova YuV. Zabolevaemost syfilysom v Ukrainie (Syphilis incidence in Ukraine). Klinichna imunolohiia. Alerholohiia. Infektolohiia. 2009;1:82–85.

СОЦИАЛЬНО-ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА БОЛЬНЫХ СКРЫТЫМ ПОЗДНИМ СИФИЛИСОМ

Г.М. Бондаренко¹, И.Н. Никитенко¹, А.А. Безрученко¹, Т.В. Губенко¹, О.Н. Белоконов¹, И.В. Калашникова²

¹ ГУ «Институт дерматологии и венерологии НАМН Украины»

² ГУ «Институт патологии позвоночника и суставов им. проф. М.И. Ситенка НАМН Украины»

Резюме

Цель — изучение социально-эпидемиологических характеристик больных скрытым поздним сифилисом для оптимизации диагностики сифилиса среди населения Украины.

Материалы и методы. Проведен анализ медицинской документации больных с диагнозом «скрытый поздний сифилис» за период 2018–2019 гг.

Результаты. За исследованный период выявлено, что для больных скрытым поздним сифилисом характерны следующие черты: средний возраст составляет 44 года, 67% пациентов состояли в браке; 40% лиц, состоящих в браке, имели внебрачные половые связи; среди холостых и разведенных пациентов преобладали мужчины; 54,5% пациентов составляли работающие, в основном мужчины; 18,2% — выявлены в соматических стационарах; 27,3% — выявлены в медицинских учреждениях дерматовенерологического профиля; 87,3% — ранее неоднократно находились в различных стационарах, где большинство (82%) были обследованы на сифилис методом РМП; 58% — имели в анамнезе лечение сифилиса с применением дюранных препаратов пенициллинового ряда; у 52,7% — скрытый поздний сифилис протекал в виде смешанного инфекционного процесса в сочетании с инфекциями, передающимися половым путем; у 63% женщин со скрытым поздним сифилисом выявлены репродуктивные нарушения; большинство пациентов имели жалобы, подтверждающие наличие сосудистой патологии; у значительного числа больных выявлялись нарушения со стороны нервной системы: энцефалопатии смешанного генеза (34,5%), астеноневротический синдром (34,5%), когнитивные нарушения (7,3%), что не исключает специфичность поражения нервной системы.

Выводы. Все больные с подозрением на скрытый сифилис должны быть тщательно обследованы у врача-дерматовенеролога (с применением комплексного серологического обследования), а также у врачей других специальностей: офтальмолога, отоларинголога, невропатолога, кардиолога.

Ключевые слова: скрытый поздний сифилис, активное выявление, диагностика.

SOCIO-EPIDEMIOLOGICAL CHARACTERISTICS OF PATIENTS WITH LATE LATENT SYPHILIS

G.M. Bondarenko¹, I.M. Nikitenko¹, O.A. Bezruchenko¹, T.V. Gubenko¹, O.M. Bilokon¹, I.V. Kalashnikova²

¹ SE «Institute of Dermatology and Venereology of NAMS of Ukraine»,

² SE «Sytenko institute of spine and joint pathology of NAMS of Ukraine»

Abstract

The objective: to study the socio-epidemiological characteristics of patients with late latent syphilis to optimize diagnostic measures among the population of Ukraine.

Materials and methods. The medical documentation of patients diagnosed with late latent syphilis for the period 2018–2019 was analysed.

Results. During the study period, it was found that for patients with latent late syphilis, the following features are characteristic: the average age is 44 years, 67% of patients are married; 40% of married persons have extramarital sex; among single and divorced patients, men predominate; 54.5% of patients are working, mostly men; 18.2% of patients were identified in somatic hospitals; 27.3% of patients were identified in medical institutions with a dermatovenerological profile; 87.3% of patients were previously repeatedly visited in various hospitals, where the majority (82%) were examined for syphilis by the RMP method; 58% of patients had a history of treating syphilis with the use of duretic penicillin drugs; in 52.7% of patients, latent late syphilis occurs as a mixed infection process in combination with an STI; 63% of women, latent syphilis revealed reproductive disorders; most patients have complaints confirming the presence of vascular pathology; in a significant number of patients, disorders of the nervous system are revealed: encephalopathy of mixed origin (34.5%), asthenoneurotic syndrome (34.5%), cognitive impairment (7.3%), which does not exclude the specific nature of the damage to the nervous system.

Conclusions. All patients with a suspicion of late latent syphilis should be thoroughly examined by a doctor dermato-venerologist (using integrated serological survey), as well as other doctors, ophthalmologist, otolaryngologist and, neurologist and, cardiologist.

Key words: late latent syphilis, active detection, diagnosis.

Відомості про авторів:

Бондаренко Гліб Михайлович – д-р мед. наук, професор, завідувач відділу інфекцій, що передаються статевим шляхом, ДУ «Інститут дерматології та венерології НАМН України»; e-mail: bondarenko.kharkov@gmail.com

ORCID ID: <https://orcid.org/0000-0002-0799-797X>

Нікітенко Інна Миколаївна – канд. мед. наук, ст. наук. співроб. відділу інфекцій, що передаються статевим шляхом, ДУ «Інститут дерматології та венерології НАМН України»; e-mail: nikiitenko.inna.n@gmail.com

ORCID ID: <https://orcid.org/0000-0001-8315-7625>

Безрученко Олексій Анатолійович – канд. мед. наук, лікар відділення венерології ДУ «Інститут дерматології та венерології НАМН України»; e-mail: alekseybezruchenko71@gmail.com

ORCID ID: <https://orcid.org/0000-0001-6436-4354>

Губенко Тетяна Володимирівна – канд. мед. наук, мол. наук. співроб. відділу інфекцій, що передаються статевим шляхом, ДУ «Інститут дерматології та венерології НАМН України».

ORCID ID: <https://orcid.org/0000-0001-0442-0409>

Білоконь Ольга Миколаївна – мол. наук. співроб. лабораторії серології ДУ «Інститут дерматології та венерології НАМН України»; e-mail: serolab_idv@i.ua

ORCID ID: <https://orcid.org/0000-0003-3281-8969>

Калашнікова Інна Володимирівна – мол. наук. співроб. відділу консервативного лікування та клінічних випробувань ДУ «Інститут патології хребта та суглобів ім. проф. М.І. Ситенка»; e-mail: ivkalash83@gmail.com

ORCID ID: <https://orcid.org/0000-0003-0673-2926>