

**В.Г. Панкратов, О.В. Панкратов, Е.С. Ерыгина**

**СКРЫТЫЙ СИФИЛИС – АКТУАЛЬНАЯ ПРОБЛЕМА ВЕНЕРОЛОГИИ И  
ПРАКТИЧЕСКОГО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ**

*Белорусский государственный медицинский университет,  
Белорусская медицинская академия последипломного образования*

Под скрытым сифилисом понимается такая стадия сифилитической инфекции, при которой не определяются манифестные признаки болезни на коже и слизистых оболочках, не выявляются специфические поражения внутренних органов, отсутствуют патологические изменения в спинно-мозговой жидкости, а диагноз устанавливается лишь на основании положительных скрининговых (нетрепонемных) и специфических (трепонемных) серологических реакций [1, 2, 5, 6, 8, 15, 18, 20, 23, 24, 26].

Международная статистическая классификация болезней X пересмотра (МКБ-X) предусматривает деление скрытого (латентного) сифилиса на врожденный скрытый сифилис и приобретенный скрытый сифилис. Врожденный скрытый сифилис характеризуется наличием положительных результатов исследования трепонемных и нетрепонемных серологических тестов на сифилис при отсутствии клинических проявлений и патологических изменений в спинно-мозговой жидкости. Ранний врожденный сифилис устанавливается у детей в возрасте до 2 лет, поздний врожденный – в возрасте 2 и более лет.

Согласно МКБ-X приобретенный скрытый сифилис делится на ранний, поздний и неуточненный. Диагноз раннего скрытого сифилиса устанавливается пациентам с давностью заболевания до 2 лет, позднего скрытого – свыше 2 лет, неуточненного – при отсутствии достоверных данных о сроках заражения и давности сифилитического процесса. Мы – воспитанники советской дерматологической школы, и придерживаемся мнения, что диагноз «сифилис скрытый неуточненный» является предварительным, ибо в процессе последующего динамического обследования, лечения и наблюдения лечащий врач, как правило, уточнял, с каким вариантом скрытого сифилиса – раннего или позднего – он имеет дело [2, 5, 13, 20, 23].

При положительных нетрепонемных (НТ) и трепонемных (ТТ) тестах говорят о серопозитивном скрытом сифилисе. Если же НТ отрицательны при наличии высоких титров специфических антител в ТТ, то такую форму заболевания называют серонегативным скрытым сифилисом. Наличие положительных НТ при отрицательных ТТ не является основанием для постановки диагноза скрытого сифилиса, т.к. следует помнить

о существовании острых и хронических биологически ложноположительных серологических реакций (аутоиммунные заболевания, инфекции, наркомания, беременность, пожилой возраст и др.) [1]. Таким образом, в структуру скрытого сифилиса включаются как случаи серопозитивного, так и серонегативного (по КСР) скрытого сифилиса [2, 7, 10, 11, 15, 20]. При уточнении диагноза «скрытый серонегативный (по КСР) сифилис» серологические исследования (КСР и трепонемные тесты – РИФ, РИТ, или РПГА, ИФА) должны проводиться дважды с интервалом не менее 2 недель в период, когда у обследуемого нет острого или обострившегося инфекционного или аутоиммунного заболевания, и он не принимает антибиотики или другие лекарственные препараты, способные повлиять на результаты исследования. Обязательно необходимо убедиться, что пациент не получал ранее противосифилитическую терапию. Ведь почти у каждого третьего нелеченного больного сифилисом может наступать спонтанная негативация стандартных (КСР) серологических реакций [19]. И.И. Ильин и Л.В. Пахомова (1981) диагностировали скрытый серонегативный сифилис у 11 (2,2 %) из 499 больных ранним скрытым сифилисом и у 8 (11,4 %) из 70 больных поздним скрытым сифилисом [11]. По другим наблюдениям [7], из 69 больных скрытым серонегативным сифилисом лишь у 11 длительность инфекции была менее 2 лет. М.В. Милич (1987) трактует диагноз «серонегативный по КСР скрытый сифилис» как клинический пример длительного бессимптомного течения сифилитической инфекции [19].

Частота регистрации различных стадий скрытого сифилиса вариабельна по данным дерматовенерологов России и других стран СНГ [1-6, 9, 10, 12-18, 20, 23, 26-30], хотя и прослеживается общая тенденция: в годы эпидемического подъема заболеваемости преобладают манифестные формы инфекции на фоне менее выраженного роста раннего скрытого сифилиса, а в годы снижения волны общей заболеваемости сифилисом практически повсеместно регистрируется рост скрытых форм инфекции, особенно раннего скрытого сифилиса. В России в 1994 г удельный вес раннего скрытого сифилиса составил 14,2 %, а скрытого позднего – 0,1 %; в 1997 г. (год пика заболеваемости) – 24,7 % и 0,07 % соответственно; в 2000 г. – 36,2 % и 0,4 % соответственно [30]. В Ставропольском крае в 1997 г. (разгар эпидемии сифилиса) показатель заболеваемости ранним скрытым сифилисом составил 17 %, в 2002 г. – 32 %, в 2004 г. – 39,3 % [28]. В Туркменистане в 1997 г. (в год пика заболеваемости сифилисом) удельный вес скрытого сифилиса составил 42,5 %, в 1999 г. – 67,7 % [9]. Если в 1992 году соотношение раннего и скрытого позднего сифилиса в Туркменистане было 85,7 % и 14,3 %, то в 1997 году оно стало 99,4 % и 0,6 % соответственно. По данным К.Ф.Фомина и соавт. (1982), в Рязанской области в 1975-1980 гг. ранний скрытый сифилис составил 73,2 %, поздний скрытый –

13,6 %, неуточненный по срокам скрытый сифилис – 13,2 % [27]. Украинские авторы на основании анализа литературных данных и материалов различных областей Украины отмечают, что в структуре скрытого приобретенного сифилиса преобладает ранний скрытый сифилис (от 57 % до 95,7 %); поздний скрытый сифилис регистрируется у 9,8 – 13,6 % , а неуточненный скрытый – у 6,4 – 13,1 % [15, 16]. По их же наблюдениям, скрытый сифилис выявляется у 25,2 % ВИЧ-инфицированных лиц и у 19-58 % наркоманов [15]. В возрастном аспекте ранний скрытый сифилис чаще регистрируется (у 78 %) у лиц молодого и среднего возраста (до 40 лет), а поздний и неуточненный скрытый сифилис – чаще (у 71 % больных) в возрасте 40 лет и старше [4, 5, 15]. В.И. Прохоренков и соавт. (2003), проанализировав эпидемиологическую ситуацию в Восточной Сибири, включая республики Бурятия, Тыва и Хакасия в период с 1991 по 2000 г., отметили абсолютное и относительное увеличение числа больных скрытым сифилисом [23]. Анализ источников заражения и некоторых других эпидемиологических показателей у больных скрытым сифилисом позволил авторам прийти к заключению, что в эпидемических очагах со временем закономерно накапливаются скрытые формы сифилиса [23].

Дифференциальная диагностика раннего и позднего скрытого приобретенного сифилиса на практике нередко вызывает затруднения [1, 3, 5, 6, 14, 16, 18, 24, 28]. Недостаточно полно собранный анамнез приводит к невыявлению и не привлечению к обследованию ряда половых контактов больного скрытым сифилисом, к снижению значимости конфронтации. Это вместе с переоценкой «следовых» элементов на коже (рубчики, гипо- или гиперпигментные пятна) может приводить к гипердиагностике раннего скрытого сифилиса. Так, О.К. Лосева и Г.Л. Катунин (2004) проанализировав 100 архивных историй болезни с диагнозом «Ранний скрытый сифилис» установили, что лишь в 54 из 100 случаев было достаточно данных для дифференциальной диагностики раннего и позднего скрытого сифилиса [14]. По мнению этих авторов, недоучёт случаев позднего скрытого сифилиса ведёт к росту серорезистентности после неадекватно проведенного лечения. С другой стороны, следует согласиться с мнением профессора В.В. Чеботарева и соавт.(2006), что нежелание отдельных венерологов ставить диагноз «Скрытый поздний сифилис» связано с тем, что такой диагноз не предполагает проведение превентивного лечения контактных лиц, включая постоянных половых партнеров, что чревато последствиями [28]. В этой же статье авторы приводят своё наблюдение, ставящее под сомнение незаразительность позднего скрытого сифилиса. Женщина, заразившаяся сифилисом 2,5 года назад, замужем за другим половым партнером 2 года, родила ребенка с активными проявлениями раннего врожденного сифилиса. В первом триместре беременности у женщины прошла положительная кровь по данным серологического

исследования, но муж оказался здоров, и у неё был заподозрен поздний скрытый сифилис. Видимо беременность в данном конкретном случае спровоцировала «агрессивность» бледной трепонемы, что и привело к инфицированию ребенка и могло быть причиной заражения мужа. В связи с этим, авторы высказали предположение, что больные поздним скрытым сифилисом со сроком заражения 2-3 года могут оставаться потенциальными источниками заражения полового партнера и развивающегося плода у беременных [28].

Дерматовенерологии СНГ придерживаются классификации скрытого сифилиса, предложенной ВОЗ в МКБ-Х, согласно которой диагноз сифилиса скрытого позднего устанавливается при давности инфекции 2 года и более. Однако в недавно изданном Европейском руководстве по ЗППП (2002 г.) вслед за руководством по лечению заболеваний, передаваемых половым путём (СДС, США), предлагается устанавливать диагноз скрытого позднего сифилиса при давности инфекции 1 год и более. Но мы, практические дерматовенерологи, знаем, что нелеченные больные сифилисом с давностью инфекции до 2 лет могут давать рецидивы вторичного сифилиса. Более того, за последние 8 лет мы имели 1 случай клинико-серологического рецидива спустя 14 месяцев после лечения больной вторичным рецидивным сифилисом и 2 случая серологических рецидивов спустя 12 и 15 месяцев после окончания лечения пациентов с ранним скрытым сифилисом (все пациенты лечились бициллином-5). Мы полагаем, что не следует немедленно становиться в фарватер вслед за венерологами США и отдельных стран Западной Европы в вопросах пересмотра (в сторону сокращения) сроков установки диагноза позднего скрытого сифилиса, так как опыт работы с больными сифилисом в современных условиях у них гораздо скромнее нашего советского опыта, а ныне опыта дерматовенерологов таких стран как Россия, Беларусь, Украина, Казахстан, Узбекистан, и даже Республики Прибалтики.

Абсолютное большинство больных скрытым сифилисом выявляется активно. Лишь 7% больных ранним скрытым сифилисом обратились к врачу самостоятельно, 46% выявлены при обследовании как предполагаемые источники заражения, а 47% - при профобследовании [15]. По данным К.Ф.Фомина и соавт. (1982), 44,2% больных скрытым сифилисом выявлены активно при обследовании предполагаемых источников заражения и контактов, 22,9% - при вассерманизации больных в соматических стационарах, 7% - при обследовании доноров, 11,4% - при обследовании декретированных контингентов и при устройстве на работу, 5,4% - при обследовании беременных [27].

*Диагностика скрытого сифилиса* основывается на результатах клинико-серологического обследования при учёте некоторых вспомогательных признаков,

способных облегчить дифференциальную диагностику раннего и позднего скрытого сифилиса. В пользу *раннего скрытого сифилиса* будут говорить более молодой возраст пациента (чаще до 40 лет), указания на внебрачные и/или добрачные контакты в последние 2 года, на имевшие место в последние 1-2 года эрозивно-язвенные высыпания в области половых органов, сыпь на коже, быстро прогрессировавшее поредение волос; сведения о проводившейся в течение последних 1,5-2 лет антибиотикотерапии заболеваний мочеполовой системы, других интеркуррентных заболеваний. Выявление у половых партнёров больного манифестного или раннего скрытого сифилиса будет также говорить о раннем скрытом сифилисе. При клиническом осмотре у пациента с ранним скрытым сифилисом иногда удается наблюдать рубчик, уплотнение или пятно на месте разрешившихся сифилидов, признаки не до конца разрешившегося пахового полиаденита. Серология раннего скрытого сифилиса характеризуется положительными результатами стандартных серологических реакций с относительно высокими титрами реагинов (1:40 – 1:320) у большинства обследуемых (до 75 %). У 25% титры антител могут быть ниже вплоть до положительных (3+), особенно если больные ранее получали антибиотики. Трепонемные тесты, особенно РИФ и РПГА, положительны у 100% больных, а РИТ- у 30-40 % [1, 3, 5, 6, 16, 17, 24, 27, 29].

В пользу *позднего скрытого сифилиса* будут говорить возраст старше 40 лет (у 70-75 %). Анамнез у таких больных неинформативен, ссылки на семейные контакты, внебрачные половые связи, чаще давности 3-5 лет и более, указывает 30-40% больных. У половых контактов чаще всего сифилис не выявляется, у постоянного полового партнера поздний скрытый сифилис выявляется крайне редко. При клиническом осмотре морфологические элементы сыпи на коже и слизистых оболочках в виде следов разрешившихся сифилидов не обнаруживаются. Стандартные серологические реакции положительные, но титр реагинов у 90% больных низкий (1 : 5 - 1 : 20), лишь у 10 % больных он может быть существенно выше; а трепонемные реакции (РИФ, РИТ, РПГА) положительные у 100% больных. [3, 5, 15, 24, 29].

Реакция Герксгеймера-Лукашевича в ответ на первые инъекции пенициллина бывает положительной у 35-45% больных ранним скрытым сифилисом, а у больных поздним скрытым сифилисом – отсутствует [1, 3, 15, 24].

### ***Эпидемиологическая ситуация со скрытым сифилисом в Республике Беларусь***

Динамика врожденного сифилиса в Беларуси за последние 30 лет представлена на рисунке 1.

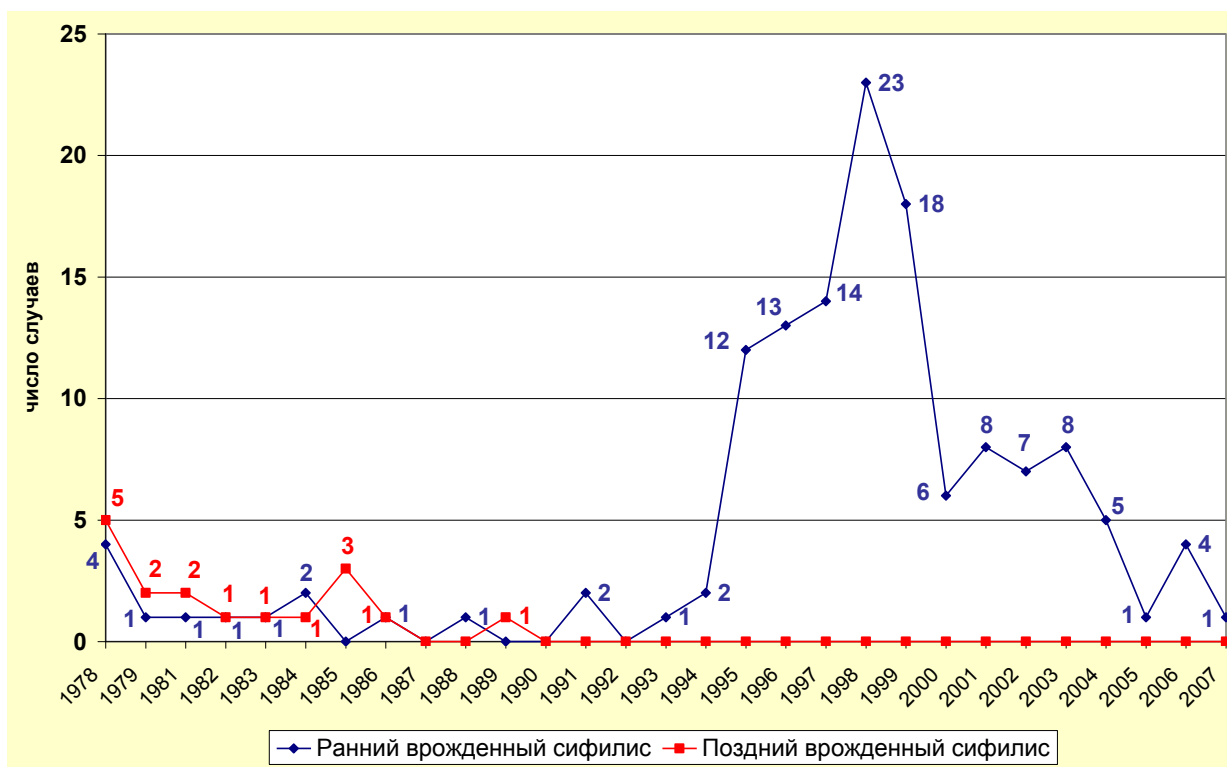


Рисунок 1 – Число случаев врожденного сифилиса в Республике Беларусь в 1978-2007 гг.

В период с 1978 г по 1993 г. в Республике Беларусь было зарегистрировано 15 случаев раннего врожденного сифилиса (из них 10 скрытого раннего врожденного сифилиса) и 17 случаев позднего врожденного сифилиса, из них 9 позднего скрытого врожденного сифилиса. Случаи позднего врожденного сифилиса перестали регистрироваться на территории Беларуси с 1990 года. Начиная с 1994 года, на территории Республики Беларусь произошел всплеск заболеваемости ранним врожденным сифилисом и в период с 1994 по 2008 г. было зарегистрировано 124 ребенка, больных ранним врожденным сифилисом, в том числе 21 случай сифилиса врожденного раннего с симптомами и 103 случая раннего скрытого врожденного сифилиса. Таким образом, в период с 1978 г по 2008 г у нас было зарегистрировано 113 случаев раннего врожденного скрытого сифилиса и 9 случаев позднего врожденного скрытого сифилиса.

За послевоенные годы (с 1945 г по 2008 г ) на территории Республики Беларусь был зарегистрированы 3 волны подъёма заболеваемости, каждая из них длилась в среднем 22-23 года, при этом период подъёма заболеваемости был в среднем в 2 раза короче периода снижения заболеваемости. В 1988 году в Республике Беларусь было зарегистрировано лишь 142 больных сифилисом (1,4 случая /100 000 населения), с 1989 года началась третья послевоенная волна подъёма заболеваемости сифилисом. С 1991 года – года распада СССР – на фоне падения производства, разрушения экономических связей и финансовой системы страны, резкого социального расслоения общества, быстрого роста безработицы,

проституции, пьянства, наркомании, резкого падения нравов, особенно среди молодёжи, пропаганды через средства массовой информации культа «сексуальной свободы», некоторых сбоях противоэпидемической работы в связи с огромным числом больных, появления большого числа медицинских кооперативов по диагностике и лечению инфекций, передаваемых половым путём (ИППП) (без венерологов в их составе и без должного эпидрасследования в очагах инфекции) начался *геометрический прирост* заболеваемости сифилисом. В результате в 1996 году зарегистрирован максимальный уровень заболеваемости сифилисом – 21616 случаев, что составило 209,6 случаев на 100000 населения (рисунок 2). В годы эпидемического подъёма заболеваемости удельный вес скрытого сифилиса колебался от 19,5% до 22%, но уже начиная с 1995 года по 2006 г регистрировался прогрессирующий из года в год рост этого показателя (с 22% до 56%).

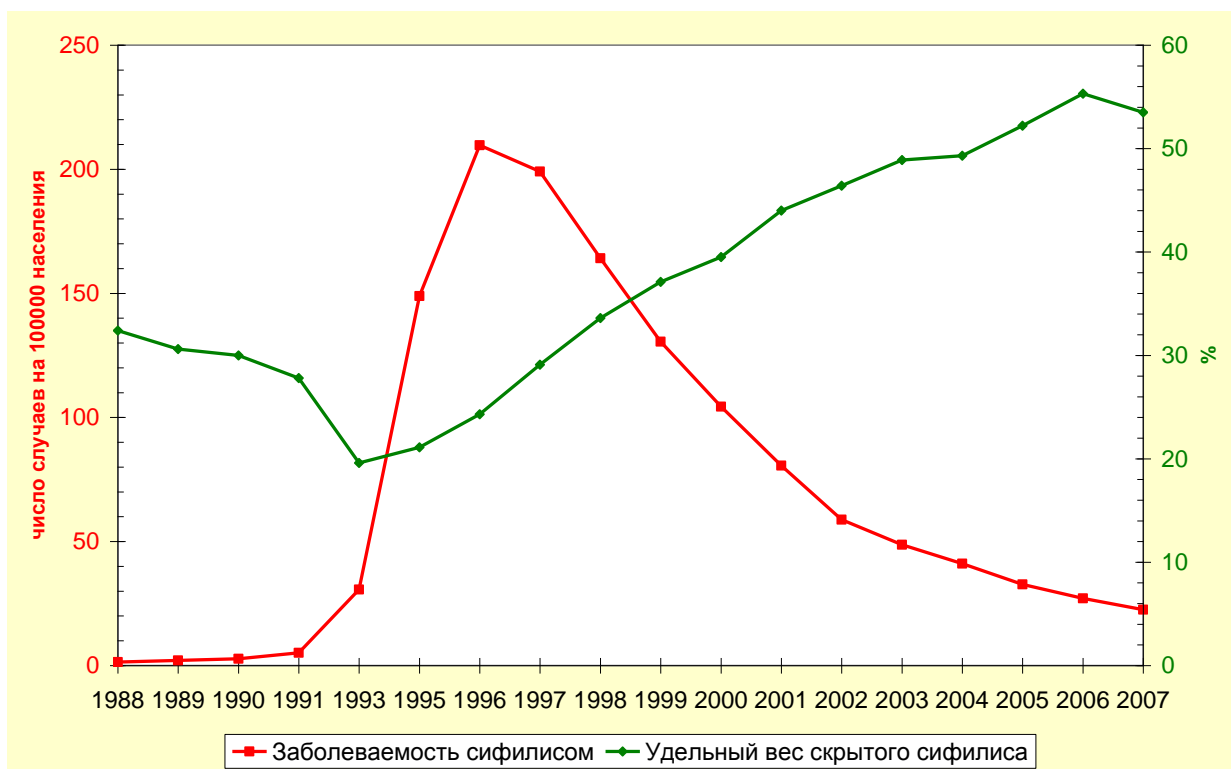


Рисунок 2 – Соотношение общей заболеваемости сифилисом и удельного веса скрытого сифилиса в Республике Беларусь в 1988-2007 гг.

Анализ случаев скрытого сифилиса показал, что ведущей клинической формой скрытого сифилиса в Республике Беларусь является ранний скрытый сифилис. Если в 1986-1988 г.г. удельный вес позднего и неуточненного скрытого сифилиса в общей структуре скрытого сифилиса составлял 22,3 % - 26,9 %, в 1989 г. – 31,8 %, то уже в 1991 г. – 4,8 %, а в 1993 г. на фоне геометрического роста манифестных форм и раннего скрытого сифилиса – только 0,9 %. В 1995-1998 г.г. этот показатель находился на предельно низком уровне – 0,17 %– 0,25 %, а с 2000 отмечался его постоянный рост до 2007 г ( с 0,6 % – 0,9 % в 2000 и 2001 г.г. до 2,5 % в 2004 г. и 6,75 % - в 2007 г. ).

С целью изучения диагностических критериев раннего и позднего скрытого сифилиса и оценки социально-личностных характеристик больных скрытыми формами сифилиса нами было изучено 797 амбулаторных карт больных скрытым сифилисом, в том числе 334 мужчин (41,9%) и 463 женщин (58,1%). Все пациенты были в возрасте от 16 до 68 лет, причем 125 человек (15,7%) еще не достигли двадцатилетия, 281 человек (35,2%) были в возрасте от 21-30 лет, 188 пациентам (23,6%) было от 31 до 40 лет, 117-ти (14,7%) – от 41 до 50 лет, 86 больных (10,8%) были старше 50 лет.

Ранний скрытый сифилис был диагностирован у 745 лиц, а поздний и неуточненный скрытый сифилис – лишь у 41 и 11 человек соответственно, т.е. сегодня скрытый сифилис на 93,5% представлен ранней формой (длительность до 2 лет).

В качестве дополнительных критериев выставления диагноза раннего скрытого сифилиса использовались сведения о половых контактах, каких-либо морфологических проявлениях инфекционного процесса, лечении интеркуррентных заболеваний и др. Частота встречаемости этих признаков на основании изучения историй болезни и амбулаторных карт больных отражена табл. 1.

Таблица 1.

Дополнительные критерии диагностики раннего скрытого сифилиса

<b>Критерий</b>	<b>Изучавшиеся признаки</b>	<b>Частота встречаемости</b>
Анамнез	Высыпания на коже в последние 2 года	8 % ± 2,71 %
	Прием антибиотиков по поводу интеркуррентных заболеваний в течение последних 2 лет	13 % ± 3,36 %
	Указание на половые контакты в течение последних 2 лет	93 % ± 2,55 %
Конфронтация	Обнаружение раннего сифилиса у полового партнера	60 % ± 4,89 %
Возраст	Моложе 40 лет	74,5 % ± 4,32 %
Клинический осмотр	Рубец или уплотнение на месте предполагаемого шанкра	2,0 % ± 0,74 %
	Вторичные пятна на месте бывших высыпаний	2,2 % ± 0,66 %
	Увеличение паховых лимфатических узлов	6,6 % ± 2,12 %



Реакция Герксгеймера	Повышение температуры в ответ на начало терапии	37,8 % ± 4,16 %
-------------------------	--	-----------------

Приведенные в таблице результаты базировались на оценке 425 историй болезни и амбулаторных карт больных ранним скрытым сифилисом, а в остальных 320 первичных материалах большинство анализировавшихся показателей не фигурировали, что позволяет предположить гипердиагностику раннего скрытого сифилиса и недовыявление позднего скрытого сифилиса.

Нами была сделана попытка социально-личностной оценки изучавшегося контингента больных скрытым сифилисом.

У 325 (40,8 %) больных скрытым сифилисом отмечался относительно низкий уровень образования (неполное среднее, среднее или профессионально-техническое). Учащиеся средних школ, лицеев, студенты техникумов и вузов составили 6,6 % от общего числа зарегистрированных больных. Остальные пациенты имели среднее специальное или высшее образование. Это лишний раз подчеркивает, что в настоящее время уровень образования не оказывает существенного влияния на вероятность заражения сифилисом, здесь важнее моральные устои и поведенческие реакции, заложенные воспитанием, особенно на уровне семьи.

Около 34,5% (275 пациентов) нигде не работали (эта информация получена со слов больных, однако на практике иногда оказывалось, что пациент работает в частной фирме, но отказывается назвать место работы и должность, боясь огласки и возможной потери престижной для него работы). Постоянной трудовой деятельностью были заняты 451 больной (56,7%). Учащиеся и студенты составили 6,6 %. 18 больных (2,2 %) не имели определенного места жительства и места работы (БОМЖ). В профессиональном плане среди 451 работавших больных ранним скрытым сифилисом пациенты с рабочими профессиями (государственные предприятия) составили 25,8 %, строительных профессий – 20,9 %, водители всех видов транспорта – 19,0 %, работники торговли, менеджеры – 17,5 %, индивидуальные предприниматели, включая «челноков» - 7,8 %, люди интеллектуального труда – 9,0 %.

Из вредных привычек наиболее популярно курение (61%), алкоголем злоупотребляли **8,1%** больных (3,8 % состояли на учёте в наркологическом диспансере), бытовое пьянство отмечено у 37,6 %, судимости имели 9 %.

В браке состояло 294 лиц (36,9 %), 94 человека (11,8 %) были разведены, 15 находившихся под наблюдением (1,9 %) - вдовцы, остальные 49,4 % (394 пациента) были холосты или незамужем, т.е. более 60 % заболевших на момент заражения сифилисом не

состояли в браке. Как правило, больные имели 1-2 партнеров (на каждого из них приходилось в среднем 1,5 полового контакта), а у 6,3 % больных число половых партнеров за последний год колебалось от 3 до 8, четверо больных затруднились сообщить число случайных половых контактов (с их слов, гораздо больше 10). В структуре половых контактов 37 % составляют супруги, внебрачные связи имели место в 78 % случаев, из них в 17 % - с малознакомыми лицами. Среди разведенных 13 больных указали, что в течение последнего года имели половые контакты и с бывшими мужем или женой.

Сопутствующие заболевания были зарегистрированы у 60 % пациентов (хроническая соматическая патология отмечена у 46,9 %, другие ИППП – у 13,1 %). Среди всех ИППП наиболее часто выявляли трихомониаз и гонорею, кроме того у 48 женщин был выявлен бактериальный вагиноз. Наличие сопутствующей инфекционной патологии урогенитального тракта является фактором риска распространения заболевания.

Большинство инфицированных - 65,5 %, или 522 человека - было выявлено при водоснабжении и прохождении осмотров у гинеколога, уролога или в соматическом стационаре, 22,5 % (179 пациентов) были привлечены к обследованию как половые контакты больных сифилисом, и только 28 лиц (3,5 %) обратились сами. Водоснабжение доноров и лиц, устраивающихся на работу или заселяющихся в общежитие, позволила выявить 8,5 % больных скрытым сифилисом.

Мы сравнили результаты наших наблюдений по социально-личностным характеристикам больных с наблюдениями Санкт-Петербургских дерматовенерологов. А.Б.Пирятинская (2001) провела анализ образа жизни 771 больного с ранним скрытым сифилисом ( женщины в возрасте от 15 до 67 лет составили 78 %, мужчины в возрасте от 19 до 70 лет – 22 %) [22, 23]. Не состояли в браке 58 % женщин и 42 % мужчин, не работали соответственно 45 % и 14 %. Высшее образование имели только 15 % больных. Состояли на учёте в наркологическом диспансере по поводу алкоголизма 12,4 % женщин и 39,3 % мужчин, а 4,4 % получали лечение по поводу наркомании. Самостоятельно обратились только 6,7 % больных. Кроме сифилиса у 29 % больных были выявлены другие ИППП. Указали на беспорядочные половые связи 37,4 % больных. Сравнение показало, что контингент Санкт-Петербургских больных с ранним скрытым сифилисом оставляет более удручающее впечатление.

Диагноз устанавливали в соответствии с полученными результатами серологических тестов с учетом клинических и анамнестических данных.

При поступлении в КВД у абсолютного большинства пациентов со скрытым ранним сифилисом – 91,1 % - КСР были резко положительными с титром антител от 1:10 до 1:320, у 6,6 % КСР были слабоположительными (2+) или положительными (3+) при резко

положительных РИТ и РИФ, а у 17 пациентов (2,3 %) были зарегистрированы резко положительные трепонемные тесты и отрицательные РВ и МРП (сифилис скрытый серонегативный: или РСС на уровне первичного сифилиса; или скрытый сифилис на фоне проведенной ранее антибиотикотерапии) (см. табл.2).

Таблица 2.

Результаты серологических тестов больных скрытыми формами сифилиса при поступлении.

Клиническая форма	Лабораторные данные			
	НТ отрицательные ТТ +++++	НТ ++/+++ ТТ ++++	НТ +++++ ТТ +++++	
			Титр НТ 1:10- 1:40	Титр НТ 1:80- 1:320
РСС	17 (2,3 %)	49 (6,6 %)	443 (59,4 %)	236 (31,7 %)
ПСС + НСС	3 (5,8 %)	15 (28,8 %)	31 (59,6 %)	3 (5,8 %)

РСС – ранний скрытый сифилис, ПСС – поздний скрытый сифилис,

НСС – неуточненный скрытый сифилис.

У всех больных поздним и неуточненным скрытым сифилисом РИТ и РИФ-200, РИФ-абс (трепонемные тесты) были положительные, при этом титры антител по РИФ-200 были от 1 : 3200 до 1 : 12 800, а РИТ – от 47 % до 82 %. Из 41 больных поздним скрытым сифилисом у 3 пациентов КСР оказались отрицательными, у 12 КСР были положительные или слабо положительные, у 25 – КСР были резко положительные с титрами реакинов по РВ 1 : 10 – 1 : 40, у 1 больного – КСР 4 + с титрами реакинов 1 : 80. При поступлении в стационар из 11 больных скрытым сифилисом неуточненным у 3 пациентов КСР были слабо положительные или положительные, у 6 – 4+ с титрами антител 1 : 10 – 1 : 40, у 2 – 4+ с титрами антител – 1 : 80 и 1 : 160.

### Выводы.

1. В общей структуре заболеваемости сифилисом удельный вес скрытых форм в течение последних 15 лет имеет тенденцию к прогрессивному росту (от 20 % в 1993 г. до 56 % в 2007 г.), особенно в годы снижения эпидемической волны заболеваемости этой ИППП. Активно выявлено 96,5 % больных.

2. Дифференциальная диагностика ранних и поздних форм скрытого сифилиса должна базироваться не только на результатах серологического исследования крови, но учитывать весь спектр анамнестических, социально-гигиенических и клинических данных.

3. Среди скрытых форм сифилиса в последние 20 лет в Республике Беларусь преобладает ранний скрытый сифилис, на его долю приходится от 99,8 % до 74 %, а

именно ранний скрытый сифилис является собой потенциальную эпидемическую опасность, тем более что 75 % больных находились в сексуально-активном возрасте (от 16 до 40 лет).

4. Более 60 % заболевших на момент заражения сифилисом не состояли в браке, внебрачные половые связи имели 78 % больных. В социально-личностном плане на заболеваемость скрытым сифилисом в настоящее время в меньшей степени влияет уровень образования, а в большей – моральные устои, злоупотребление алкоголем и поведенческие реакции, заложенные семейным воспитанием, а также профессии, предполагающие ежедневное общение с большим числом людей.

#### *Список литературы:*

1. Аковбян В.А., Прохоренков В.И., Новиков А.И., Гузей Г.Н., Мисенко Д.Н. Сифилис/рук-во под ред. В.И. Прохоренкова. – Москва: Мед. книга, 2002. – 300с.: ил.
2. Борисенко К.К., Винокуров И.Н., Топоровский Л.М. Особенности течения скрытых форм сифилиса. // Вестн. дерматол. венерол. – 1989.- № 11. – С.25-29.
3. Буданова Н.П. Дифференциальная диагностика сифилиса скрытого раннего и позднего: автореф. дис. ...канд. мед. наук. – М.,1977.- 16с.
4. Васильев Т.В., Топоровский Л.М., Буданова Н.П. Клинико-иммунологический анализ скрытого сифилиса // Вестн. дерматол. венерол. – 1979. - № 12. – С. 9-13.
5. Васильев Т.В., Шибанов В.А., Топоровский Л.М. и др. Метод. рекомендации по дифференциальной диагностике скрытого сифилиса. – М., 1977. – 14с.
6. Дмитриев Г.А., Фриго Н.В. Сифилис. Дифференциальный клинико-лабораторный диагноз. –Москва:Мед.книга, 2004. - 364 с.:ил.
7. Дьяченко Л.А., Оловяшников О.В. О скрытом серонегативном сифилисе. // Вестн. дерматол. венерол. – 1987. - № 10. – С. 70-71.
8. Европейское руководство по заболеваниям, передаваемым половым путём. Перевод под ред. М.А.Гомберга. – М., 2001; - 109 с.
9. Измайлов А.М., Атаева А.А., Кекилова Г.А., Гошлыев Г.А. и др. Скрытый сифилис в Туркменистане // VIII всероссийский съезд дерматовенерологов. Тезисы науч. работ, ч.2. – М., 2001. – С.137.
10. Ильин И.И. Пахомова Л.В. О серонегативных формах латентного сифилиса // Вестн. дерматол. венерол. – 1981. - №1. – С.66-69.
11. Ильин И.И. Пахомова Л.В.Серонегативный скрытый сифилис// VII всесоюзный съезд дерматовенерологов. Тезисы докл., ч.1. – Львов, 1979. –С.93-95.

12. Капкаев Р.А., Юсубалиев У.А., Мухаммедов Б.И. К вопросу о скрытом сифилисе // VIII Всероссийский съезд дерматовенерологов. Тезисы науч. работ, ч.2. – М., 2001. –С. 74.
13. Карагезян М.А., Цераиди Н.Ф. К диагностике скрытого сифилиса // Вестн. дерматол. венерол. – 1980. - № 7. – С. 66-69.
14. Лосева О.К., Катунин Г.Л. Скрытый сифилис и серорезистентность. // Вестн. дерматол. венерол. – 2004. - №5. – С.42-43.
15. Мавров Г.И., Щербакова Ю.В. Скрытый сифилис на современном этапе // Венеролог.- 2005. - № 1. – С. 27-30.
16. Мавров Г.И., Щербакова Ю.В., Губенко И.В. Скрытый сифилис – направление исследований // Дерматология та венерология. – 2006. - № 3 (33). – С. 21-28.
17. Мавров И.И. Чикина Н.А., Каменев В.И. Анализ факторов риска заболеваемости сифилисом. // Дерматология та венерология. – 2006. - № 4 (34). – С. 49-53.
18. Мавров И.И., Процак В.В. Стратегия и тактика лечения больных скрытым сифилисом. // Дерматология та венерология. – 2009. - № 2 (44). – С. 45-48.
19. Милич М.В. Эволюция сифилиса. -2-е изд., перераб. и дополн. – М.:Медицина. – 1987. – 158 с.
20. Панкратов В.Г. О скрытом серонегативном сифилисе. // Здоровоохр. Белоруссии. – 1991. - № 6. – С. 21-24.
21. Пирятинская А.Б. Образ жизни больных ранним скрытым сифилисом // VIII Всероссийский съезд дерматовенерологов. Тезисы науч. работ, ч.2. – М., 2001. –С. 88.
22. Пирятинская А.Б. Медико-социальные факторы риска скрытых форм сифилиса и оценка эффективности специфической терапии: Автореф. дисс. ... канд. мед. наук. СПб, 2002. – 23 с.
23. Прохоренков В.И., Шергин С.Н., Карачева Ю.В., Охотникова Л.А. О некоторых спорных вопросах эволюции сифилиса // ИППП. – 2003. - № 1. – С. 17-20.
24. Родионов А.Н. Сифилис: краткое руководство// Санкт-Петербург: Питер, 2007.– 316 с.
25. Руководство по лечению заболеваний, передаваемых половым путём (СДС). Атланта Минздрав США. – 1998. – 135 с.
26. Смыкова А.Н., Прохоренков В.И., Николаев В.Г. и др. Сифилис и конституция человека: новый взгляд на старую проблему. // Клин. дерматол. и венерол. – 2009. - № 2. – С. 65-69.
27. Фомин К.Ф., Николаева Л.П., Панина Т.Д. и др. Особенности эпидемиологии, диагностики и лечения латентного сифилиса в последние годы (1975-1980 г.г.). // Вестн. дерматол. венерол. – 1982. - № 10. – С.62-65.

28. Чеботарев В.В., Земцов М.А., Чеботарева Н.В. О скрытых формах сифилиса. // Вестн. дерматол. венерол. – 2006. - № 3. – С. 52-54.
29. Щербакова Ю.В. Диагностика, лечение и профилактика скрытого сифилиса на основе изучения эпидемиологии, серологического и цитокинового статуса: Дисс. ...канд. мед. наук. – Харьков, 2005. -146 с.
30. Яцуха М.В., Козырева Л.Т., Бобкова И.Н., Аверина В.И. Сифилитическая инфекция в России в период бурного развития и угасания эпидемического процесса. // ИППП. – 2002. - № 1. – С. 41-43.