

Т.В. Святенко, С.В. Захаров, В.К. Захаров
Дніпровський державний медичний університет

Епідеміологічні, діагностичні та медико-соціальні аспекти прихованого сифілісу

Мета роботи — вивчити епідеміологічні, клінічні та медико-соціальні аспекти прихованого сифілісу в Україні за останніх понад 40 років.

Матеріали та методи. Проаналізовано дані хворих на прихований сифіліс, які перебували на обстеженні та лікуванні у клініці шкірних та венеричних хвороб ДЗ «Дніпровський державний медичний університет МОЗ України». У роботі використано результати епідеміологічних (ретроспективне вивчення амбулаторних карт та історій хвороб пацієнтів) і клінічних методів, а також показники серологічних досліджень крові.

Результати та обговорення. Вивчено медико-соціальні та епідеміологічні особливості прихованого сифілісу у 147 хворих за період з 1980 до 2000 р. і у 1670 — з 2000 до 2024 р.

Діагноз прихованого сифілісу було встановлено хворим на підставі результатів клініко-анамнестичного і серологічного обстежень з використанням загальноприйнятих критеріїв верифікації сифілісу (МКБ-Х). Особливу увагу звертали на анамнестичні і клінічні відомості щодо супутньої патології, перенесених раніше захворювань, а також дані конфронтації. Для деталізації та оцінки інтеркурентних захворювань було залучено терапевта, невролога, окуліста, оториноларинголога, фахівців з інструментальної діагностики, рентгенолога. Також усіх пацієнтів було обстежено з метою виявлення уrogenітальних інфекцій (гонорея, трихомоніаз, хламідіоз, мікоуреаплазмоз, бактеріальний вагіноз, уrogenітальний кандидоз, генітальний герпес, папіломавірусна інфекція).

Проведений нами аналіз архівних історій хвороби за період 1980–2000 рр. (1147 хворих на прихований сифіліс) дав можливість зробити такі висновки: прихований сифіліс було діагностовано у 78,9 %, пізній прихований — у 12,8 % та неуточнений прихований — у 8,3 % хворих.

За період 2000–2024 рр. (проаналізовано 1670 історій хвороби) діагноз прихованого сифілісу було встановлено у 78,2 %, пізнього прихованого — у 16,7 % та неуточненого прихованого — у 5,1 % хворих.

Наведені вище дані за останніх 44 роки свідчать про суттєве збільшення (на 16,3 %) питомої ваги прихованого сифілісу.

Висновки. За останніх понад 40 років частота виявлення прихованого сифілісу зростає майже на 20 %. Кількість хворих на прихований сифіліс, які проживають у містах, збільшилась із 70 до 86 %.

До особливостей сучасного перебігу прихованого сифілісу слід віднести той факт, що у 80 % хворих жінок виявлено супутні інфекції, що передаються статевим шляхом, а у 42 % хворих чоловіків — алкоголізм та наркоманію. Як серед чоловіків, так і жінок 80 % не мали сім'ї, понад 70 % виконували некваліфіковану роботу. Середній вік хворих зменшився на 10 років — із 36 до 26, тобто прихований сифіліс умовно «помолодшав».

Серед обстежених із прихованим сифілісом встановлено суттєве зростання частоти супутніх захворювань за останніх 44 роки. Зокрема, якщо у попередній період (1980–2000 рр.) у таких хворих найчастіше діагностували різну серцево-судинну патологію, то протягом 2000–2024 рр., окрім цього, спостерігали зростання частоти захворювань травного тракту, ЛОР-органів, а також туберкульозу, вірусних гепатитів, ВІЛ-інфекції.

Серед найбільш важливих причин збільшення питомої ваги хворих на прихований сифіліс є неконтрольоване застосування антибіотиків.

Ключові слова

Сифіліс прихований, епідеміологія, діагностика, медико-соціальні аспекти.

Упродовж останніх десятиліть у структурі захворюваності на сифіліс відзначають невпинне збільшення питомої ваги прихованого сифілісу, наслідками якого можуть бути пізні ускладнені форми сифілісу нервової та серцево-судинної систем, серорезистентність, вроджений сифіліс [1–3, 6–8, 10].

Захворюваність на прихований сифіліс в Україні почала зростати з 80-х років минулого століття. Наступний, більш високий її підйом, припав на 90-ті роки ХХ ст. Зокрема захворюваність на сифіліс в Україні у 1994 р. становила 69,0 на 100 тис. населення, а у 1997 р. — 147,1 на 100 тис. населення. Експерти ВООЗ таку епідеміологічну ситуацію визнали епідемією. З огляду на це з 1995 р. в Україні розпочалось широке застосування амбулаторного лікування сифілісу дюрантними препаратами бензатил-пеніциліну (ретарпен, екстенцилін), що призвело до значного збільшення кількості хворих на прихований сифіліс та серорезистентних осіб.

Порівняно з іншими формами сифілітичної інфекції кількість хворих на прихований сифіліс останніми роками також збільшується. Потрібно відзначити, що, попри стабілізацію захворюваності на сифіліс, його питома вага вже перевищила 50 %, а в окремих регіонах становить майже 70 %. Ще більш високу частоту прихованого сифілісу спостерігають у вагітних, у яких його питома вага збільшилась до 60–70 % [3, 4].

Зростання захворюваності на прихований сифіліс протягом останніх 10–15 років відбувається через випадки пізнього прихованого сифілісу. Ці дані дають підставу висловити сумнів щодо масштабів стабілізації захворюваності на сифіліс та припустити, що зменшення кількості зареєстрованих упродовж останніх років пацієнтів із заразними формами захворювання певною мірою пов'язано з викривленням статистичних даних, зумовлених випадками самолікування, проведення терапії лікарями суміжних спеціальностей, які мають погане уявлення про наслідки хвороби та недостатньо обізнані щодо принципів діагностики та лікування сифілісу [9].

Небезпечна ситуація, зумовлена значним ростом захворюваності на прихований сифіліс, потребує ретельного вивчення в кожному окремому регіоні України всього спектра факторів (епідеміологічних, клінічних, медико-соціальних тощо), які можуть впливати на захворюваність та стати підґрунтям для розробки запобіжних заходів [5].

Відповідно до принципів соціальної науки методологічним базисом наукової праці є розгляд проблеми венеричних захворювань і кожного хворого в єдиній канві історичного процесу.

З огляду на це в дослідженні було передбачено цілу низку етапів, кожен із яких охоплює певний відрізок часу.

Мета роботи — вивчення епідеміологічних, клінічних та медико-соціальних аспектів прихованого сифілісу в Україні за останніх понад 40 років.

Матеріали та методи

Проаналізовано дані хворих на прихований сифіліс, які перебували на обстеженні та лікуванні у клініці шкірних та венеричних хвороб Дніпровського державного медичного університету. У роботі використано результати епідеміологічних (ретроспективне вивчення амбулаторних карт та історій хвороб пацієнтів) і клінічних методів, а також показники серологічних досліджень крові.

Результати та обговорення

Вивчено медико-соціальні та епідеміологічні особливості прихованого сифілісу у 1147 хворих за період з 1980 до 2000 р. та у 1670 — з 2000 до 2024 р.

Діагноз прихованого сифілісу було встановлено хворим на підставі результатів клініко-анамнестичного і серологічного обстежень з використанням загальноприйнятих критеріїв верифікації сифілісу (МКБ-Х).

Особливу увагу звертали на анамнестичні і клінічні відомості щодо супутньої патології, перенесених раніше захворювань, дані конфронтації (анамнестичного виявлення джерел інфікування та статевих контактів хворого). Для деталізації та оцінки інтеркурентних захворювань було залучено терапевта, невролога, окуліста, оториноларинголога, фахівців з інструментальної діагностики, рентгенолога.

Також усіх пацієнтів було обстежено з метою виявлення урогенітальних інфекцій (гонорея, трихомоніаз, хламідіоз, мікоуреоплазмоз, бактеріальний вагіноз, урогенітальний кандидоз, генітальний герпес, папіломавірусна інфекція).

Проведений нами аналіз архівних історій хвороб за період 1980–2000 рр. (1147 хворих на прихований сифіліс) дав змогу зробити такі висновки: прихований сифіліс було діагностовано у 78,9 %, пізній прихований — у 12,8 %, неуточнений прихований — у 8,3 % хворих.

За період 2000–2024 рр. (проаналізовано 167 історій хвороби) діагноз прихованого сифілісу було встановлено у 78,2 %, пізнього прихованого — у 16,7 %, неуточненого прихованого — 5,1 % хворих.

Наведені вище дані за останніх 44 роки свідчать про суттєве (на 16,3 %) збільшення питомої ваги хворих на прихований сифіліс.

Серед таких хворих були здебільшого містяни, питома вага яких за останніх 44 роки збільшилась із 71 до 86,5 %, що може свідчити про вплив процесів урбанізації на епідеміологію цього захворювання.

Гендерний розподіл хворих на прихований сифіліс за цей період майже не змінився. Так, у жінок цю форму сифілісу реєстрували частіше (60–65 %), ніж у чоловіків (35–40 %).

Шляхи виявлення хворих у 1980–2000 рр.: соматичні стаціонари – 35,7 %, конфронтація – 41,4 %, гінекологи – 20,7 %.

Результати аналізу шляхів виявлення хворих на прихований сифіліс за період 2000–2024 рр.: конфронтація – 20,7 %, соматичні стаціонари – 51,4 %, самозвернення – 12,3 %, гінекологи – 15,6 %.

Згідно із наведеними відомостями структура шляхів виявлення хворих порівняно з періодом 1980–2000 рр. змінилась головним чином внаслідок зменшення вдвічі осіб, виявлених за результатами конфронтації, і збільшення пацієнтів, які звернулися самі, і тих, яких було виявлено у соматичних стаціонарах.

Серед хворих на прихований сифіліс 71 % виконували некваліфіковану роботу або були безробітними. Понад 80 % жінок і чоловіків не мали сім'ї. Серед обстежених переважали молоді (віком від 18 до 30 років) жінки та чоловіки, більшість з яких через алкоголізм та наркоманію втратили сім'ю та вели невпорядковане статеве життя, 26 % хворих не мали повної середньої освіти, а у 20 % – була середня спеціальна освіта. Крім цього, зміна стереотипів поведінки дітей і підлітків на сучасному етапі є причиною дуже раннього початку статевого життя. Зокрема 81 % обстежених жінок вказали на початок статевого життя у віці 12–17 років, а 92 % чоловіків – у 13–18 років. Усі ці фактори спричинили байдуже і безвідповідальне ставлення хворих до свого здоров'я. Саме з цих причин майже 60 % вагітних із прихованим сифілісом із запізненням ставали на облік у жіночих консультаціях, а значна частина таких жінок взагалі нехтували цим або звертались до лікаря тільки вимушено – у разі загрози викидня. У 80 % жінок було виявлено супутні інфекції, що передаються статевим шляхом (ІПСШ). Крім цього, 42 % обстежених чоловіків страждали на алкоголізм, який у більшості з них призвів до тяжких уражень внутрішніх органів, нервової або психічної сфери. Частина хворих ухилялась від лікування з приводу сифілісу. Термін їхнього розшуку розтягувався на багато місяців. Хворі під час лікування часто вживали алкогольні напої, пропускали ін'єкції, грубо порушували режим лікування, не завершували

вали курсу терапії. Таким, на нашу думку, є умовний «портрет» особи, яка хворіє на прихований сифіліс у перші десятиліття ХХІ ст. Що змінилося протягом останніх 44 років? Порівняльне вивчення медико-соціальних аспектів у хворих на прихований сифіліс дало можливість виявити у них цілу низку суттєвих відмінностей у кінці ХХ ст. (1-ша група – 1147 пацієнтів) та на початку ХХІ ст. (2-га група – 1670 пацієнтів).

У період 2000–2024 рр. хворі на прихований сифіліс (2-га група) були значно молодшими ($(26,1 \pm 1,2)$ року), ніж такі 1-ї групи (1980–2000 рр.) – $(36,5 \pm 1,7)$ року ($p < 0,01$). Останнім часом відмічено суттєве зменшення віку хворих через превалювання пацієнтів молодше 20–23 років. Значний приріст захворюваності (21,3 %) в цьому випадку припав на осіб 16–18 років.

Суттєвих відмінностей між хворими 1-ї та 2-ї груп за рівнем освіти не виявлено.

Серед хворих обох груп найбільше було робітників (35,3 та 20,1 % відповідно) та службовців (30,1 та 22,4 % відповідно). Суттєві зміни виявлено у співвідношенні між особами, зайнятими і незайнятими у сферах громадської праці. Кількість безробітних хворих збільшилась у 4,4 разу, а студентів і учнів – у 5,4 разу.

Серед 1147 хворих 1-ї групи питома вага осіб, які не були в шлюбі або були розлучені, становила 46,2 %, серед 1670 пацієнтів 2-ї групи – 63,8 %. Якщо у 1990–2000 рр. джерелом інфікування були подружжя (71,1 %) і малознайомі особи (15 %), то у 2000–2024 рр. подружжя стали джерелом інфікування у 30 % хворих, кількість малознайомих осіб як джерело інфікування збільшилась майже до 60 % (табл. 1).

Як видно з табл. 1, особи 1-ї групи (обстежені у 80–90-х роках ХХ ст.) частіше хворіли на серцево-судинні захворювання, а у пацієнтів 2-ї групи (обстежені у 2000–2024 рр.) частіше виявляли захворювання травного тракту, ЛОР-органів, шкіри, а також ГРВІ та ІПСШ (табл. 2).

Як видно з табл. 2, хворі 1-ї групи виявилися загалом більш здоровими, ніж 2-ї: кількість захворювань на одну особу в 1-й групі становила 1,68, у 2-й – 3,25.

Суттєві відмінності виявлено і в якісному складі супутньої патології. У хворих 2-ї групи превалювали захворювання травного тракту, шкіри, ГРВІ, туберкульоз, ІПСШ. Здорових осіб було втричі менше, ніж у 1-й групі.

Враховуючи, що у 1980–2000 рр. дослідження з метою діагностики вірусних гепатитів і ВІЛ було здійснено у невеликого відсотка хворих, це унеможливило проведення порівняльного аналізу.

Наведені вище факти свідчать, з одного боку, про суттєве підвищення сексуальної активності

Таблиця 1. Перенесені захворювання у хворих на прихований сифіліс, %

Захворювання	1-ша група (n = 1147)	2-га група (n = 1670)
Дихальної системи	17,3	19,2
Серцево-судинної системи	15,1	10,8
Травного тракту	20,1	24,5
Нирок	10,4	12,3
Очей	1	2,3
ЛОР-органів	3,4	7,2
Онкологічні	3,9	1,2
Ендокринної системи	5,1	6,2
ГРВІ	42,4	54,2
Дитячі інфекції	23,6	28,3
Нервової системи	5,3	6,4
ІПСШ	12,4	28,3
Шкіри	6,1	14,9
Здорові особи	6,4	3,1

Таблиця 2. Супутні захворювання у хворих на прихований сифіліс, %

Захворювання	1-ша група (n = 1147)	2-га група (n = 1670)
Серцево-судинної системи	12,7	14,1
Травного тракту	26,2	42,4
Дихальної системи	14,5	22,3
ГРВІ	39,7	57,1
Нирок	3,3	4,1
ЛОР-органів	7,9	8,7
Шкіри	11,7	17,8
Ендокринної системи	4,2	5,6
Нервової системи	5,3	6,8
Вірусні гепатити В і С	—	14,3
ВІЛ/СНІД	—	10,7
Туберкульоз	2,3	11,6
ІПСШ	17,9	41,2
Здорові особи	7,1	2,2

внаслідок збільшення серед хворих на прихований сифіліс осіб молодого віку, а з другого — про підвищення якості діагностики і розширення спектра лабораторних досліджень.

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

Безвідповідальність перед законом призводить до тривалого і навіть повного ухиляння виявлених хворих від обстеження та лікування, що значною мірою знецінює всю подальшу профілактичну роботу у вогнищах інфекції через її несвоєчасність. Усе це «роззброює» дерматологічні заклади, ускладнює проведення ними повноцінного комплексу диспансерних заходів, спрямованих на виявлення та санацію вогнищ сифілітичної інфекції.

Останнім часом значно зменшилась кількість розшуканих та залучених до обстеження статевих партнерів — у середньому по 0,5—1 на одного хворого на прихований сифіліс.

Серед найбільш вірогідних причин збільшення питомої ваги прихованих форм сифілісу насамперед може бути неконтрольоване застосування населенням антибіотиків, унаслідок чого

бліда трепонема втрачає частину своїх антигенних властивостей. Останніми роками ми спостерігаємо тенденцію до зниження позитивності серологічних тестів. Вживання антибіотиків, навіть нетривале і у невисоких дозах, щодо інтеркурентних захворювань, ІПСШ тощо здатне значно прискорювати регрес клінічних виявів сифілісу, змінювати його перебіг та спричиняти зростання частоти прихованих форм захворювання. Згідно з отриманими нами даними близько 50 % хворих за 3—12 міс до встановлення діагнозу прихованого сифілісу вживали антибіотики.

Третині цих хворих антибіотики призначали з приводу інтеркурентних захворювань. В інших випадках прийом антибіотиків був пов'язаний з лікуванням сифілісу у приватних лікарів чи самолікуванням.

Значну негативну роль у зростанні захворюваності на прихований сифіліс відіграло лікування сифілісу бензатин-бензилпеніциліном. За нашими даними, щонайменше 15 % хворих напередодні отримали масивну антибіотикотерапію, яку їм призначили, вірогідніше, приватні лікарі. Така ситуація склалася у 2000—2024 рр., тоді як у 1980—2000 рр. хворі на сифіліс не так часто застосовували антибіотики.

Для оцінки особливостей серологічних реакцій у хворих на прихований сифіліс було проведено порівняльний аналіз з використанням

мікрореакції преципітації (МР), реакції зв'язування комплементу (РЗК), реакції імунофлюоресценції з абсорбцією (РІФ-абс), РІФ-200, реакції імобілізації трепонеми (РІТ), імуноферментний аналіз (ІФА), реакція пасивної гемаглютинації (РПГА), імунного блотингу.

На сьогодні особливості серологічних реакцій відрізняються значним відсотком хворих на прихований сифіліс зі слабкими або низькими потенціями (ступенями розведення) сироваток крові за результатами РЗК (23,2 %). Порівняно з показниками 1980–2000 рр. частота таких відповідей зросла майже втричі.

У 1-й групі спостерігали відносно високі потенції сироваток крові (у титрах 1 : 80–1 : 320), слабкими в ті роки вважали РЗК у титрах 1 : 20–1 : 40.

Зазначені особливості, а саме низькі потенції сироватки крові хворих, у сучасних умовах можуть бути пов'язані з багатьма чинниками, а саме: з імуносупресивним впливом ІПСШ та інших супутніх захворювань, нездоровим способом життя, але головним із них, на нашу думку, є насамперед поширення антибіотикотерапії з різних причин, зокрема самолікування та терапія у приватних лікарів.

Упродовж останніх років (2000–2024) також помітно збільшилась кількість хворих на прихований сифіліс з негативними показниками нетрепонемних тестів. За результатами проведених досліджень їхня питома вага серед хворих на прихований сифіліс дорівнює 4 %. 40 років тому серонегативність сягала 0,5 %, тобто збільшилась у 8 разів.

У більшості випадків збільшення відсотка хворих на прихований сифіліс з негативними показниками нетрепонемних тестів зумовлене попереднім вживанням антибіотиків. Варто враховувати, що негативація РЗК і реакції мікропреципітації (РМП) можлива тільки у разі проведення масивної антибіотикотерапії у високих дозах, призначення якої неможливе без втручання лікаря. Ми спостерігали достатню кількість хворих на прихований сифіліс, у яких після нетривалого лікування щодо ІПСШ або застудних захворювань зберігалися різко позитивні результати РЗК і РМП переважно у високих і середніх титрах.

Виявлення хворих на прихований сифіліс із негативними показниками нетрепонемних тестів завжди пов'язане з певними труднощами, оскільки діагноз прихованого сифілісу в цих випадках ґрунтується тільки на неодноразових позитивних результатах трепонемних тестів (РІФ, ІФА, РПГА) та даних конфронтації. За таких ситуацій ми рекомендуємо проводити постановку РІФ-200 із розведенням сироватки 1 : 400, 1 : 800; 1 : 1600, 1 : 3200, 1 : 6400. В деяких випадках приводом до проведен-

ня трепонемних тестів у хворих з негативними результатами нетрепонемних тестів є епідеміологічні чинники, в інших — позитивні результати МР.

Зважаючи на здебільшого випадковий характер діагностики прихованого сифілісу із негативними показниками нетрепонемних тестів з використанням специфічних реакцій, можна стверджувати, що значну частину таких хворих виявляють несвоєчасно. Між тим недіагностований серонегативний прихований сифіліс може стати в майбутньому причиною пізніх специфічних уражень нервової системи та внутрішніх органів. Такі хворі становлять також небезпеку в епідеміологічному аспекті через можливе зараження осіб, що мають з ним тісні стосунки. Усі ці обставини спонукають до поглибленого обстеження таких хворих з обов'язковим повторним проведенням трепонемних реакцій у всіх випадках, коли у статевих партнерів виявлено негативні результати дослідження або слабопозитивні — РМП.

За нашими спостереженнями, протягом останніх 15–20 років у хворих обох груп відзначено такі зміни у серологічному статусі: питома вага різко позитивних результатів РЗК із титром 1 : 80 у 1-й групі (1980–2000 рр.) становила близько 50 %, у 2-й групі (2000–2024 рр.) питома вага різко позитивних результатів з РЗК та РМП була трохи більше 25 %. І навпаки, якщо у 1980–2000 рр. (1-ша група) питома вага позитивних результатів РЗК з титром 1 : 20–1 : 40 становила трохи менше 30 % (27,8 %), то вже в перше десятиліття XXI ст. (2-га група) вона збільшилась майже вдвічі, перевищуючи 40 %. Питома вага позитивної РЗК з титром 1 : 5–1 : 10 залишилась майже без змін. Порівняно з хворими 1-ї групи у 12 % пацієнтів 2-ї групи результати РЗК були або слабопозитивними або позитивними тільки з одним із антигенів.

У 2,2 % хворих 1-ї групи було зареєстровано 2,2 % негативних і слабопозитивних показників трепонемних тестів, у 2-й — 4,1 %. За результатами дослідження РІФ-200 у 1-й групі негативних та слабопозитивних показників було 6,3 %, у 2-й — 14,5 %. Тобто за останніх 40 років відсоток слабопозитивних і негативних результатів РІФ підвищився майже вдвічі. Наведені дані переконливо свідчать про «серологічний патоморфоз» прихованого сифілісу, який ми спостерігаємо впродовж останніх 40 років. Такі зміни можна пояснити низькими потенціями сироватки крові хворих унаслідок вживання антибіотиків або зменшенням інтенсивності імунної відповіді організму хворих на антигени блідої трепонеми.

Натепер діагностична цінність нетрепонемних і трепонемних тестів для діагностики сифілісу і, зокрема, прихованого сифілісу виглядає так:

- МР (класичний варіант) має високу (99 %) чутливість; її можна використовувати для діагностики прихованого сифілісу, але вона має низьку специфічність (майже 15 % досліджень не підтверджують діагнозу сифілісу), тому може бути позитивною в осіб, які не хворіли на сифіліс;
- РЗК досить добре і надійно діагностує прихований сифіліс. Її чутливість з кардіоліпіновим і трепонемним антигеном сягає 94 і 99 % відповідно. Діагностична цінність цієї реакції: 40 % з кардіоліпіновим антигеном і 50 % — з трепонемним. Необхідно звернути увагу на випадки, коли ця реакція негативна або слабо-позитивна, а саме негативний результат РЗК із трепонемним антигеном може свідчити про відсутність сифілітичної інфекції;
- РІФ-абс має найвищу серед специфічних тестів «старого стандартного комплексу» діагностичну чутливість (97 %), а також досить високу діагностичну специфічність (80 %), тому її, безумовно, необхідно використовувати для діагностики прихованого сифілісу. Найбільшу цінність має негативний результат цієї реакції, який може свідчити про відсутність сифілісу;
- РІФ-200 менш чутлива, але її специфічність вища порівняно з такою РІФ-абс. Позитивний результат цієї реакції прогностично більш надійний порівняно з таким РІФ-абс, разом з тим негативний результат є прогностично менш надійним;
- ІФА буває позитивною тільки за наявності прихованого сифілісу;
- ІФА є позитивною за пізнього прихованого сифілісу;
- РПГА 0 може бути позитивною у хворих на прихований сифіліс, тому треба враховувати показники титру антитіл;
- імунний блотинг за пізнього прихованого сифілісу завжди має позитивні показники з двома антигенами білої трепонеми, але обов'язковим є Tr17. Діагностична цінність цієї реакції потребує подальших спостережень та накопичення позитивних результатів досліджень.

Висновки

1. За останніх понад 40 років питома вага випадків прихованого сифілісу зросла майже на 20 %.

Фінансування. Дослідження не має зовнішніх джерел фінансування.

Конфлікт інтересів немає.

Участь авторів: концептуалізація, валідація, рецензування та редагування — Т.В. Святенко; концептуалізація, методологія, ресурси, супервізія — С.В. Захаров; дослідження, ресурси, курація даних, написання — В.К. Захаров.

Кількість хворих на прихований сифіліс, які проживають у містах, збільшилась із 70 до 86 %. Гендерний розподіл хворих на прихований сифіліс залишився на тому самому рівні. Кількість хворих на прихований сифіліс, яких було виявлено активно, за останніх понад 40 років зменшилась удвічі.

2. До особливостей сучасного перебігу прихованого сифілісу слід віднести те, що у 80 % жінок виявлено супутні ІПСШ, а у 42 % хворих чоловіків — алкоголізм та наркоманію. Серед хворих як чоловіків, так і жінок 80 % не мали сім'ї, понад 70 % виконували некваліфіковану роботу. Середній вік хворих зменшився на 10 років — з 36 до 26, тобто прихований сифіліс умовно «помолодшав». Зменшення середнього віку хворих відбулося через осіб 11–18 років, питома вага яких протягом останніх років зросла на 20 %. Кількість безробітних збільшилась майже в 5 разів, а студентів та учнів — майже у 6. Кількість хворих, які не перебували у шлюбі, зросла майже на 20 %. Якщо 40 років тому джерелом інфікування були головним чином одружені особи, то останнім часом це малознайомі люди (збільшення у 4 рази).

3. За останніх 44 роки відзначено суттєве зростання частоти супутніх захворювань серед обстежених хворих на прихований сифіліс. Зокрема, якщо у попередні десятиліття (1980–2000 рр.) у таких хворих найчастіше діагностували різні серцево-судинні захворювання, то протягом 2000–2024 рр., окрім цієї патології, спостерігається зростання частоти захворювань травного тракту, ЛОР-органів, а також туберкульозу, вірусних гепатитів та ВІЛ-інфекції.

4. Серед найбільш суттєвих причин збільшення питомих ваг хворих на прихований сифіліс є неконтрольоване застосування антибіотиків, унаслідок чого біла трепонема втрачає частину своїх антигенних властивостей. Особливості серологічних реакцій у 23 % хворих на прихований сифіліс на сьогодні відрізняються значним відсотком із слабкими або низькими потенціями сироватки крові. Порівняно з даними 1980–2000 рр. частота низьких або слабких потенцій сироватки крові натеper зросла майже втричі. Це пояснюється наявністю супутніх захворювань та імуносупресивним станом організму, але головним чинником є неконтрольоване застосування антибіотиків.

Список літератури

1. Захаров ВК, Дюдюк АД, Захаров СВ. Прихований сифіліс. Навчальний посібник. ДДМУ; 2011. 121 с.
2. Снегірьов П. Пульс НАМН України: дерматовенерологія та урологія — де знаходимося, куди рухаємося. Укр. мед. часопис. 2019;1(129);Т.1:8-12. [http://nbuv.gov.ua/UJRN/UMCh_2019_1\(1\)_4](http://nbuv.gov.ua/UJRN/UMCh_2019_1(1)_4).
3. Ghanem KG, Ram S, Rice PA. The Modern Epidemic of Syphilis. *N Engl J Med.* 2020;382(9):845-854. doi: 10.1056/NEJMr1901593. PMID: 32101666.
4. Hook EW 3rd. Syphilis. *Lancet.* 2017 Apr 15;389(10078):1550-1557. doi: 10.1016/S0140-6736(16)32411-4. Epub 2016 Dec 18. PMID: 27993382.
5. Htet KZ, Lindrose AR, O'Connell S, et al. The burden of chlamydia, gonorrhoea, and syphilis in older adults in the United States: A systematic review. *Int J STD AIDS.* 2023;34(5):288-298. doi: 10.1177/09564624221149770. Epub 2023 Jan 10. PMID: 36626249.
6. Kimball A, Torrone E, Miele K, et al. Missed Opportunities for Prevention of Congenital Syphilis — United States, 2018. *MMWR Morb Mortal Wkly Rep.* 2020;69(22):661-665. doi: 10.15585/mmwr.mm6922a1. PMID: 32497029; PMCID: PMC7272112.
7. Rac MW, Revell PA, Eppes CS. Syphilis during pregnancy: a preventable threat to maternal-fetal health. *Am J Obstet Gynecol.* 2017;216(4):352-363. doi: 10.1016/j.ajog.2016.11.1052. Epub 2016 Dec 9. PMID: 27956203.
8. Rowley J, Vander Hoorn S, Korenromp E, et al. Chlamydia, gonorrhoea, trichomoniasis and 5.syphilis: global prevalence and incidence estimates, 2016. *Bull. World Health Organ.* 2019;97(8):548-562P. doi: 10.2471/BLT.18.228486. Epub 2019 Jun 6. PMID: 31384073; PMCID: PMC6653813.
9. Satyaputra F, Hendry S, Braddick M, et al. The Laboratory Diagnosis of Syphilis. *J Clin Microbiol.* 2021;59(10):e0010021. doi: 10.1128/JCM.00100-21. Epub 2021 May 12. PMID: 33980644; PMCID: PMC8451404.
10. Spiteri G, Unemo M, Mårdh O, Amato-Gauci AJ. The resurgence of syphilis in high-income countries in the 2000s: a focus on Europe. *Epidemiol. Infect.* 2019;147:e143.

T.V. Sviatenko, S.V. Zakharov, V.K. Zakharov

Dnipro State Medical University

Epidemiological, diagnostic and medical-social aspects of latent syphilis

Objective — to study epidemiological, clinical and medical-social aspects of latent syphilis in Ukraine over the past 40 years.

Materials and methods. Data of patients with latent syphilis that were examined and treated in the clinic of skin and venereal diseases of the SE «Dnipro State Medical University of the Ministry of Health of Ukraine». In our study we used the results of epidemiological (retrospective study of outpatient charts and medical histories of patients) and clinical research methods as well as serological blood tests.

Results and discussion. We studied the medical-social and epidemiological features of latent syphilis in 1147 patients for the period from 1980 to 2000 and for the period from 2000 to 2024 — in 1670 patients.

The diagnosis of latent syphilis was established on the basis of clinical, anamnestic and serological examination of patients using the generally accepted criteria for verification of syphilis (ICD-X). Particular attention was paid to anamnestic and clinical data on concomitant pathology, previous diseases, and confrontation data. A therapist, neurologist, ophthalmologist, otolaryngologist, specialists in instrumental diagnostic methods, and radiologist were involved in the detailed analysis and assessment of intercurrent diseases. All patients were also examined for urogenital infections (gonorrhoea, trichomoniasis, chlamydia, mycoureaplasmosis, bacterial vaginosis, urogenital candidiasis, genital herpes, papillomavirus infection).

We conducted an analysis of archival disease histories for the period 1980–2000 (1147 patients with latent syphilis) allowed us to draw the following conclusions: latent syphilis was diagnosed in 78.9 %, late latent in 12.8 % of patients and unspecified latent in 8.3 % of patients.

During the period 2000–2024 (1670 medical histories were analyzed), the diagnosis of latent syphilis was established in 78.2 % of patients, late latent in 16.7 % and unspecified latent in 5.1 %.

Thus, the above data over the past 44 years indicate a significant increase (by 16.3 %) in the proportion of latent syphilis.

Conclusions. Over the past 40 years, the proportion of latent syphilis has increased by almost 20 %. The number of patients with latent syphilis living in cities has increased from 70 to 86 %.

The features of the modern course of latent syphilis include the fact that 80 % of female patients have concomitant sexually transmitted infections, and 42 % of male patients suffer from alcoholism and drug addiction. Among patients, both men and women, 80 % did not have a family, more than 70 % of patients performed unskilled work. The average age of patients decreased by 10 years from 36 to 26 years, that is, latent syphilis conditionally «became younger».

A significant increase in the frequency of concomitant diseases among patients with latent syphilis has been established over the past 44 years. In particular, if in previous decades (1980–2000) patients with latent syphilis were most often diagnosed with various cardiovascular pathologies, then in recent decades (2000–2024) in addition to this pathology, there has been an increase in diseases of the gastrointestinal tract, ENT organs, as well as tuberculosis, viral hepatitis, and HIV infection.

Among the most significant reasons for the increase in the proportion of patients with latent syphilis are the uncontrolled use of antibiotics.

Keywords: latent syphilis, epidemiology, diagnostics, medical and social aspects.

Стаття надійшла до редакції / *Received* 10.10.2024.

Стаття рекомендована до опублікування / *Accepted* 26.11.2024.

Укр журн дерматол, венерол, косметол. 2024;4:23-30. doi: 10.30978/UJDVK2024-4-23.

Ukr J Dermatol, Venerol, Cosmetol. 2024;4:23-30. <http://doi.org/10.30978/UJDVK2024-4-23>.

Дані про авторів / Author's informations

Святенко Тетяна Вікторівна, д. мед. н., проф., зав. кафедри шкірних та венеричних хвороб

<https://orcid.org/0000-0003-4303-2937>

E-mail: tatsvyatenko@gmail.com

Захаров Сергій В'ячеславович, к. мед. н., доц., проректор з науково-педагогічної роботи

<https://orcid.org/0000-0002-2278-5692>

Захаров В'ячеслав Костянтинович, к. мед. н., доц., асист. кафедри шкірних та венеричних хвороб

<https://orcid.org/0000-0001-5140-4417>