

УДК 616.972'056.7'08

*В.Н. Терещенко, М.П. Середина, Л.Ю. Бердицкая,
В.Ю. Ваутина*

К ВОПРОСУ О СОВРЕМЕННОМ ТЕЧЕНИИ РАННЕГО ВРОЖДЕННОГО СИФИЛИСА И ЕГО ДИАГНОСТИКЕ

Читинский областной кожно-венерологический
диспансер

*Ключевые слова: врожденный сифилис, манифестная
форма, скрытая форма.*

Современный период характеризуется увеличением числа случаев раннего врожденного сифилиса (ВС) и изменениями его клинического течения. Отмечается, что это заболевание чаще стало протекать в скрытой форме или со стертыми клиническими проявлениями. Для последних характерна малосимптомность и скудость высыпаний, иногда отрицательные серологические реакции и даже негативные реакция иммунофлюоресценции и реакция иммобилизации бледных трепонем, что затрудняет диагностику заболевания, особенно у детей грудного возраста [1, 3, 9].

Заболеваемость ВС в Читинской области с 1988 по 1999 г. возросла в 25 раз, а за истекшие 3 года зарегистрировано 43 случая раннего ВС, из них в 77% случаев диагностированы манифестные формы, у 23% — скрытые. Аналогичное соотношение отмечено и на Украине (60 и 40% соответственно) [7]. Иные цифры приводят в своих исследованиях К. К. Борисенко и др. [1]: при изучении 165 историй болезни ими показано, что скрытые формы существенно преобладали над манифестными (76,4 и 23,6%). Л.Д. Калужной и др. [4] при анализе 52 историй болезни скрытый ВС был зарегистрирован в 80,8% наблюдений. Из приведенных данных следует, что одной из особенностей клинического течения ВС в Читинской области было преобладание манифестных форм заболевания над скрытыми.

Клинические проявления манифестного ВС на нашем материале заключались в следующем: поражение костной системы (остеохондриты и периоститы) отмечены у 79%, кожные симптомы (сифилитическая пузырчатка, диффузная инфильтрация, папулезная сыпь) — у 21%; ринит (катаральный и эрозивно-язвенный) у 27% больных. На фоне различных гипертермий (42% наблюдений) наблюдалась висцеральная патология: гепатомегалия (48), спленомегалия (27%), пневмония (27%), поражение центральной нервной системы (51%). Преобладали признаки, свойственные внутриутробным инфекциям, процесс имел генерализованный характер.

Анализ литературных источников показал, что в Смоленской области сифилитические остеохондриты и периоститы выявлялись в 45%, а ринит — в 25%

случаев [8]. В Воронежской области остеохондриты и периоститы отмечались в 43% случаях [5]. По данным И.А. Горланова и др. специфические остеохондриты 2-й и 3-й степени и периоститы обнаруживались при рентгенологическом обследовании у 64% больных [2]. Поражение кожи в виде сифилитической пузырчатки, диффузной инфильтрации и папулезной сыпи отмечались лишь у 18%, сифилитический ринит — у 6%, специфический хориоретинит — у 5% пациентов. Такой патоморфоз клинической картины ВС, по мнению авторов, мог быть обусловлен ранней массивной антибактериальной терапией, которая начинается при подозрении на внутриутробную инфекцию в родильном доме, а затем продолжается в отделениях патологии и интенсивной терапии новорожденных.

На собственном материале женщины, родившие детей, больных ВС, имели отягощенный анамнез. Из них 88% составили безработные, 61% незамужние, 37% вели беспорядочную половую жизнь, 72% злоупотребляли алкоголем, 8% бродяжничали, и не состояли на учете по беременности 54% женщин. Диагноз сифилиса до родов был установлен у 12% беременных, и только одна из них получила полноценное специфическое и профилактическое лечение. В 92% случаев женщины, родившие детей с ВС, болели поздними заразными формами сифилиса (68% — ранний скрытый, 24% — вторичный активный). Таким образом, поздние заразные формы сифилиса при отсутствии специфического и профилактического лечения явились базовыми для формирования манифестного ВС, вместе с тем у больных этой же группы, не получивших лечение, в 24% случаях родились дети с ВС без специфической симптоматики.

Диагностика ВС представляет затруднения в практической работе венеролога. Стертые симптомы поражения центральной нервной системы требуют углубленного обследования и спинномозговой пункции, что практически невыполнимо. Тест иммуноферментного определения специфических иммуноглобулинов класса М и его количественная оценка не всегда информативен. Определение титра антител является важным по причине проникновения в организм ребенка иммуноглобулинов М при нарушении барьерной функции плаценты [6]. В этой связи для более достоверной диагностики врожденного сифилиса рекомендуется использовать более специфическую разновидность метода — 19 IgM-РИФ-абс. по F. МиПегги G. Sinzig [10]. Отсутствие высокодостоверного теста требует сочетания серологических и молекулярно-биологических методов. В 8 из 26 случаев на нашем материале констатированы ложноотрицательные результаты реакции IgM-РИФ-абс., тогда как тест 19 IgM-РИФ-абс. оказался положительным у всех больных, что позволило отдать ему предпочтение. В литературе имеются указания как на ложноположительные, так и на ложноотрицательные результаты и этого метода [6].

Таким образом, особенностью современного течения ВС является преобладание скрытых форм, а для манифестных форм заболевания характерна генерализация процесса. Диагностика скрытых форм ВС требует совершенствования тест-систем для серологических и молекулярнобиологических методов исследования.

Литература

1. Борисенко К.К. и др. // *Кожные и венерические болезни: Рукво для врачей/ Под ред. Ю.К. Скрипки. — Т. 4. — М.: Медицина, 1996. — С. 87q92.*
2. Горланов И.А., Милявская И.Р., Качанов В.П. // *Материалы 8 Всероссийского съезда дерматовенерологов: Тез. науч. работ, часть 2. — М., 2001. — С. 47q48.*
3. Гойда Н.Г., Иркина Т.В., Проценко Т.В. // *Журн. дерматологии и венерологии. — 1999. — № 1. — С. 28q29.*
4. Калужная Л.Д., Деревянко Л.А., Дзюбак В.Е. // *Журн. дерматологии и венерологии. — 1997. — № 2. — С. 27q32.*
5. Позднякова А.Л., Селютина О.В. // *Материалы 8 Всероссийского съезда дерматовенерологов: Тезисы научных работ, часть 2. — М., 2001. — С. 11q12.*
6. Проценко Т.В. // *Врожденный сифилис: Лекция для врачей. — Донецк, 1998.*
7. Романенко В.Н., Свистунов И.В., Лавриненко О.А. // *Дерматол. и венерол. — 2001. — № 3. — С. 27q30.*
8. Торшина И.Е. // *Материалы 8 Всероссийского съезда дерматовенерологов: Тезисы научных работ, часть 2. — М., 2001. — С. 25q26.*
9. Тихомирова Н.В., Блохина Е.А. // *Заболевания, передаваемые половым путем. — Владивосток, 1998. — С. 26q27.*
10. Muller F., Sinzig G. // *Z. Hautkr. — 1982. — Bd. 57 (13). — S. 983q1001.*

Поступила в редакцию 01.10.02.

ON THE QUESTION ABOUT CURRENT COURSE OF EARLY CONGENITAL SYPHILIS AND ITS DIAGNOSTICS

V.N. Tereschenko, M.P. Seredina, L. Yu. Berditskaya, V. Yu. Vautina

Chitinsky Regional Dermatovenerologic Dispensary
Summary — The authors carried out the analysis of cases of congenital syphilis in Chitinskaya oblast during 1999'2001. The major part of them was clinical ones — 77% (latent ones — 23%). This article describes the picture features of the clinical syphilis. The features that are intrinsic to generalized intrauterine infections have prevailed. The main reasons for congenital syphilis were adverse social status of mothers, absence of observation during pregnancy or registration late in pregnancy and, therefore, impossibility of full value specific and preventive treatment. The authors point to the difficulty of diagnostics of latent and little symptomatic forms of the disease, which demands perfecting of serologic and molecular biological methods of analysis.

Pacific Medical Journal, 2003, No. 4, p. 45q46.

УДК 616.97'053.5/6(571.63)

А.Д. Юцковский, Л.Г. Сингур, Я.А. Юцковская,
Л.М. Кулагина, С.В. Черных

СОВРЕМЕННОЕ СОСТОЯНИЕ ПРОБЛЕМЫ ВЕНЕРИЧЕСКИХ ИНФЕКЦИЙ У ДЕТЕЙ И ПОДРОСТКОВ В ПРИМОРЬЕ

Владивостокский государственный медицинский университет

Ключевые слова: венерические инфекции, дети, подростки.

В течение последних двух десятилетий прошлого века усиленное внимание уделялось венерическим инфекциям у детей и подростков. И это не случайно, так как 70'е и 80'е годы XX века с медицинской точки зрения относят к периоду с ярко выраженной тенденцией к увеличению сексуальной активности во всем мире. При этом многие исследователи установили нарастание интенсивности половой жизни и увеличение числа неустойчивых сексуальных связей [1, 3]. Несомненным является и то, что важную роль в активации сексуальной сферы играет акселерация — более раннее половое созревание и более раннее начало сексуальной жизни лиц обоего пола [5, 7]. Сегодня значительное число юношей и девушек начинают половую жизнь до 15 лет. Анализ сексуального поведения заболевших венеричес-

кими болезнями еще раз подтверждает, что в основе их распространения среди подростков лежит раннее начало половой жизни. Так, по результатам проведенного нами в 1998'2000 гг. анонимного анкетирования 1200 человек, раннее начало половой жизни среди заболевших в возрасте 12'14 лет отмечено у 12%, с 15 лет — у 24%, с 16 лет — у 47% подростков. Сравнительные данные указывают на достаточно высокий и стабильный удельный вес среди заболевших учащихся высших и средних специальных учебных заведений (в 1998 г. — 27,5%, в 2000 г. — 28,6%) и двукратный подъем заболеваемости среди школьников (в 1998 г. — 2,1%, в 2000 г. — 4,5%). Как выяснилось, преобладающее большинство подростков положительно относилось к раннему началу сексуальной жизни и не усматривало в этом даже малейшего элемента безнравственности. Нередко подростки в качестве сексуальных партнеров выбирали лиц старше себя на 5 лет и более. При этом половые связи нередко устанавливались после непродолжительного знакомства (до 1 недели) и характеризовались частой сменой половых партнеров. Так, одного партнера с начала половой жизни имели 17,4% девушек-подростков, двух — 23,5%, трех — 24,5%. 4'5 партнеров имели 22,8%, больше пяти — 8,7% девушек. 10 и более партнеров имели 4% девушек-подростков, больных гонореей. К сожалению, зарегистрировано увеличение числа подростков, занимающихся коммерческим сексом.

Таким образом, акселерация, согласно нашим и литературным данным по другим регионам [2], приводит к тому, что к 14'16 годам возрастает сексуальное