CHOPESIACIBILITIES

после проведенного специфического лечения сифилиса

Серорезистентность – это длительное, а иногда пожизненное сохранение положительных серологических реакций (реагиновых тестов) после полноценного специфического лечения сифилиса.

Последняя эпидемия сифилиса (1989г и по настоящее время) определила ряд важных проблем перед сифилидологами, такие как:

- 1. сифилис и беременность
- 2. дифференциальная диагностика скрытого сифилиса с ложноположительными биологическими реакциями
- 3. усовершенствование методов диагностики сифилиса
- 4. оптимизация методов лечения
- 5. и проблема серорезистентности

- по данным статистики серорезистентность наблюдается у 2-10% лиц по разным методам лечения
- у большинства больных после лечения происходит клинико биологическое излечение
- у отдельных лиц только клиническое, при стойком сохранении положительных серологических реакций

Вопросы:

- 1. опасны ли эти лица в эпид. отношении?
- 2. велика ли вероятность рецидива заболевания?
- 3. требуется ли проведение дополнительного лечения?

По данной проблеме опубликовано много научно – исследовательских работ нашими ведущими специалистами И.М. Овчинниковым, Т.В. Васильевым, И.Н. Ильиным, М. В. Миличем и др.

На современном этапе – В.И. Прохоренковым, В.А. Аковбяном, Г. А. Дмитриевым, Н.В. Фриго и др.

Примечание!

Правильно называть данное состояние не серорезистентным сифилисом, а серорезистентностью после проведенного лечения сифилиса.

Серорезистентность — это не нозологическая единица (по МКБ-10 шифруется как «другие формы сифилиса».

Различают истинную, относительную и псевдорезистентность (М.В. Милич)

1. <u>истинная.</u>

- у лиц с ранними формами сифилиса (LI, LII и Lues latens praecox)
- с момента заражения до момента лечения прошло не более 5-6 месяцев
- характерна прогредиентность
- повторный курс, как правило, эффективен

2. относительная.

- у лиц с LII recidiva, L. latens precox (если лечение начато спустя 5-6 месяцев после заражения) или L. latens tarda, ignorata
- предположение, что у них остались бледные трепонемы в виде L, C форм, полимембранных фагосом
- повторный курс лечения, как правило, не эффективен

3. псевдорезистентность

- бледные трепонемы abs
- (+) реакции обусловлены иммунологической памятью
- повторное лечение не эффективно

Примечание!

- теоретически обосновано
- практически определить невозможно

Причины серорезистентности

- наличие в организме больного, кроме вирулентных, спиралевидных форм бледных трепонем, так называемых «персистов» (L,-C,-форм, полимембранных фагосом)
- «персисты» (или комменсалы сожители) не способны к размножению и активизации сифилитического процесса
- создается зыбкое равновесие между макро и микроорганизмом

- при неблагоприятных условиях бледные трепонемы снова реверсируют в вирулентные, агрессивные формы
- «персисты» не чувствительны к антибиотикам
- но обладают антигенностью, поддерживая положительные серологические реакции

Таким образом!

- одна точка зрения о причинах серорезистентности – наличие в организме «персистов»
- другая о наличии в организме антиидиопатических антител, т.е. вторичных на антитрепонемные антитела (Т.М. Бахметьев, С.И. Данилов)
- однако это положение пока дискутабельно
- проблемма в диагностике!
- -Отсутствие надежных маркеров присутствия инфекции (б.тр.) в организме в тех или иных формах

Методы диагностики сифилиса

- 1. прямые (на антиген)
 - световая микроскопия в темном поле
 - заражение лабораторных животных
 - молекулярно биологические (ПЦР)
 - 2. непрямые (на антитела) серологические
 - реагиновые тесты (МРП, РСК (RW) с кардиолипиновым антигеном)
 - трепонемные РСК с трепонемным антигеном, РИФ-abs, ИФА, РПГА, РИБТ

Примечание!

Для критериев излеченности применяются реагиновые тесты, т.е. определяются неспецифические IgM (реагины)

- трепонемные тесты для критериев излеченности не применяются, т.к. определяются суммарные специфические IgM и G (а Ig G могут сохранятся длительно за счет иммунологической памяти)
- IgM специфические исчезают у больных после лечения ранними формами сифилиса через 3-12 месяцев, а поздними формами сифилиса через 12-24 месяца

- отсутствие IgM указывает на эрадикацию бледных трепонем из организма
- одной из главных задач сифилидологов, лабораторной службы является раздельное определение IgM и IgG
- такие методы диагностики существуют (IgM-РИФ-abs, ИФА на IgM, «ловушечные» на IgG
- однако ограничения в применении данных методов обследования обусловлены: дороговизной, отсутствием надежных тестсистем, наличием соответствующей лабораторной базы

Другие предполагаемые причины не полной эрадикации бл. тр. в организме после проведенного лечения

- 1. одна из причин неполноценное лечение
 - нарушение самим больным режима лечения
 - занижение дозы антитрепонемных препаратов
 - недостаточная концентрация в тех или иных органах

Примечание!

Бледные трепонемы чувствительны к антибиотикам во время построения их стенки, т.е. в вирулентной форме.

- «персисты» же не имеют клеточной стенки, следовательно они не чувствительны к антибиотикам
- с другой стороны наличие «персистов», в свою очередь, может быть обусловлено заниженной концентрацией антибиотиков и снижением иммунной реактивности
- для увеличения концентрации рекомендовано применять этамид или пробенецид по 500мг х 4р/д = 10-14 дней

- 2. есть мнение, что серорезистентность может быть обусловлена наследственными факторами
- носительство антигенов (HLA B8, DR -3, B 18)
- генетическим дефектом макрофагов

3. другие причины

- сопутствующая патология, фоновые заболевания (хр. инфекции, остр. инфекции, алкоголизм, наркомания и др.)
- особую роль отводят гепатитам различной этиологии (есть мнение, что вирус проникая в цитоплазму бл.тр., изменяет ее структурно-морфологические характеристики, что приводит к серорезистентности

Критерии постановки серорезистентности и тактика ведения больных

- серорезистентность устанавливается в тех случаях когда в течении года после оконченной терапии:
- 1. результаты РСК с трепонемным и кардиолипиновым антигенами

либо

2. результаты МРП (с кардиолипиновым антигеном) остаются стойко позитивными без тенденции к снижению титра реагинов

В этих случаях назначается дополнительное лечение!

- II. если <u>через год</u> после полноценного лечения полная негативация РСК (МРП) не наступила:
- 1. но отмечается снижение титра реагинов (по меньшей мере в 4 раза)
- 2. или снижение позитивности РСК от резко положительной до слабо положительной
- эти случаи рассматриваются, как замедленная негативация сер. реакций
- в этих случаях продолжается наблюдение еще 6 месяцев

- если дальнейшее снижение отсутствует, тогда – <u>дополнительное лечение</u>

Таким образом, дополнительное лечение по показаниям проводят или через год или через два года!!!

Примечание!

- 1. если определяются IgM необходимо проводить дополнительное лечение
- 2. если после повторного лечения позитивность сохраняется то 3-е (повторное) лечение не проводится

Дополнительное лечение лучше проводить низко- или среднедюрантными препаратами (водорастворимый пенициллин, прокаинпенициллин или цефтриаксон).