

Заболееаемость сифилисом в Российской Федерации в 2010—2014 гг.

А.А. Кубанова, А.А. Кубанов, Л.Е. Мелехина, Е.В. Богданова

ФГБУ «Государственный научный центр дерматовенерологии и косметологии» Минздрава России
107076, Москва, ул. Короленко, д. 3, стр. 6

В статье проанализированы основные тенденции заболеваемости сифилисом в Российской Федерации в 2010—2014 гг., динамика и структура заболеваемости ранними, поздними и неуточненными формами сифилиса и, в частности, нейросифилисом.

Ключевые слова: **заболеваемость сифилисом, ранний сифилис, поздний сифилис, нейросифилис, сифилис, неуточненный как ранний или поздний, статистическая информация.**

Контактная информация: bogdanova@cnikvi.ru. Вестник дерматологии и венерологии 2015; (5): 15—23.

Syphilis incidence rate in the Russian Federation in 2010—2014

A.A. Kubanova, A.A. Kubanov, L.E. Melekhina, E.V. Bogdanova

State Research Center of Dermatovenereology and Cosmetology, Ministry of Healthcare of the Russian Federation
Korolenko str., 3, bldg 6, Moscow, 107076, Russia

The article provides the overview of main tendencies of incidence of syphilis in Russian Federation in 2010—2014, incidence over time and structure of early, late and unspecified syphilis and neurosyphilis.

Key words: **incidence of syphilis; early syphilis, late syphilis, unspecified syphilis, neurosyphilis, statistics.**

Corresponding author: bogdanova@cnikvi.ru. Vestnik Dermatologii i Venerologii 2015; 5: 15—23.

■ Распространение инфекций, передаваемых половым путем (ИППП), среди населения Российской Федерации, как и во всем мире, на сегодняшний день остается актуальной проблемой для здравоохранения в целом и для врачей различных специальностей в частности. Важность проблемы ИППП обусловлена не только их распространением, но и неблагоприятными последствиями в виде тяжелых осложнений, таких как бесплодие, патология беременности и родов, чаще всего проявляющаяся угрозой невынашивания, выкидышами, преждевременными родами, младенческая смертность и другие неблагоприятные воздействия на организм. Нарушение репродуктивной функции граждан является одной из причин снижения рождаемости, что в целом может отражаться на росте численности населения, приводя к ухудшению демографической ситуации в стране в целом. Важность проблемы обусловлена медико-социальной значимостью ИППП, и в первую очередь сифилиса. Наиболее неблагоприятными в этом плане являются поздние формы сифилиса, в том числе с поражением внутренних органов и нервной системы, что связано со сложностью их выявления и диагностики, тяжестью и серьезностью клинических проявлений, трудностями лечения и длительностью наблюдения пациентов.

По результатам анализа заболеваемости ИППП, проведенного в 2014 г. в целом по Российской Федерации на основании данных государственного статистического наблюдения [1—3], показано, что, не-

смотря на значимое улучшение эпидемиологической ситуации, уровень заболеваемости остается все еще достаточно высоким, составляя 203 на 100 000 населения (рис. 1).

За период 2010—2014 гг. доля сифилиса среди всех ИППП снизилась с 13,2 до 12,5%. При ранжировании показателей заболеваемости ИППП в порядке их убывания показатель заболеваемости сифилисом в течение рассматриваемого периода находился на третьем—четвертом месте, конкурируя с показателем заболеваемости гонококковой инфекцией (см. рис. 1). Так, в 2014 г. отмечается незначительное перераспределение в структуре заболеваемости ИППП в сторону увеличения удельного веса сифилиса среди всех инфекций по сравнению с предыдущим годом (переход с четвертой позиции на третью).

Благодаря проводимым мероприятиям по борьбе с ИППП были достигнуты высокие темпы снижения заболеваемости сифилисом, и в 2014 г. показатель заболеваемости составил 25,5 на 100 000 населения. Однако он на 11% превышает аналогичный показатель 1980 г., когда отмечался всплеск заболеваемости на фоне низких показателей, регистрируемых в тот период (рис. 2).

За период 2010—2014 гг. в Российской Федерации наблюдается стабильное снижение заболеваемости ранними формами сифилиса от 39,9 на 100 000 населения в 2010 г. до 19,1 — в 2014 г., рост заболеваемости поздними формами (с 2,8 до 3,8 на 100 000 населения в 2010 и 2014 гг. соответственно) и некоторое

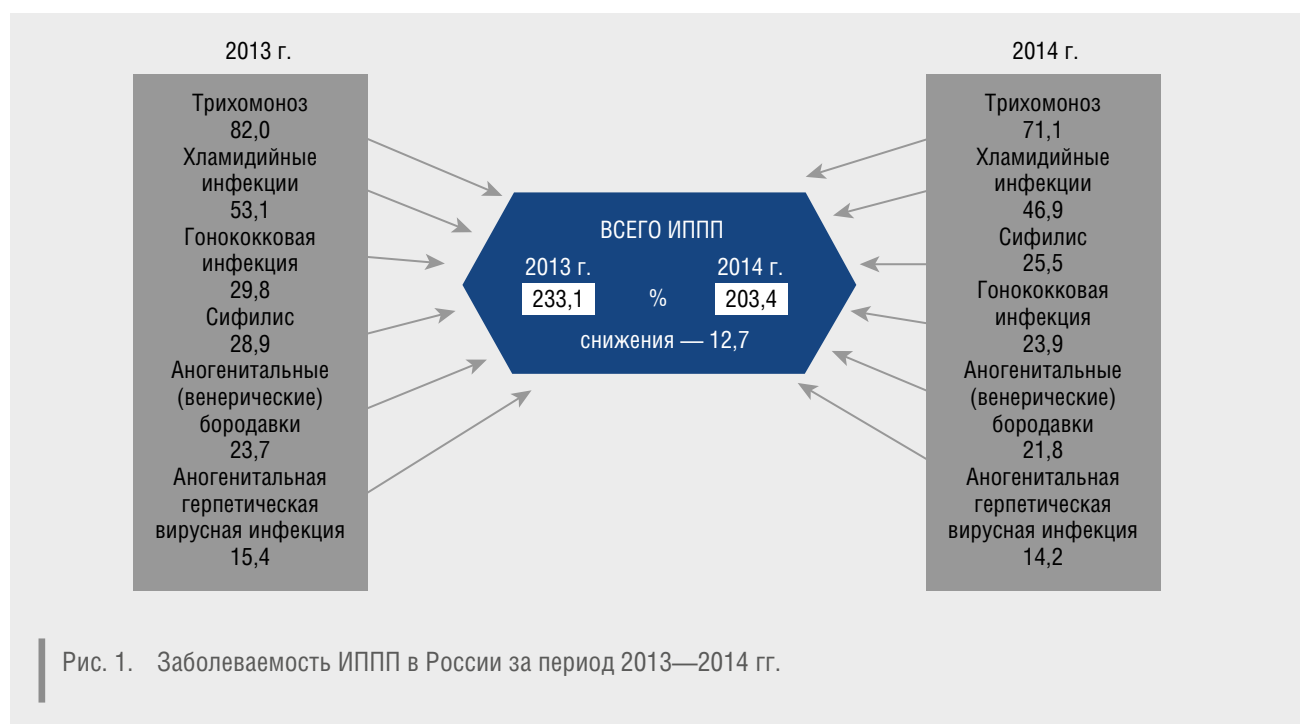


Рис. 1. Заболеваемость ИППП в России за период 2013—2014 гг.

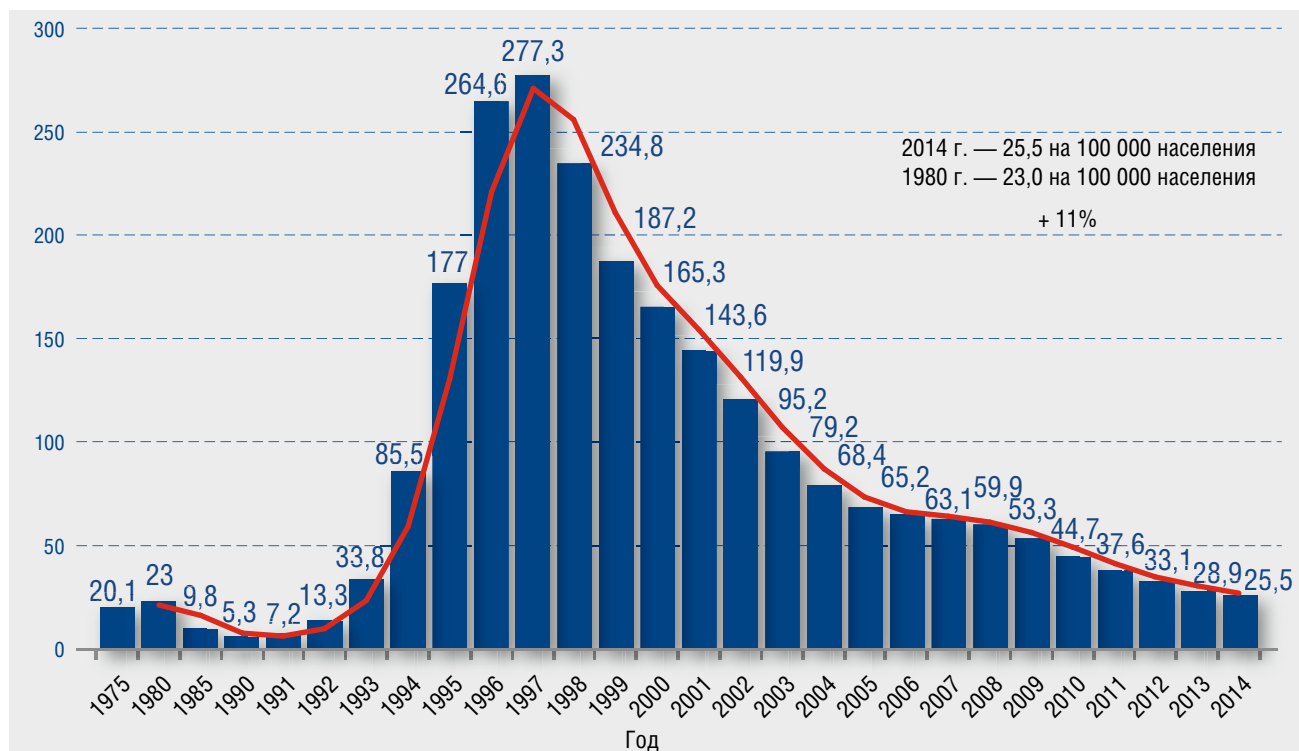


Рис. 2. Динамика заболеваемости сифилисом в Российской Федерации (1975—2014 гг.)

увеличение заболеваемости неуточненными формами сифилиса (с 2,3 до 2,6 на 100 000 населения в 2010 и 2014 гг. соответственно). Снижение заболеваемости ранними формами сифилиса за исследуемый период протекало несколько интенсивнее (52%), чем снижение заболеваемости всеми формами сифилиса в целом (42,5%). Рост заболеваемости поздними формами сифилиса за рассматриваемый период составил 36%, неуточненными формами — 13% (рис. 3).

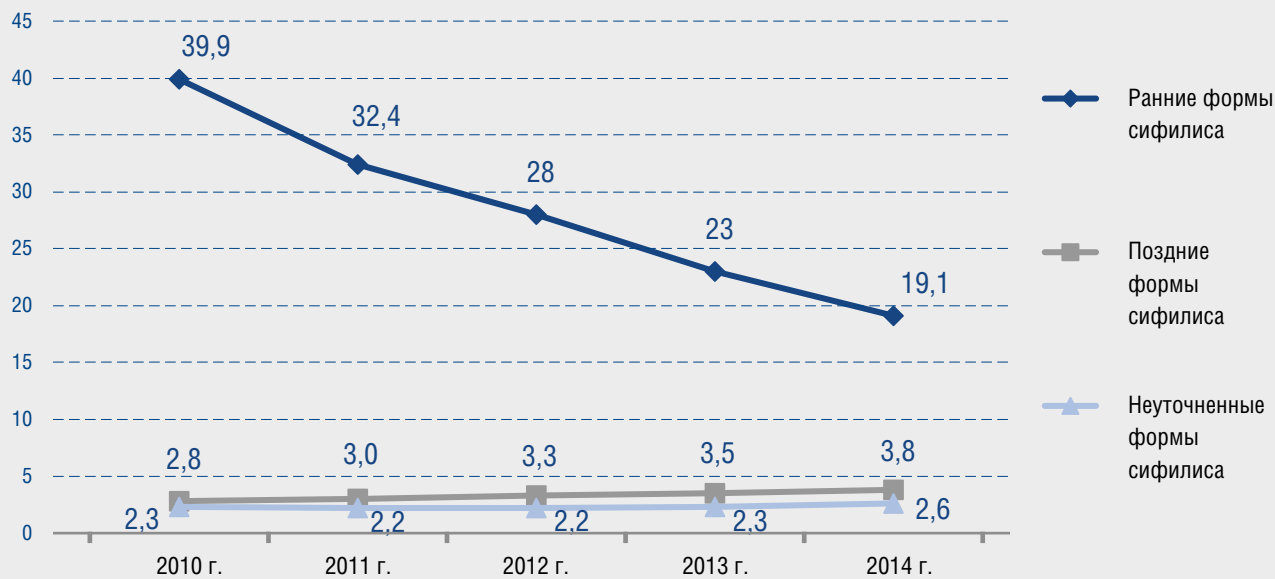
В структуре форм приобретенного сифилиса доля ранних форм уменьшилась с 89,2% в 2010 г. до 75,0% в 2014 г., доля поздних форм увеличилась почти в 3 раза (с 5,7 до 14,8%), доля сифилиса неуточненного как ранний или поздний — в 2 раза (с 5,1 до 10,2%).

Результаты анализа структуры поздних форм сифилиса за 2010 и 2014 гг. показали, что процентное соотношение сифилиса позднего скрытого в 2014 г. по отношению к другим его формам снизилось на 5,4% (77,8% — в 2010 г.; 72,4% — в 2014 г.) по сравнению с 2010 г. (рис. 4). Между тем доля позднего нейросифилиса и сифилиса сердечно-сосудистой системы увеличилась с 15,8 до 21,5% и с 1,0 до 2,0%, что составило 6,3 и 1,0% соответственно; доля сифилиса позднего неуточненного уменьшилась с 5,6 до 4,1%.

Таким образом, в настоящее время эпидемиологическая ситуация в России характеризуется увеличением заболеваемости поздним сифилисом, особенно нейросифилисом и висцеральными его формами, что вызывает наибольшую озабоченность у специалистов.

Динамика заболеваемости нейросифилисом за последний пятилетний период (2010—2014 гг.) продемонстрировала рост числа зарегистрированных случаев на 73,0% (рис. 5).

В настоящее время в Российской Федерации статистическая регистрация случаев ИППП происходит в соответствии с Международной классификацией болезней десятого пересмотра (МКБ-10) [4]. В МКБ-10 инфекции, передаваемые половым путем, относятся к рубрикам А50—А64 класса I «Некоторые инфекционные и паразитарные болезни». Согласно МКБ-10, сифилис соответствует кодам А50—А53. Код А50.4 (поздний врожденный нейросифилис) соответствует врожденному поражению нервной системы, код А51.4 (другие формы вторичного сифилиса) включает в себя ранние приобретенные формы поражения нервной системы, к поздним формам нейросифилиса относятся коды А52.1 (нейросифилис с симптомами), А52.2 (асимптомный нейросифилис) и А52.3 (нейросифилис неуточненный).



2010—2014 гг.: ранние формы: снижение на 52%; поздние формы: рост на 36%; неуточненные формы: рост на 13%

Рис. 3. Динамика заболеваемости ранними и поздними формами сифилиса в Российской Федерации

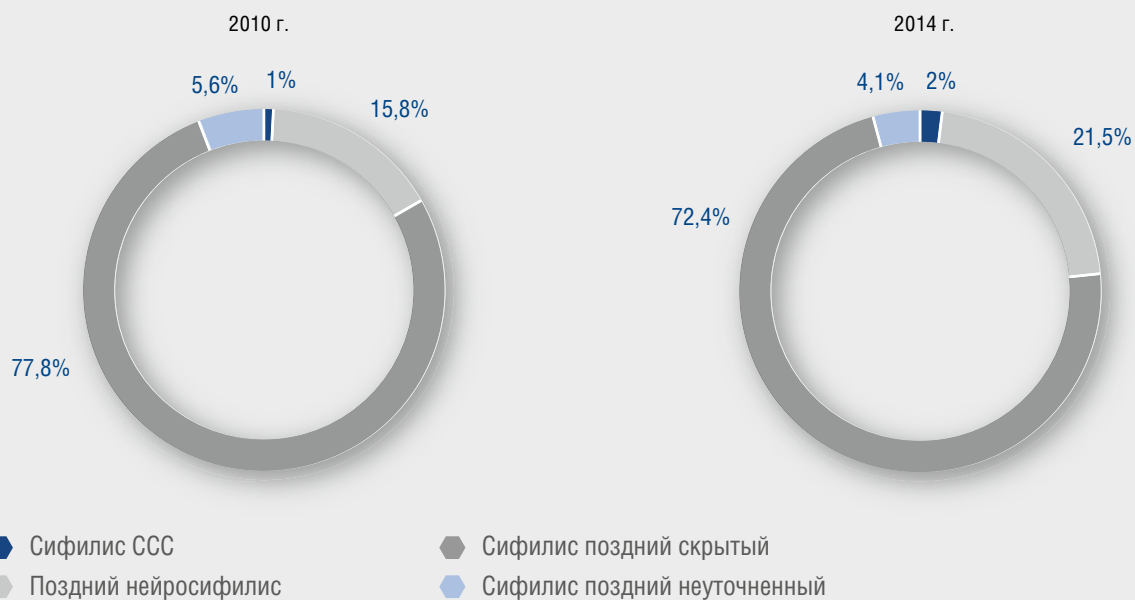
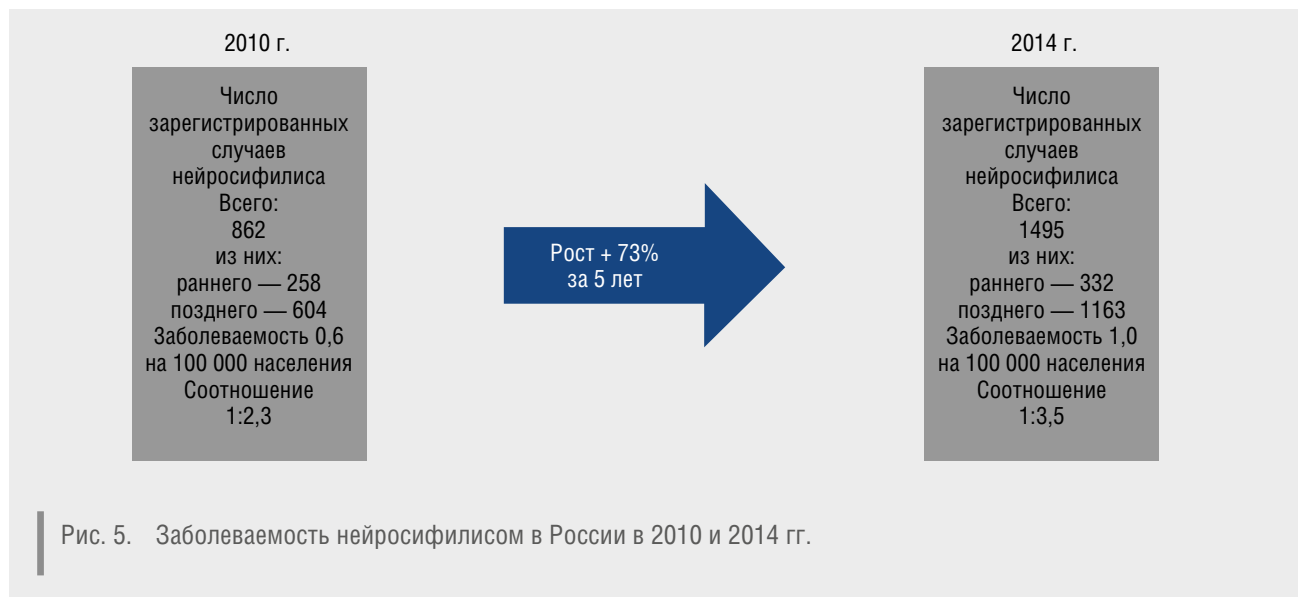


Рис. 4. Структура поздних форм сифилиса в Российской Федерации (2010—2014 гг.). ССС — сердечно-сосудистая система



При установлении диагноза и регистрации выявленного у больного заболевания нейросифилисом и для определения формы нейросифилиса (ранний или поздний), а также должного кодирования во избежание гипо- или гипердиагностики и искажения статистической информации необходимо руководствоваться приказом МЗ РФ от 25 июля 2003 г. № 327 «Об утверждении протокола ведения больных “Сифилис”». В данном приказе дается четкое понятие, что (в зависимости от сроков инфицирования) относится к раннему нейросифилу, а что — к позднему. Такое разделение объясняется общей характеристикой морфологической картины сифилиса нервной системы. Специфический процесс первично начинается с мезенхимной части, а именно с мозговых оболочек и сосудов, что совпадает с путем распространения инфекции и чем может быть определена первоначальная локализация процесса, сама же нервная ткань вторично втягивается в процесс. Таким образом, если поражение нервной системы произошло в течение первых 5 лет после инфицирования, то это ранний нейросифилис, процесс преимущественно локализован в сосудах и в оболочках головного и спинного мозга (мезенхимный). Если развитие патологического процесса возникло и было установлено спустя 5 лет и более после инфицирования, то следует говорить о позднем нейросифилисе. При данной форме заболевания поражается в основном нервная ткань на различных ее уровнях (паренхиматозный).

Общее число зарегистрированных случаев раннего и позднего нейросифилиса в 2014 г. составило 1495, интенсивный показатель соответствует 1,0 на 100 000 населения. Прирост заболеваемости всеми

формами нейросифилиса составил 40% (2010 г. — 0,6; 2014 г. — 1,0 на 100 000 населения). Как показывает статистика, рост заболеваемости нейросифилисом происходил в основном за счет увеличения числа случаев позднего нейросифилиса: если в 2010 г. было зарегистрировано 604 таких случая, то в 2014 г. — 1163 (увеличение почти в 2 раза). Соответственно, за анализируемый период (2010—2014 гг.) изменилось соотношение между числом зарегистрированных случаев ранних и поздних форм нейросифилиса с увеличением в сторону поздних. Если в 2010 г. на 1 случай раннего нейросифилиса приходилось 2,3 случая позднего (1:2,3), то уже в 2014 г. на 1 случай раннего нейросифилиса регистрировали 3,5 случая позднего нейросифилиса (1:3,5) (см. рис. 5).

Исследуя эпидемиологическую характеристику динамики заболеваемости нейросифилисом, можно видеть четкую тенденцию к увеличению заболеваемости поздним нейросифилисом при сохранении стабильной позиции заболеваемости ранним нейросифилисом на протяжении последних пяти лет (2010—2014 гг.). Такая ситуация может сопровождать постэпидемический период, когда на фоне снижения общего числа новых случаев сифилиса происходит рост числа случаев позднего и скрытого сифилиса, числа серорезистентных случаев, когда, по всей вероятности, создаются благоприятные условия для возникновения специфических поражений нервной системы. Если заболеваемость ранним нейросифилисом за анализируемый период в среднем регистрировалась на уровне 0,2 на 100 000 населения, то за это же время заболеваемость поздним нейросифилисом возросла в 2 раза. Учитывая, что в пик подъема заболеваемо-

сти не все больные сифилисом получили лечение или получили неадекватное лечение, можно предполагать в прогностическом плане дальнейший рост заболеваемости нейросифилисом (рис. 6).

Диагностика нейросифилиса нередко сопряжена со значительными трудностями вследствие патоморфоза заболевания, обуславливающего возникновение стертых, асимптомных, латентных, атипичных форм, нередко с мультиполярными проявлениями. На изменение клинической картины нейросифилиса последних десятилетий повлияло не только активное применение химиотерапии сифилиса, но и употребление населением антибиотиков в связи с интеркуррентными заболеваниями. Развитие патоморфоза заболевания также может быть связано с изменением внутренних механизмов реагирования макроорганизма на инфицирование бледной трепонемой и эволюцией патогенных свойств возбудителя сифилиса.

Выявление больных нейросифилисом в настоящее время нередко происходит в соматических или психоневрологических стационарах при получении положительных результатов скрининговых исследований на сифилис. Однако в амбулаторных условиях медицинских организаций психоневрологического профиля серологическое обследование пациентов на сифилис, как правило, не проводят, что не позволяет исключить сифилитическую этиологию психоневрологической симптоматики и, соответственно, приводит к постановке ошибочного диагноза пациенту и неоказанию надлежащей медицинской помощи. В связи с этим врачам смежных специальностей необходимо сохранять на-

стороженность в отношении сифилиса при проведении дифференциальной диагностики. Разнообразные субъективные и объективные симптомы поражения нервной системы у больных сифилисом могут предполагать наличие нейросифилиса, но окончательный диагноз можно установить только по результатам исследования цереброспинальной жидкости с применением специфических иммунных реакций.

В этой связи актуальным является взаимопонимание дерматовенерологов и врачей различных специальностей в своевременной диагностике и ведении больных с положительными иммунными реакциями на сифилитическую инфекцию. Для решения данного вопроса Министерством здравоохранения Российской Федерации был издан приказ № 291 от 30 июля 2001 г., определивший тактику взаимодействия врачей-дерматовенерологов с неврологами и офтальмологами. Введение в действие данного приказа позволило более активно применять исследование цереброспинальной жидкости при диагностическом обследовании больных сифилисом. Это не только позволило повысить выявляемость больных нейросифилисом, что, естественно, отразилось на уровне заболеваемости за счет увеличения числа зарегистрированных случаев, но и значительно повысило качество оказания медицинской помощи больным данной патологией, о чем свидетельствует отсутствие регистрации числа смертей от ранних форм нейросифилиса в последние два года.

Оценка заболеваемости нейросифилисом за 2014 г. по федеральным округам показала, что наи-

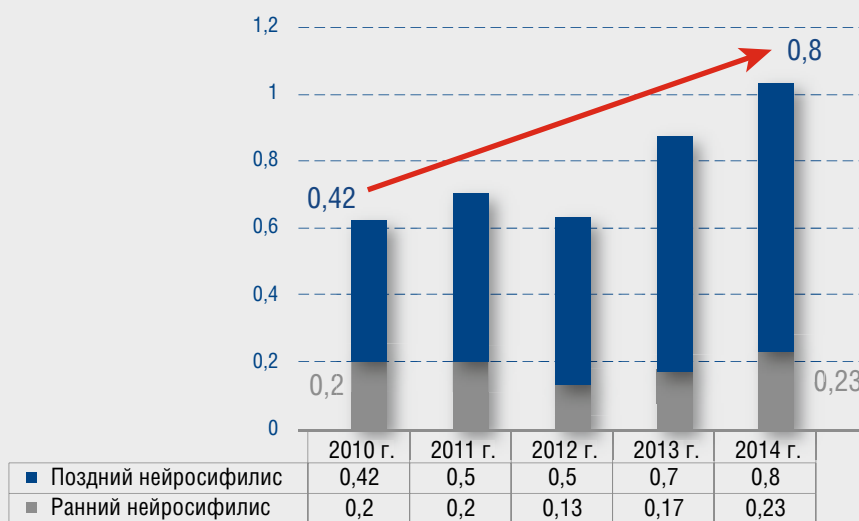


Рис. 6. Динамика заболеваемости ранними и поздними формами нейросифилиса в Российской Федерации (2010—2014 гг.; на 100 000 населения)

более высокие показатели заболеваемости поздним нейросифилисом (на 100 000 населения), превышающие среднероссийский (0,8), определяются в Центральном (1,0), Северо-Западном (0,9), Южном (1,6) и Сибирском (0,8) федеральных округах. В Центральном федеральном округе самый высокий показатель заболеваемости поздним нейросифилисом регистрируется в Москве (2,0); в Северо-Западном — в Ленинградской (1,4) и Архангельской (1,3) областях; в Южном — в Ростовской области (4,3); в Приволжском — в Саратовской области (2,6); в Сибирском — в Иркутской (2,8) и Омской (1,5) областях, в Дальневосточном — в Приморском крае (1,7) (табл. 1). Высокие показатели заболеваемости нейросифилисом

указывают не только на высокую заболеваемость сифилисом в целом в субъектах, но и на то, что в данных субъектах проводится большая профилактическая работа, целью которой является обследование пациентов, находящихся на лечении в психоневрологических стационарах, для выявления лиц, у которых изменение в неврологическом статусе вызваны сифилисом.

По результатам анализа заболеваемости нейросифилисом в разрезе возрастных категорий выявлено, что поражение нервной системы наиболее распространено среди лиц в возрасте 30—39 лет, категории, характеризующейся самой активной сексуальной жизнью (табл. 2). Однако стоит отметить, что в структуре по возрастной заболеваемости доля нейросифилиса,

Таблица 1

Заболеваемость нейросифилисом в федеральных округах (ФО) и субъектах Российской Федерации (2014 г.; на 100 000 населения)

Федеральный округ	Субъект Российской Федерации	Ранний нейросифилис	Поздний нейросифилис
Российская Федерация		0,23	0,8
Центральный 0,1; 1,0	Курская обл.	0,4	—
	Калужская обл.	—	0,7
	Московская обл.	—	1,2
	Тульская обл.	0,3	1,3
	г. Москва		2,0
Северо-Западный 0,6; 0,9	Республика Карелия	1,1	0,2
	Республика Коми	0,2	2,3
	Архангельская обл.	1,3	1,5
	Ленинградская обл.	1,4	1,4
	г. Санкт-Петербург	0,7	1,0
Южный 0,2; 1,6	Краснодарский край	0,6	0,7
	Ростовская обл.		4,3
Северо-Кавказский 0; 0,2	—	—	—
Приволжский 0,1; 0,6	Удмуртская Республика	0,4	0,5
	Республика Татарстан		0,5
	Саратовская обл.		2,6
Уральский 0,03; 0,3	Свердловская обл.		0,5
	Тюменская обл.		0,2
	Ханты-Мансийский АО		0,5
Сибирский 0,5; 0,8	Иркутская обл.	2,6	2,8
	Алтайский край	0,5	0,5
	Омская обл.		1,5
	Кемеровская обл.		
Дальневосточный 0,6; 0,3	Приморский край	1,7	
	Амурская обл.	0,4	

Таблица 2

Заболееваемость нейросифилисом в разрезе возрастных категорий в Российской Федерации (на 100 000 соответствующего населения)

Наименование	Возрастная категория					всего
	2—14 лет	15—17 лет	18—29 лет	30—39 лет	40—60 лет	
Ранний нейросифилис						
Число случаев	2	1	88	99	142	332
Заболееваемость	—	—	0,21	1,1	0,52	0,23
Поздний нейросифилис						
Число случаев	—	3	80	304	776	1163
Заболееваемость	—	0,1	0,4	3,5	2,6	0,8

как раннего, так и позднего, максимальна в возрастной группе 40 лет и старше (1,2 и 6,5% соответственно по сравнению с аналогичными показателями 0,9 и 3,2% для всего населения).

Таким образом, исходя из вышеизложенного, можно заключить, что:

- наблюдаемое интенсивное снижение заболеваемости сифилисом пока не свидетельствует о полноценном эпидемиологическом благополучии. Снижение заболеваемости сифилисом сопровождается изменениями в структуре клинических форм в сторону увеличения числа скрытых форм, как поздних, так и неуточненных, характеризующихся тяжелым клиническим течением, поражением висцеральных органов и нервной системы, первично протекающих латентно или со стертой клинической картиной, формированием серорезистентности и замедленной негативацией серореакций после окончания проведенного лечения больных сифилисом;
- отмечается стабилизация показателей заболеваемости ранними формами нейросифилиса и рост заболеваемости (в 2 раза) поздним нейросифилисом за проанализированный пятилетний период (2010—2014 гг.). Следует отметить, что преобладание в настоящее время в структуре заболеваемости нейросифилисом поздних форм может быть в некоторой степени обусловлено особенностями

статистического учета различных клинических форм сифилиса. Так, действующая в настоящее время МКБ-Х не учитывает разделение асимптомного нейросифилиса на ранний и поздний (код А52.2), относя все случаи с клинически асимптомным течением заболевания к позднему нейросифилису. Данное обстоятельство может являться одной из возможных причин искажения статистической информации при регистрации и учете случаев раннего и позднего нейросифилиса в сторону позднего;

- вместе с тем наблюдаемый на протяжении 2010—2014 гг. рост показателей заболеваемости поздним нейросифилисом свидетельствует о существовании объективной закономерности и тенденции к увеличению заболеваемости поздними формами нейросифилиса на территории Российской Федерации;
- несвоевременное выявление и лечение больных сифилисом может приводить к развитию тяжелых форм заболевания, приводящих в дальнейшем к инвалидизации пациента, одной из таких форм является нейросифилис, который может наблюдаться в любой возрастной категории.

Поэтому говорить о полном эпидемиологическом благополучии в отношении заболеваемости сифилисом в Российской Федерации в настоящее время пока не приходится. ■

Литература

1. Resursy i deyatelnost' meditsinskikh organizatsiy dermato-venerologicheskogo profilya. Zabolevaemost' infektsiyami, peredavaemyimi polovym putem, zaraznymi kozhnymi boleznyami i boleznyami kozhi za 2010—2013 gody [Statisticheskie materialy]. Moskva. [Ресурсы и деятельность медицинских организаций дермато-венерологического профиля. Заболеваемость инфекциями, передаваемыми половым путем, заразными кожными болезнями и болезнями кожи за 2010—2013 годы [Статистические материалы]. Москва.]
2. Otchetnaya forma federal'nogo gosudarstvennogo statisticheskogo nablyudeniya № 9 «Svedeniya o zabolevaniyakh infektsiyami, peredavaemyimi polovym putem, i zaraznymi kozhnymi boleznyami» za 2010—2014 gody. [Отчетная форма федерального государственного статистического наблюдения № 9 «Сведения о заболеваниях инфекциями, передаваемыми половым путем, и заразными кожными болезнями» за 2010—2014 годы.]
3. Otchetnaya forma federal'nogo gosudarstvennogo statisticheskogo nablyudeniya № 34 «Svedeniya o bol'nykh zabolevaniyami, peredavaemyimi preimushchestvenno polovym putem, i zaraznymi kozhnymi boleznyami» za 2010—2014 g. [Отчетная форма федерального государственного статистического наблюдения № 34 «Сведения о больных заболеваниями, передаваемыми преимущественно половым путем, и заразными кожными заболеваниями» за 2010—2014 г.]
4. Prikaz Minzdrava Rossiyskoy Federatsii № 170 ot 27.05.97 «O perekhode organov i uchrezhdeniy zdravookhraneniya Rossiyskoy Federatsii na Mezhdunarodnuyu statisticheskuyu klassifikatsiyu bolezney i problem, svyazannykh so zdorov'em X peresmotra» (redaktsiya ot 12.01.98). [Приказ Минздрава Российской Федерации № 170 от 27.05.97 «О переходе органов и учреждений здравоохранения Российской Федерации на Международную статистическую классификацию болезней и проблем, связанных со здоровьем X пересмотра» (редакция от 12.01.98).]
5. Prikaz Ministerstva zdravookhraneniya Rossiyskoy Federatsii № 327 ot 25 iyulya 2003 g. «Ob utverzhdenii protokola vedeniya bol'nykh «SIFILIS». [Приказ Министерства здравоохранения Российской Федерации № 327 от 25 июля 2003 г. «Об утверждении протокола ведения больных «СИФИЛИС»»].
6. Prikaz Minzdrava RF № 291 ot 30.07.2001 g. «O merakh po preduprezhdeniyu rasprostraneniya infektsiy, peredavaemykh polovym putem». Prilozhenie № 4. «Taktika vzaimodeystviya vrachev dermatovenerologov, nevrologov i drugih spetsialistov po diagnostike i lecheniyu bol'nykh rannim neyrosifilisom». [Приказ Минздрава РФ № 291 от 30.07.2001 г. «О мерах по предупреждению распространения инфекций, передаваемых половым путем». Приложение № 4. «Тактика взаимодействия врачей дерматовенерологов, неврологов и других специалистов по диагностике и лечению больных ранним нейросифилисом».]

об авторах:

А. А. Кубанова — д.м.н., профессор, академик РАН, директор ФГБУ «ГНЦДК» Минздрава России, Москва
 А.А. Кубанов — д.м.н., профессор, зам. директора по научной работе ФГБУ «ГНЦДК» Минздрава России, Москва
 Л.Е. Мелехина — старший научный сотрудник научно-организационного отдела ФГБУ «ГНЦДК» Минздрава России, Москва
 Е.В. Богданова — к.м.н., старший научный сотрудник научно-организационного отдела ФГБУ «ГНЦДК» Минздрава России, Москва

Конфликт интересов

Авторы заявляют об отсутствии потенциального конфликта интересов, требующего раскрытия в данной статье