

Медичні науки

УДК 340:616-002.6

Білецька Ганна Андріївна

кандидат медичних наук, доцент,

доцент кафедри криміналістики

Національний юридичний університет імені Ярослава Мудрого

Белецкая Анна Андреевна

кандидат медицинских наук, доцент,

доцент кафедры криминалистики

Национальный юридический университет имени Ярослава Мудрого

Biletska Anna

Candidate of Medical Sciences, Associate Professor,

Associate Professor of the Department of Forensics

Yaroslav Mudryi National Law University

СУЧАСНІ ПОГЛЯДИ НА ПРОБЛЕМУ СИФІЛІСУ В ПРАКТИЦІ

СУДОВО-МЕДИЧНОГО ЕКСПЕРТА

СОВРЕМЕННЫЕ ВЗГЛЯДЫ НА ПРОБЛЕМУ СИФИЛИСА В

ПРАКТИКЕ СУДЕБНО-МЕДИЦИНСКОГО ЭКСПЕРТА

MODERN VIEWS ON THE PROBLEM OF SYPHILIS IN THE

PRACTICE OF FORENSIC MEDICAL EXPERT

***Анотація.** Наукова стаття присвячена аналізу сучасних даних про клінічні прояви та діагностику сифілісу. Авторка приділила увагу сьогоднішнім науковим даним про епідеміологічні особливості сифілісу, шляхам його передачі. Як наслідок високої заразності цієї інфекції (45% при контакті з хворим на будь-яку форму хвороби), масштабному поширенню та давній історії виникнення цієї венеричної хвороби, відбулося пристосування збудника (бліда трепонема) що до зміни умов її*

життєдіяльності у вигляді цист і L-форм. Зосереджено увагу на клінічній класифікації сифілісу. Автор звертає увагу на те, що сьогодні згідно рекомендаціям ВООЗ термін «вроджений сифіліс» змінено на «передача сифілісу від матері дитині», щоб поглибити розуміння всього спектру несприятливих наслідків: мертвонародження, випадки неонатальної смерті, народження дітей до фізіологічного строку пологів з низькою масою тіла, пологові травми). У статті зазначено про те, що в випадках, коли на першій стадії сифілісу не виявлений шанкр, то клінічні прояви захворювання нерідко можуть бути сприйняті як симптоми абсолютно сторонньої хвороби: грип із ускладненнями, алергічні негаразди, паразитарні хвороби або хворобу з групи так званих «дитячих інфекцій» - такі прояви не дають можливості запідозрити сифіліс. Також зосереджено увагу на третій стадії розвитку сифілісу, коли в організмі починають відбуватися необоротні морфологічні та фізіологічні зміни різних органів та систем. Авторкою розглянуті основні методи сучасної діагностики сифілісу (нетрепнемні та трепонемні серологічні дослідження). Висвітлена сучасна схема лікування різних форм сифілісу з урахуванням трепонемоцидного рівня концентрації у крові антибіотиків різних груп різних поколінь. Зауважено, що проведення судово-медичної експертизи в разі підозри на сифіліс відбувається з залученням дерматовенеролога та судово-медичного експерта, тобто проводиться комісійна експертиза. Тому теоретичні знання про особливості сифілісу на сучасному етапі дуже актуальні в практичній діяльності судово-медичного експерта.

Ключові слова: сифіліс, клінічні прояви, діагностика, принципи лікування, судово-медична експертиза.

Анотація. Научная статья посвящена анализу современных данных о клинических проявлениях и диагностике сифилиса. Автор уделила

внимание сегодняшним научным данным об эпидемиологических особенностях сифилиса, путях его передачи. Как следствие высокой заразности этой инфекции (45% при контакте с больным любой формы болезни), масштабами распространения и древней историей возникновения этой венерической болезни, произошло приспособление возбудителя (бледная трепонема) к изменению условий внешней среды и в виде существования цист и L- форм. Уделено внимание клинической классификации сифилиса. Автор обращает внимание на то, что сегодня согласно рекомендациям ВОЗ термин «врожденный сифилис» изменен на «передача сифилиса от матери ребенку», чтобы углубить понимание всего спектра неблагоприятных его последствий: мертворождение, случаи неонатальной смерти, рождение детей до физиологического срока родов с низкой массой тела, родовые травмы). В статье указано и то, что в случаях, когда на первой стадии сифилиса не выявлено шанкр, то клинические проявления заболевания нередко могут быть восприняты как симптомы другой болезни: грипп с осложнениями, аллергические проблемы, паразитарные болезни или болезни из группы «детских инфекций» и такие проявления не дают даже возможности заподозрить сифилис. Так же детально рассмотрены особенности третьей стадии развития сифилиса, когда в организме начинают происходить необратимые морфологические и физиологические изменения различных органов и систем. В статье отмечены основные методы современной диагностики сифилиса (нетрепнемные и трепонемные серологические исследования). Уделено внимание и современной схеме лечения различных форм сифилиса с учетом трепонемоцидной концентрации в крови антибиотиков различных групп разных поколений. Отмечено, что проведение судебно-медицинской экспертизы в случае подозрения на сифилис происходит с привлечением дерматовенеролога и судебно-медицинского эксперта, то есть - экспертиза комиссиянная. Поэтому

теоретические знания об особенностях сифилиса на современном этапе очень актуальны в практической деятельности судебно-медицинского эксперта.

Ключевые слова: *сифилис, клинические проявления, диагностика, принципы лечения, судебно-медицинская экспертиза.*

Summary. *The scientific article is devoted to the analysis of modern data on the clinical manifestations and diagnosis of syphilis. The author paid attention to today's scientific data on the epidemiological features of syphilis and its transmission. As a result of the high contagiousness of this infection (45% upon contact with a patient of any form of the disease), the prevalence and the ancient history of the occurrence of this sexually transmitted disease, the pathogen (pale treponema) adapted to changing environmental conditions in the form of cysts and L-forms. Attention has been paid to the clinical classification of syphilis. The author draws attention to the fact that today, according to WHO recommendations, the term "congenital syphilis" is changed to «transmission of syphilis from mother to child» in order to deepen understanding of the whole spectrum of its adverse effects: stillbirth, cases of neonatal death, childbirth before the physiological term of low birth weight body, birth injury). The article also indicates that in cases where chancre was not detected in the first stage of syphilis, the clinical manifestations of the disease can often be perceived as symptoms of another disease: influenza with complications, allergic problems, parasitic diseases or diseases from the group of «childhood infections» and such manifestations do not even give the opportunity to suspect syphilis. The features of the third stage of syphilis development are also examined in detail, when irreversible morphological and physiological changes in various organs and systems begin to occur in the body. The article notes the main methods of modern diagnosis of syphilis (treponemic and treponemal serological studies). Attention is also paid to the modern treatment regimen for various forms of*

syphilis, taking into account the treponemocidal concentration in the blood of antibiotics of various groups of different generations. It is noted that a forensic examination in case of suspected syphilis occurs with the involvement of a dermatovenerologist and a forensic expert, that is, a commission examination. Therefore, theoretical knowledge about the features of syphilis at the present stage is very relevant in the practical activities of a forensic expert.

Key words: *syphilis, clinical manifestations, diagnostics, principles of treatment, forensic examination.*

Постановка проблеми. Після распаду Радянського Союзу захворюваність на сифіліс в Україні почала різко зростати: у 2007-му його захворюваність в країні склала 13 910 випадків, а в 2013-му тільки серед дітей до 17 років рівень захворюваності становив 1,55 на 100 тис. Причому сьогоднішній сифіліс перебігає доволі часто у прихованій формі. Так, в порівнянні зі статистичними даними 1991 року, підйом захворюваності на ранній прихований сифіліс збільшився на дві третини (з 38% до 53%), пізнім сифілісом – в 2,5 рази, а не уточненими формами сифілісу – майже в 20 разів. Найбільша кількість хворих на сифіліс, як правило, діагностується в періоди економічних та соціальних негараздів В Україні найнижчі показники були зареєстровані у 1968 році (2,8 на 100 тис. населення) та протягом двох десятиліть характеризувалися стабільністю. Суттєві негативні зміни були зафіксовані в перші роки незалежності нашої держави Так, у 1997 році захворюваність на сифіліс відповідала значенню – 147,1 на 100 тис. населення. За даними офіційної державної статистичної звітності, епідеміологічна ситуація щодо рівня захворюваності на сифіліс в за останні роки в Україні характеризується в цілому поступовим зниженням (у 2014р. – 3674 випадки (8,6 на 100 000 населення) в 2015 р. – 3228 випадків (7,6 на 100 000 населення). І сьогодні на фоні зниження загальної захворюваності на сифіліс відзначається збільшення числа зареєстрованих випадків

нейросифілісу (пізня стадія розвитку хвороби з ураженням центральної нервової системи (ЦНС) з переважанням його пізніх форм [1]. Епідеміологічні дослідження показують, що поширеність сифілісу серед населення України є нерівномірною. Чітко виділяються так названі уразливі групи, що відіграють ведучу роль у динаміці епідемічного процесу (робітники комерційного сексу, чоловіки, що мають статеві відносини з чоловіками, споживачі ін'єкційних наркотиків). Сьогодні періодично виникають випадки судово-медичної експертизи (СМЕ) стану здоров'я або зараження венеричною хворобою, які доволі складні за рахунок різноманітних клінічних форм цієї хвороби та впровадженню нових методів лабораторного обстеження, тяжкості та довгої тривалості лікування, яке не завжди відповідає сучасним схемам з боку хворого та за різних причин не контролюється лікарями. Тому знання особливостей даної інфекційної хвороби, як біологічної травми, на сучасному етапі дуже необхідні фахівцям в області судової медицини при проведенні комісійних експертиз.

Аналіз останніх досліджень та публікацій. Вивченням цієї проблеми займалися такі вчені, як В.В. Короленко, М.О. Іванова, В.І. Степаненко, Ж.В. Корольова, Л.А. Болотна та ін. Вказані науковці досліджували наступні питання: сифіліс як етіологічний фактор розладу діяльності центральної нервової системи; визначення прихованих форм сифілісу в сучасній дерматовенерології; діагностика, лікування та профілактика сифілісу на сучасному етапі розвитку медицини тощо. Однак нові погляди, що змінюються та додаються з цієї проблеми на сучасному етапі диктують необхідність постійно підвищувати знання що до висування обґрунтованої підозри на сифіліс при проведенні СМЕ та надання об'єктивного висновку – це і зумовило вибір тематики цієї статті.

Мета статті – визначити та проаналізувати особливості клінічного перебігу, діагностики та проведення СМЕ в разі підозри на сифіліс.

Виклад основного матеріалу. Збудник сифілісу – *Treponema pallidum*, підвиду *pallidum* (син. *Spirochaeta pallidum*). Збудника «великої віспи» – відкрили в 1905 році венеролог Еріх Гоффман і протозоолог Фріц Шаудін. Епітет «бліда» відображає той факт, що вона не фарбується найбільш популярними в мікробіології барвниками і навіть спеціально підібрані методи фарбування надають їй дуже блідий колір. Бліда трепонема легко руйнується під впливом зовнішніх агентів: висихання, прогрівання при 55°C протягом 15 хв., впливу 50-56% розчину етилового спирту. У той же час низькі температури сприяють її виживанню. Мікроорганізм також може існувати у вигляді цист і L-форм. Циста є формою виживання блідої трепонеми в несприятливих умовах середовища, розглядається як стадія спокою та володіє антигенною активністю. L-форма є способом виживання блідої трепонеми та має слабку антигенну активність [1].

У суперечках про походження сучасного сифілісу вчені не прийшли до одного висновку. За однією з версій батьківщиною хвороби спочатку була Європа. На користь цієї теорії говорять описи типових сифілітичних уражень, що присутні в працях стародавніх лікарів (Гіппократ, Гален, Цельс, Авіценна), а згадка про сифіліс є і в Біблії. Відповідно до іншої теорії – країна походження цієї древньої інфекції є давня Ассирія. Адже в давньоєгипетському папірусі Еберса описується захворювання «ухеду», симптоми якої дуже схожі на сифіліс. До того ж в теплих і вологих районах Африки і Азії у збудника сифілісу залишилися його двійники – ниткоподібні спіральні бактерії роду трепонем, які викликають такі важкі хвороби, як фрамбезія та беджель (хронічні тропічні невенеричного походження інфекції, викликаними спірохетами, що розповсюджуються статевим шляхом та через контакти), а також пінту (ендемичний антропонозний трепонематоз, що характеризується хронічним ураженням шкіри, має легкий клінічний перебіг та уражає переважно

молодих людей). За зовнішніми проявами ці хвороби дуже схожі з такими при типовому сифілісі і це визиває складнощі в клінічній діагностиці, тому що дуже важко їх розрізнити (головним є лабораторне визначення збудника). Фрамбезія (тропічний сифіліс) одне з перших захворювань, яке ВООЗ та ЮНІСЕФ у 1950-х роках вирішили викорінити і ВООЗ знову відновила глобальні зусилля щодо викорінення у 2012 році. Наразі є 15 країн, які ендемічні з фрамбезії. У 2018 році ВООЗ було зареєстровано 80 472 випадків фрамбезії в країнах Азії та Африки. Прихильники третьої теорії вважають, що сифіліс був завезений до Європи з острова Гаїті учасниками експедиції Колумба. Але при цьому ще до славетного плавання від цієї хвороби важко страждали Франсуа Війон (великий поет французького Середньовіччя) і Римський Папа Олександр VI. Частина команди Колумба в складі армії французького короля Карла VIII брала участь в облозі Неаполя 1495 р. де і дала початок небаченої раніше епідемії за її масштабами. У 1496 році зараза (так перекладається застаріла назва сифілісу «люес»), захопивши Італію, поширилася на всій території Франції, Німеччини, Швейцарії, Австро-Угорщини, Великого Князівства Литовського. В цілому епідемія в Європі забрала більш ніж в 5 мільйонів людських життів. Терміном «сифіліс» людство зобов'язане поемі Джироламо Фракасторо – професору Падуанського університету, лікарю і талановитому поету, який з метою освіти городян створив віршований міф-легенду, що побачила світ в 1530-му. Героєм твору був свинопас Сіфіла, що розгнівав богів, вступаючи у статевий зв'язок із тваринами і в покарання захворів, а ця хвороба Сіфіла назавжди стала сифілісом [2].

Сьогодні згідно до міжнародної класифікації хвороб десятого перегляду захворювання прийнято ділити на первинний, вторинний, третинний і вроджений сифіліс (Сифіліс Код МКХ-10 (A51-A53.9) і всі ці стадії можуть бути ранніми та пізніми [3]. Різниця між останніми полягає в тому, що для ранніх характерна максимальна заразність і максимальні

прояви імунологічних реакцій. У пізніх формах захворювання клінічно вщухає та при маніфестації наступного разу проявляється в більш тяжкій формі. Крім того, в класифікації хвороби враховується найпомітніша зона ураження. У зв'язку з цим існує сифіліс статевих органів, шкіри та слизових оболонок, серцево-судинної і нервової системи (нейросифіліс), сифілітичні офтальмопатії, фарингіти, пневмонії, риніти, кератити, енцефаліти, аортити та церебральні артеріїти, сифілітичний паркінсонізм та сухотка спинного мозку, алопеція та ін.

Як правило, при типовому перебігу первинного сифілісу, складнощів в його діагностиці не виникає. Зазвичай видимі клінічні прояви розвиваються через 1-12 тижнів після контакту з інфекційним агентом.

Сифіліс надзвичайно заразний – їм легко можна заразитися, користуючись зубною щіткою або навіть посудом хворого та при будь-якому незахищеному статевому контакті із хворою людиною. Збудник сифілісу розмножується у всіх рідких субстанціях організму, в тому числі й в спермі у чоловіків. Ризик зараження під час незахищеного сексу з інфікованою сифілісом людиною становить не менше 45%. До того ж це не залежить від стадії розвитку сифілісу у хворого та від особливостей його перебігу, бо ця хвороба однаково заразна на будь-якому етапі. Шляхи зараження різноманітні: контактно-побутовий, статевий, професійний (лаборанти, медичні робітники), трансфузійний, трансплацентарний (вроджений сифіліс). За даними ВООЗ, на частку вродженого сифілісу в світі щорічно припадає близько 136 000 випадків мертвонародження. А ті з немовлят, що вижили, в подальшому житті страждають сифілітичною офтальмопатією, ураженнями нервової системи, шкіри та внутрішніх органів [4].

Термін «вроджений сифіліс» традиційно використовується для опису несприятливих наслідків зараження сифілісом під час вагітності. Однак відповідно до консенсусу, досягнутому експертами в результаті глобальних

консультацій, проведених в 2012 р, було запропоновано використовувати, за можливістю, замість терміна «вроджений сифіліс» термін «передача сифілісу від матері дитині», щоб поглибити розуміння всього спектру несприятливих наслідків, який вміщує не тільки мертвонародження, але і випадки неонатальної смерті (новонародженого), народження дітей до фізіологічного строку пологів з низькою масою тіла при народженні, а також і пологової травми [5].

У місці проникнення блідої спірохети утворюється твердий шанкр – переважно безболісна округла виразка на щільній основі. При виявленні цього високо заразного утворення для підтвердження діагнозу досить тільки мікроскопії його виділень, де у високій концентрації знаходяться збудники сифілісу. Крім того, збільшуються регіональні лімфатичні вузли, відповідальні за імунний захист ураженої області. При відсутності лікування всі ці симптоми через деякий час зникають самостійно – сифіліс клінічно «засинає», переходячи в пізню форму.

Симптоми другій стадії можуть виникати через 6-24 тижні після появи шанкра. До найбільш типових проявів цієї стадії слід віднести лихоманку та слабкість; головні та м'язові болі; сірі або рожеві мокнучі ділянки шкіри, що нагадують вологу екзему; висип, здатний поширюватися по шкірі всього тіла, включаючи поверхні долоні та ступні, але не супроводжується свербінням як при екземі.

Елементи сифілітичного висипу (сифіліди) можуть мати вигляд бляшок, папул, пустул – пухирців з гнійним вмістом, що нагадують прояви віспи. Крім того, сифілітична висипка захоплює не тільки шкіру, але і слизові оболонки. В останньому випадку найбільш частою скаргою стає біль у горлі при ковтанні, збільшення лімфовузлів (підщелепних та шийних), підвищена температура тіла – це все є прояви катаральної ангіни. До неї може приєднатися специфічне ураження голосових зв'язок – ларингіт, що проявляється гавкаючим кашлем та осиплістю голосу. У

деяких випадках може спостерігатися алопеція (гніздове випадіння волосся).

У хворого також може з'явитися висип або специфічні нариви на шиї (іноді їх називають «намисто Венери»), який самостійно безслідно зникає за два або три тижні. На цьому етапі хворий максимально заразний, але явних приводів звернутися до лікаря у нього немає - це сприяє поширенню сифілісу.

Якщо на першій стадії сифілісу не виявлений шанкр, то клінічні прояви захворювання нерідко можуть бути сприйняті як симптоми абсолютно сторонньої хвороби. Це може нагадувати грип з ускладненнями, алергічні негаразди, паразитарні хвороби або хворобу з групи так званих «дитячих інфекцій», а через 1-3 місяці симптоми зникають. Хвороба або вщухає до наступного рецидиву (зворотний сифіліс), або переходить в безсимптомну стадію, яка може тривати до декількох десятків років. Інфекція при цьому продовжує перебігати латентно, все більше вражаючи внутрішні органи та системи. Але якщо на перших двох стадіях адекватна антибіотикотерапія може призвести до повного одужання, то з настанням третьої стадії розвитку сифілісу в організмі починають відбуватися необоротні зміни. При цьому різноманітність порушень, які здатний викликати сифіліс приголомшують. Так, це може бути поява на шкірі нового виду сифілід – гум, великих м'яких пухлин, схильних до подальшого руйнування та загоєнням грубими рубцями. Захворювання може проявлятися запаленням мозкових оболонок – менінгітом, або запаленням речовини головного мозку – енцефалітом. Також може розвинутих спинна сухотка - ураження спинного мозку, що порушує здатність людини рухатися та супроводжується сильним оперізуючим все тіло болем, розвиток психічних розладів (неврози, психози). Доволі часто розвивається остеомієліт, який супроводжується руйнуванням кісток, особливо часто вражаються кістки носу, твердого піднебіння в області

передніх зубів. Історично – це одна з численних причин використання масок на обличчі то перук на головах у середніх віках під час свят та маскарадів [2].

Що стосується лікування цієї інфекції, то першим такої засіб боротьби з сифілісом запропонував Парацельс – він використовував солі ртуті та мазі на їх основі щоб обробляти виразки і висипку на шкірі. У середні століття саме ртутними засобами лікували шкірні хвороби, включаючи проказу і коросту. Хоча надмірне використання таких методом лікування приводили до того, що хворий вмирав не від наслідків перенесеного сифілісу, а від отруєння парами ртуті.

Крім того застосовувалися і хірургічні методи лікування сифілісу. Зокрема, хірурги видаляли виразки-шанкери. Але на той час, коли шанкр сформований, бліді трепонеми вже потрапляють до крові і тому хірургічне видалення проявів сифілісу на шкірі не приносить терапевтичного ефекту.

Новий етап в лікуванні хвороби почалася на початку ХІХ століття після появи препаратів йоду: йод менш токсичний ніж ртуть, кількість ускладнень при лікуванні зменшилася. Сучасні методики лікування теж передбачають хворим на вісцеральний та нейросифіліс у перервах між курсами і по закінченні третього курсу пеніцилін-вісмутового лікування призначення прийому йодистих препаратів.

Існує і сьогодні неординарний метод терапії – піротерапія (лікування високою температурою). Бліда трепонема може розмножуватися виключно при температурі 36,8-37,2 ° С і збільшення температури швидко призводить до її загибелі. Щоб підвищити температуру тіла до 39-40 ° С, хворого в минулі часи штучно заражали іншими інфекційними захворюваннями, що супроводжувалися лихоманкою (малярія). Для лікування хворих на нейросифіліс в наш час також застосовується піротерапія пірогенними препаратами бактеріального походження

(пірогенал, продигіозан). Але ефективна боротьба з сифілісом розпочалася лише після відкриття пеніциліну.

Зазвичай лікування призначається хворому на сифіліс після встановлення діагнозу. Діагноз ставиться на основі клінічних проявів, виявлення збудника захворювання і результатів серологічного обстеження - непрямі методи діагностики, рекомендовані для дослідження сироватки крові та спинномозкової рідини. Своєю чергою, вони представлені двома групами:

1. Нетрепонемні тести – визначають антитіла (АТ) до ліпоїдних антигенів (АГ) тканин людини; реактивність в цих тестах зазвичай вказує на ушкодження тканин і не завжди специфічна по відношенню до сифілісу. Нетрепонемні тести складаються: 1). РМП – реакція мікропреципітації з плазмою та інактивованою сироваткою. 2). РПР – експрес-тест на реакіни плазми, або RPR (Rapid Plasma Reagins) – тест швидких плазмових реакінів. 3). VDRL (Venereal Disease Research Laboratory test) – тест дослідницької лабораторії венеричних захворювань. 4). TRUST (Toluidin Red Unheated Serum Test) – тест з толуїдиновим червоним і непрогрітою сироваткою. 5). USR (Unheated Serum Reagins) – тест на реакіни з непрогрітою сироваткою.

2. Трепонемні тести – використовують специфічні АГ *Tr. Pallidum*, які обов'язкові для встановлення діагнозу сифілісу. Вони являються специфічними та чутливими, але більш складними в постановці та коштовні в використанні, окрім тестів першої групи [6].

Винятком є проведення терапії без результатів обстеження в разі: 1) превентивного лікування особам, що перебували в статевому або тісному побутовому контакті з хворим, заразним сифілісом, або в статевому контакті з хворими на ранній прихований сифіліс; 2) профілактичного лікування вагітних, що хворіють або хворіли сифілісом, та дітям без проявів сифілісу, але народжених матерями, що хворіють або хворіли сифілісом та отримали

повноцінне лікування; 3) пробного лікування, що проводиться з метою уточнення діагнозу, лише за умов підозри на пізні форми сифілісу нервової системи, внутрішніх органів, третинного активного сифілісу шкіри, слизових, кісток тощо, коли немає можливості підтвердити діагноз переконливими лабораторними даними, а клінічна картина не дозволяє виключити можливість сифілітичної інфекції. На сьогодні щодо первинного контролю використовують також експрес-метод аналізу крові, який отримав назву за автором «реакція Вассермана» (RW). Він заснований на виявленні антитіл до блідої трепонеми. Їх концентрація вже визначається на 6-8 тижні захворювання. При позитивному або сумнівному результаті цієї реакції обов'язково застосовують вище вказані методи діагностики.

Лікування повинно починатися якомога раніше, що зумовлює важливість своєчасної діагностики. У процесі лікування концентрація антибіотиків у крові повинна постійно підтримуватися на трепонемоцидному рівні (для пеніциліну не нижче ніж 0,03 ОД/мл), що забезпечується чітким дотриманням разових, добових, курсових доз, ритму введення препарату. Режим введення антибіотиків при сифілісі визначає виключно лікар. Як правило, введення пеніциліну відбувається кожні 3 години протягом 24 діб. Якщо пеніцилін виявляється малоефективним або у хворого є алергія на нього, то призначаються антибіотики з групи фторхінолонів (ципрофлоксацин, левофлоксацин), макролідів (ерітроміцин) або тетрациклінів (доксидиклін).

У випадку первинного сифілісу антибіотикотерапія триває кілька тижнів (іноді до 3 місяців). Лікування вторинного сифілісу може затягнутися на 1-2 роки й більше [7].

Лікування має бути комплексним. Окрім специфічних проти сифілітичних препаратів, що впливають безпосередньо на бліду

трепонему, необхідно, особливо на більш пізніх стадіях захворювання, широко вживати методи неспецифічної терапії, спрямованої на підвищення імунної відповіді організму хворих.

Хворі на сифіліс повинні бути обстежені також на ВІЧ та інші інфекції, що передаються статевим шляхом.

Викладачі, учителі, вихователі, медичні працівники, манікюрниці, косметички, масажисти, тренери (професії, що передбачають велику кількість контактів), донори; вагітні жінки; ті, хто госпіталізується та ін. мають обов'язково проходити профілактичні медичні огляди і в тому числі бути обстеженими на сифіліс [8].

Що стосується проведення СМЕ при підозрі на наявність у обстежуваного сифілісу, то експерт повинен направити його у встановленому порядку на обстеження у шкірно-венерологічний диспансер з метою отримання письмового висновку фахівця в області дерматовенерології (комісійна СМЕ) [9].

Висновки. Сьогодні сифіліс залишається серйозною соціальною проблемою в усьому світі внаслідок різних соціальних проблем, зниження загальної санітарної культури, високої міграції населення. І ця проблема вимагає відповідних знань судово-медичного експерта з приводу клінічних проявів та сучасної діагностики і лікування хвороби для того, щоб запідозрити прояви цього венеричного захворювання у обстежуваного та об'єктивно надати висновок в разі проведення комісійної СМЕ.

Література

3. Сифіліс Адаптована клінічна настанова, заснована на доказах. URL: http://mtd.dec.gov.ua/images/dodatki/KN/obg/AKN_syph.pdf (дата звернення 27.10.2019 р.).

4. Подарок Колумба. URL: <http://www.dsnews.ua/society/podarok-kolumba-kto-pridumal-sifilis-i-o-chem-molilsya-fransua-10122016120000> (дата звернення 27.10.2019 р.).
5. МКХ-10: Клас I. Деякі інфекційні та паразитарні хвороби (A). URL: [https://uk.wikipedia.org/wiki/МКХ-10:_Клас_I._Деякі_інфекційні_та_паразитарні_хвороби_\(A\)](https://uk.wikipedia.org/wiki/МКХ-10:_Клас_I._Деякі_інфекційні_та_паразитарні_хвороби_(A)) (дата звернення 27.10.2019 р.).
6. Деревянко Л. А., Марциновская В.А. Ликвидация передачи от матери ребенку вич-инфекции и сифилиса в Украине: прогресс и вызовы. ScienceRise. Medical science. 2017. № 12. С. 32-36.
7. Україна прогресує в боротьбі з передаванням ВІЛ та сифілісу від матері до дитини. URL: <https://phc.org.ua/en/node/160> (дата звернення 27.10.2019 р.).
8. Удосконалення лабораторної діагностики сифілісу в Україні (методичні рекомендації). URL: <https://derma.medknowhub.com/uploads/media/protocols/0001/02/af4423a8123a84a304c48a5f0c294db3096161d6.pdf> (дата звернення 27.10.2019 р.).
9. Інструкція по діагностиці і лікуванню гонореї та сифілісу: затв. наказом Міністерства охорони здоров'я України від 12.06.1996 №163. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/rada/show/v0163282-96> (дата звернення 27.10.2019 р.).
10. Щодо організації проведення обов'язкових профілактичних медичних оглядів працівників окремих професій, виробництв і організацій, діяльність яких пов'язана з обслуговуванням населення і може призвести до поширення інфекційних хвороб. Наказ Міністерства охорони здоров'я України від 23 липня 2002 року № 280. URL: https://hrliga.com/docs/Nakaz_280.htm (дата звернення 27.10.2019 р.).

11. Правила проведення судово-медичних експертиз (обстежень) з приводу статевих станів в бюро судово-медичної експертизи. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/z0253-95> (дата звернення 27.10.2019 р.).