

РАНЕН ЛАТЕНТЕН СИФИЛИС ПРИ БРЕМЕННА - СЛУЧАЙ ОТ ПРАКТИКАТА

Р. Гърдева^{1,2}, Ю. Маринова², Г. Чамова², Б. Парашкевова²

¹Медицински център „Дерма Гард“, Стара Загора,
rayna.gardeva@trakia-uni.bg

²Катедра Социална медицина, здравен мениджмънт и МБС, Медицински факултет,
Тракийски университет, Стара Загора, ул. „Армейска“ 11,
yuliyana.marinova@trakia-uni.bg; galya.chamova@trakia-uni.bg;
boryana.parashkevova@trakia-uni.bg

Резюме:

Въведение: Световната здравна организация през 2007 г. стартира инициатива за елиминиране на предаването на сифилис от майката на детето. По данни на СЗО средно при 1.5 милиона бременни жени ежегодно се проявява инфекция вследствие на сифилис, поради липса на своевременно лечение.

Цел: Посредством представяне на клиничен случай – ранен латентен сифилис при бременна жена, да очертаем актуални проблеми на мениджмънта на сифилиса при бременност.

Материал и методи: Използвана е медицинска документация на Медицински център „Дерма Гард“, Стара Загора при строго съблюдаване на принципите на изследователската етика за достъп до документация и конфиденциалност на информацията. Приложен е анализ на нормативни документи и научни публикации по обсъжданя проблем.

Резултати: Случай на 21-годишна пациентка с първа бременност – втори лунарен месец, насочена от акушер-гинеколог с установен положителен Rapid Plasma Reagun Test (RPR). Соматичен статус – без особености. От дерматологичния статус не се установяват отклонения. При огледа се установяват увеличени двустранно ингвинално лимфни възли с големина на лешник, подвижни, неболезнени. Лабораторни изследвания – хематологични и биохимични – са в референтни стойности. Серологични изследвания: положителен RPRT (Rapid Plasma Reagun Test) - положителен +/-; специфичен тест ТРНА (Treponema Pallidum Haemagglutination Assay) – положителен +/+; ELISA (Enzyme-linked immunosorbent assay) +/-положителен; Анти HIV1/2 антитела тест -/- отрицателен. Терапия: Цефтриаксон /Ceftriaxone/ 2.0 г по 2.0г i.m. дневно за 7/седем/дни. Неофоллик/Neopholic 0,4 мг-1m.дневно p.o. (3).

Заключение: Представяме възможностите и предизвикателствата за подобряване на мениджмънта на сифилиса при бременни жени и специално за ранен скрининг, своевременно лечение и диспансерно наблюдение в контекста на актуалната нормативна регулация в Република България за избягване на нежелани последици за бременността.

Ключови думи: сифилис при бременност, конгенитален сифилис, сексуално трансмисивни инфекции, сифилис, предаван от майка на дете.

EARLY LATENT SYPHILIS IN PREGNANCY - CASE STUDY

R.Gardeva^{1,2}, J. Marinova², G. Chamova², B. Parashkevova²

¹Medical Center “Derma Guard”, Stara Zagora, rayna.gardeva@trakia-uni.bg

²Department of Social Medicine, Health Management and Disaster Medicine, Medical Faculty, Thrakia University, Stara Zagora, 11 Armeyska Street, yuliyana.marinova@trakia-uni.bg; galya.chamova@trakia-uni.bg boryana.parashkevova@trakia-uni.bg

Abstract:

Introduction: In 2007, the WHO launched the global initiative to eliminate mother-to-child transmission of syphilis. According to the WHO data, an average of 1.5 million pregnant women develop syphilis each year due to lack of timely treatment.

Goal: By presenting a clinical case - early latent syphilis in a pregnant woman, to outline current problems of syphilis management in pregnancy.

Material and methods: Medical documentation of the Medical Center “Derma Guard”, Stara Zagora was investigated according with the principles of research ethics; analysis of normative documents and scientific publications was applied.

Results: A case of a 21-year-old woman with a first pregnancy – first trimester, referred by an obstetrician with a positive Rapid Plasma Reagin Test (RPR) was presented. Somatic status - without specifics; Dermatological status - no deviations. Examination revealed enlarged bilateral inguinal lymph nodes the size of a hazelnut, mobile, painless. Laboratory tests - hematological and biochemical - are in reference values. Serological tests for syphilis are the following: positive RPRT (Rapid Plasma Reagin Test); specific TPHA test (Treponema Pallidum Haemagglutination Assay) - positive /+++; ELISA positive /+ /; Anti HIV1 / 2 antibody test / - / negative. Therapy: Ceftriaxone 2.0 g: 2.0 g i.m.d. for 7 days; Neopholic 0.4 mg - 1t. daily p.o.

Conclusions: We present the opportunities and challenges for improving the management of syphilis during pregnancy and especially for early screening and timely treatment and dispensary monitoring in the context of current normative regulations in Bulgaria aiming to avoid adverse birth outcomes.

Keywords: syphilis in pregnancy, congenital syphilis, sexually transmitted infections spectrum, mother-to-child transmission of syphilis.

1. Въведение

Придобитият сифилис е заболяване с изразена обществено-здравна значимост, широко разпространено и предаващо се преди всичко по полов път. Сифилисът (Луес, болест на Хоффман) принадлежи към групата на т.нар. класически венерически заболявания с причинител бледата спирохета (*Treponema pallidum subspecies pallidum*).

За терапевтични процедури сифилисът е разделен на поредица от клинични етапи. Първичният сифилис, най-ранният стадий, се характеризира с наличие на лезии на мястото на навлизане на *Treponema pallidum* и последващо развитие на регионална лимфаденопатия. При вторичен сифилис, който се появява около 2 до 10 седмици след инфекцията, хематогенното разпространение на *Treponema pallidum* причинява няколко системни находки, включително треска, неразположение, генерализирана лимфаденопатия и мукокутални лезии (папулозни, макуларни, пръстеновидни или фоликуларни лезии). Признаците и симптомите на първичен и вторичен сифилис отзвучават спонтанно и пациентите след това навлизат в латентния стадий на инфекция [1-4].

След променлив период на латентност, третична или късна фаза на заболяването се развива при около една трета от нелекувани пациенти. Проявите могат да отнемат до 10 години, за да се появят и след това да се представят като доброкачествени третични (гуматозни лезии), сърдечно-съдов сифилис или невросифилис [5-9].

Придобитият сифилис се разделя на ранен и късен. Ранният сифилис включва първичен, вторичен и ранен латентен сифилис. Европейският център за контрол и превенция на заболяванията определя ранния сифилис като сифилис, придобит преди по-малко от година, а WHO го определя като такъв, придобит преди по-малко от две години [3,10,11].

За съжаление, проявите на ранен латентен сифилис при бременни жени не са редки. По данни на WHO ежегодно средно при 1,5 милиона бременни жени се проявява инфекция вследствие на сифилис, поради липса на своевременно и пълноценно лечение, като 50% от тези бременности завършват с неблагоприятен изход за плода. Оценка на световно ниво за 2016 г., в сравнение с 2012 г., сочат, че показателите, свързани с конгениталния сифилис бележат намаление, а при майките остават стабилни. Скорошни данни на СЗО посочват, че само 68% от жените в развиващите се страни получават предродилни грижи и от тях около половината не са от акушер-гинеколог до първия триместър [4,12]. Изследване в Русия установява, че ранната диагностика и подходящо лечение на заразени със сифилис майки е основата на профилактиката на вродения сифилис, но тя не може да се случи, когато, според данните от проучването, 60% от рисковите жени нямат достъп до ранна пренатална грижа [1].

2. Цел, задачи и методи

Целта на нашето проучване е посредством представяне на клиничен случай – ранен латентен сифилис при бременна жена, да очертаем актуални проблеми на мениджмънта на сифилиса при бременност.

Използвана е медицинска документация на Медицински център „Дерма Гард“, Стара Загора при строго съблюдаване на принципите на изследователската етика за достъп до документация и конфиденциалност на информацията. Приложен е анализ на нормативни документи и научни публикации по обсъждания проблем.

3. Резултати и обсъждане

В настоящата разработка ние описваме случай на ранен латентен сифилис при бременна жена не поради неговата казуистика, а защото, напротив, през последните години честотата на тези случаи нараства, и защото проявата на сифилис при бременност се явява не само проблем от медицински характер, но във връзка с вероятността за раждане на болно дете, притежава и голяма социална значимост [5,11,12].

Представяме клиничен случай на 21-годишна пациентка с първа бременност във втори лунарен месец. Тя е хоспитализирана за първи път в стационара на Центъра за кожно-венерически заболявания - Стара Загора през 2015 г., след насочване от акушер-гинеколог, с установен +/- RPR (Rapid Plasma Reagin Test - кардиолипоиден неспецифичен антигенен тест за сифилис).

Пациентката съобщава за рискови полови контакти без употреба на предпазни средства. Няма оплаквания преди и към момента на хоспитализацията. Соматичният статус е без особености. Пациентката е високорискова. Високорискови пациенти са бременни жени, чийто партньор/и са дали положителен тест за сифилис, мъже, които правят секс с мъже, пациенти с ХИВ и лица, чийто партньор(и) са дали положителен тест за сифилис.

Сифилисът не винаги се среща с всички класически симптоми. От дерматологичния статус не се установяват отклонения – лигавици и кожни придатъци са без изменения. При оглед и палпация се установяват лимфни възли, увеличени двустранно ингвинално, с големина на лешник, подвижни, неболезнени. Лабораторни изследвания – хематологични и биохимични – са в референтни стойности. Серологични изследвания за сифилис са следните: 1. Положителен RPRT (Rapid Plasma Reagin Test) - положителен +/-; 2. Специфичен тест ТРНА (Treponema Pallidum Haemagglutination Assay) – положителен +++; 3. ELISA (Enzyme-linked immunosorbent assay) +/- положителен; 4.

Анти HIV1/2 антитела тест /-/ отрицателен.
Терапията е следната: Цефтриаксон /Ceftriaxone/ 2.0 g - по 2.0 g. i.m. дневно. за 7 дни; Неофоллик/Neopholic 0,4 mg - 1т. дневно р.о. Пациентката е дехоспитализирана клинично здрава и насочена към Консултативен кабинет полово предавани болести (ККППБ) за диспансеризация и наблюдение.

Представеният случай е на здравноосигурена, бременна във втори лунарен месец пациентка, която своевременно е посетила специалиста акушер-гинеколог. Благодарение на добрата колаборация между самите специалисти акушер-гинеколог и дерматовенеролог е осъществена навременна диагностика и лечение.

Истинската честота на сифилиса при бременни е важно да бъде определена, при подобрени диагностични мерки и контролирани рискови фактори. Държавата, респективно Министерството на здравеопазването следва да преразгледа настоящите политики, свързани с майчините здравни грижи, както и някои стъпки за преодоляване на административни и социални бариери. Предполага се контролните мерки да се основават на задължителен антенатален скрининг през 1-ви триместър, подкрепен от лечение, уведомяване на партньор/и и адекватно проследяване.

В член 6, Наредба № 3, с която се определя реда и условията за провеждане на диагностика, профилактика и контрол на сифилис, гонорея и урогенитална хламидийна инфекция [13] са описани групите, които задължително се подлагат на скринингово изследване за сифилис: „1. новородени с кръв от пъпната връв, чиито майки нямат проведен тест на Васерман (серологичен тест); 2. жени в случаите на прекъсване на бременност.“ Серологичният контрол на сифилис за бременни е определен в програма Майчино здравеопазване на НЗОК като задължителен при ясна организация, финансиране и контрол от финансиращия орган – НЗОК [14].

При така съществуващата нормативна база в здравеопазването към момента [13, 14], ако пациентката не беше здравноосигурена, както е характерно за определени групи от обществото - безработни, проституиращи, криминално проявени, наркомани и др., тя не би получила адекватно лечение, съответно и бъдещото ѝ дете. Това би се осъществило едва след изявени клинични прояви на болестта, много късно, което би застрашило тяхното здраве и живот.

Още по-алармиращ става този факт и поради идентичните тревожни констатации, публикувани в годишния доклад на CDC (Център за превенция и контрол на болестите) в САЩ за 2018 г. [6]: увеличение на случаите с вроден сифилис поради бедност, лошо финансиране, социална дезадаптация и др. Доклад от 2020 г. сочи и увеличение на случаите със сифилис и вроден сифилис спрямо 2016 г., съответно с 52% (с 133.945 случая за сифилис) и с 235% (2.148 случая за вроден сифилис) [15].

4. Изводи

С гореописания клиничен случай бихме искали да акцентираме върху някои проблеми и въпроси на диагностиката, лечението и проследяването на пациенти със сифилис на фона на намаляването на Центровете за кожно-венерически заболявания: за 10-годишен период от 2010 г. до сега от 10 ЦКВЗ с 163 легла на територията на страната са останали 3 центъра с 30 легла [16, 18]:

- Какви са бариерите при установяване и проследяване на епидемиологичната верига;
- Къде, как и какви са възможностите да се извършва диспансеризация?;
- Доколко са верни статистическите данни за сифилис в страната и фактът, че е налице голям брой бременни със сифилис, сочи ли, че е занижен серологичния контрол на бременните жени?;

- Терапията в описания случай е с алтернативен препарат не поради доказана алергия към пеницилин, а поради факта, че от 2014 г. до 2018 г. в страната липсваше производство и внос на пеницилинови препарати;
- Снемането на анамнеза и епидемиологична анкета при всеки болен със СТИ /Сексуално- трансмисивни инфекции/, най-вече сифилис, трябва да се извършва професионално-съвместно, непосредствено след поставянето на диагнозата. Отлагането ѝ, дори с часове или дни, намалява възможността за по-пълна информация относно контактните лица и начините на заразяване. Анкетата следва да се води единствено от лекар, който да прояви особена настойчивост, но и такт и умение при снемането на анамнеза, за да получи възможните данни. При анкетата е необходимо да се проявява изключителна деликатност [17]. Това изкуство има и конкретни социално-етични измерения/норми;
- Неясен е въпросът за издирване на контактните – няма ясни нормативно заложен текстове, които да дават ясен регламент на такива дейности – кой ги осъществява, как се контролират и кой ги финансира;
- Своевременното откриване на заболяването предимно зависи от самия болен и от неговата здравна култура и отговорност пред семейство и общество.

5. Заключение

Според WHO всяка година се откриват около 250 милиона нови случаи на полово предавани болести (ППБ), вкл. сифилис. Асимптоматичната сифилистична инфекция се подкрепя преди всичко от позитивните серологични реакции. Важен е задължителния скрининг, тъй като бременните жени в ранната фаза носят риска да предадат заболяването на техния плод [18,19].

Поставянето на диагнозата латентен сифилис е може би най-трудната, най-ангажиращата и най-отговорна в практиката на лекаря задача от етична, морална и юридическа гледна точка. Поради този факт превенцията, лечението и диспансеризацията на ППБ в България следва да се „облече“ и гарантира от промяна в нормативната база и финансов ангажимент от страна на държавните и общински институции. Това се определя и от демографската ситуация към този момент, и от социално значимия характер на полово предаваните болести.

Бел. Този материал е разработен по НИП №12/2020, конкурс за финансиране на научни проекти към МФ, ТрУ – Стара Загора.

Библиография

1. Евсеева А.Л., Кошкин С.В., Рябова В.В., и др., Благоприятный исход беременности у больной вторичным сифилисом, Вестник дерматологии и венерологии, 2018, Т. 94. - №3. - С. 45-50. doi: 10.25208/0042-4609-2018-94-3-45-50.
2. WHO, Syphilis screening and treatment for pregnant women, 2017. <http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/259003/1/9789241550093-eng.pdf?ua=1>
3. WHO, Global health sector strategy on Sexually Transmitted Infections, 2016-2021.
4. Thuy Trinh, Alexis F Leal, Maeve B Mello, Melanie M Taylor, Roxanne Barrow, Teodora E Wi & Mary L Kam, Syphilis management in pregnancy: a review of guideline recommendations from countries around the world, Sexual and Reproductive Health Matters, 27:1, 2019: 69-82. DOI: 10.1080/26410397.2019.169189: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/31884900/>

5. Korenromp EL, Rowley J, Alonso M, Mello MB, Wijesooriya NS, Mahiané SG, et al., Global burden of maternal and congenital syphilis and associated adverse birth outcomes—Estimates for 2016 and progress since 2012, PLoS ONE, 2019, 14(2): e0211720. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0211720>
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;69:661–665. DOI: <http://dx.doi.org/10.15585/mmwr.mm6922a1>
7. WHO, Investment case for eliminating mother-to-child transmission of syphilis: promoting better maternal and child health and stronger health systems, 2012. http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/75480/1/9789241504348_eng.pdf
8. Petya D. Ploshtakova, Margarita K. Kacheva, Ivan A. Bogdanov, Zdravka V. Demerdzhieva, Nikolay K. Tsankov, SYPHILIS SECUNDARIA ET PSORIASIS VULGARIS, Дерматология и венерология, LIV, бр.2, 2016: 36-39.
9. WHO. Global guidance on criteria and processes for validation: elimination of mother to child transmission of HIV and syphilis. 2017. Available from: <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/259517/9789241513272-eng.pdf;jsessionid=18DF0496DBC72C60C0A2E04FBE6CF9FE?sequence=1>
10. European Centre for Disease Prevention and Control. Syphilis and congenital syphilis in Europe – A review of epidemiological trends (2007–2018) and options for response. Stockholm: ECDC; 2019.
11. Medical documentation of the Medical Center “Derma Guard” Stara Zagora.
12. WHO, Syphilis screening and treatment for pregnant women, 2017. <http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/259003/1/9789241550093-eng.pdf?ua=1>
13. Наредба №3 на министъра на здравеопазването от 7 юни 2016 г., с която се определя реда и условията за провеждане на диагностика, профилактика и контрол на сифилис, гонорея и урогенитална хламидийна инфекция, обн. ДВ. Бр.43 от 7 юни 2016 г. <https://www.mh.government.bg/bg/normativni-aktove/naredbi/>
14. Наредба № 9 от 10 декември 2019 г. за определяне на пакета от здравни дейности, гарантиран от бюджета на националната здравноосигурителна каса, обн. ДВ. Бр.98 от 13 Декември 2019г., бр. 38 от 2020, бр. 2 от 2021 г. <http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/259003/1/9789241550093-eng.pdf?ua=1>
15. Centre for Disease Control and Prevention, Sexually Transmitted Disease Surveillance, 2020; available at: <https://www.cdc.gov/std/statistics/2020/>
16. Здравеопазване, Кратък статистически справочник, 2021 МЗ, НЦОЗА, София, 2021, https://ncpha.government.bg/uploads/magazines/healthcare/Healthcare_21.pdf
17. Дурмишев Ас., Приложна венерология, София, 1999.
18. Закон за лечебните заведения: <https://ekspertis.bg/document/view/law/23818/56566>
19. Закон за здравното осигуряване: <https://lex.bg/laws/ldoc/2134412800>