**Серологические исследования при сифилисе** имеют большое значение.

Вопросы диагностики, профилактические мероприятия, проведения и оценки эффективности терапии и т.д. не могут решаться без помощи серологических исследований.

Практическая ценность серодиагностики велика, потому что положительные серологические реакции в большинстве случаев указывают на несомненный сифилис даже в отсутствии клинических явлений.

Особое значение методы серодиагностики имеют:

При проведении профилактических мероприятий: серологическом обследовании больных соматических стационаров, обследование доноров, беременных, лиц, поступающих на работу, работников детских учреждений, пищевой промышленности и т.д.

-При первичном периоде сифилиса.

-При скрытом сифилисе раннем и позднем, когда клинические явления отсутствуют.

-При заболевании внутренних органов и нервной системы.

-При снятии с учета больных сифилисом, закончивших лечение.

\_При контроле и оценке результатов терапии.

-При всех заболеваниях неясной этиологии и подозрительных на сифилис.

Для серодиагностики сифилиса используется следующий комплекс реакций:

I. Отборочные реакции (поисковые):

1.1. Микрореакция преципитации с кардиолипиновым антигеном с плазмой крови и инактивированной сывороткой. Качественный и количественный метод.

1.2. Реакция ВДРЛ-латекс-агглютинация.

1.3. Реакция преципитации - микрофлокуляции - РПР.

II. Диагностические реакции:

2.1. РСК - реакция связывания комплемента с трепонемным и кардиолипиновым антигенами (реакция Вассермана). Качественная и количественная методики постановки. Термостатная и на холоде (реакция

Колмера).

2.2. РНГА - реакция непрямой гемагглютинации. Качественный и количественный метод.

III. Специфические реакции:

3.1. Реакция иммунофлюоресценции - РИФ.

РИФабс - с абсорбцией; РИФ 200.

3.2. Реакция иммобилизации бледных трепонем- РИБТ.

Диагноз сифилиса должен основываться на сопоставлении и надлежащей оценке суммы клинических и лабораторных характеристик.

Данные серологического исследования крови больного в первичном периоде заболевания сифилисом не так важны для диагностики, но для установления длительности срока лечения и наблюдения они имеют исключительное значение.

В первые 15-17 дней после появления твердого шанкра комплекс серологических реакций обычно отрицательный. В дальнейшем он переходит в положительный, причем процент положительных результатов возрастает с увеличением срока, прошедшего с начала появления шанкра до момента повторного исследования крови. Первые пять- шесть недель заболевания реакции положительны в 0,25%, на 7-8 неделе - 75-80 %, на 9-10 неделе - в 100% случаев.

Диагноз первичного серонегативного сифилиса ставится на основании отрицательных стандартных серологических реакций без учета РИФ и реакций Колмера.

Если комплекс серореакций однократно дал слабоположительный результат, то диагностируется первичный серопозитивный сифилис.

Отрицательная реакция Вассермана при первичном сифилисе имеет лишь относительное значение. Однако слабоположительной и сомнительной реакции следует признавать лишь в том случае, если при повторном исследовании (через одну неделю) наблюдается некоторое усиление реакции. Если усиления нет и реакция стала отрицательной, то сифилитическую природу заболевания, по всей вероятности, можно исключить.

При вторичном свежем сифилисе классические серологические реакции положительны почти в 100% случаев.

Большое значение серологические исследования имеют тогда, когда обнаружение бледных трепонем затруднено или невозможно, например, при распозновании некоторых нетипичных высыпаний на коже и слизистых оболочках.

Повторно положительные серореакции до некоторой степени подтверждают сифилитическое происхождение этих высыпаний, а отрицательные, также повторно взятые, исключают сифилис.

Отрицательные результаты серореакций при свежем нелеченом вторичном сифилисе наблюдаются очень редко.

При вторичном рецидивном сифилисе КСР положителен в 98-100% случаев.

Исключение составляет злокачественный сифилис у истощенных лиц с моносимптомными проявлениями. При лечении таких больных реакции часто становятся положительными.

РИФ при вторичном свежем и вторичном рецидивном сифилисе положительна почти в 100%, а РИБТ - в 85-95% случаев.

При третичном активном сифилисе комплекс серореакций (КСР) положителен у 70-75% больных. РИФ и РИБТ положительны в 75-80% случаев. В этой стадии сифилиса с помощью серологических исследований проявления сифилиса дифференцировать от опухолей и некоторых проявлений туберкулеза (волчанка, скрофулодерма). Диагностическое значение серологических исследований крови при третичном сифилисе бесспорно, так как в это время бледная трепонема бактериоскопически обычно не обнаруживается. Учитывая, что в 25-30% случаев третичного сифилиса серологические реакции могут быть отрицательными, всех больных с неясной клинической картиной следует подвергать тщательному клинико-лабораторному и рентгенологическому обследованию (обследование невропатологом, окулистом с обращением на состояние глазного дна, рентгенография костной системы и аорты, исследования спиномозговой жидкости), необходимо искать следы ранее активных проявлений (плотные лимфоузлы, стойкие костные изменений, ленкодерма, рубцы, характерные для сифилиса и т.д.), а иногда назначать пробное лечение.

Наибольшее значение серологические исследования крови приобретают при скрытом сифилисе, так как какие-либо наружные проявления сифилиса в это время отсутствуют.

В последние годы во всех странах наблюдается рост заболеваемости скрытым сифилисом. Скрытый сифилис стал чаще выявляться не только в связи с ростом заболеваемости, но и потому что диагностика его стала более совершенной благодаря появлению новых, более чувствительных серологических реакций (РСК на холоде - р.Колмера, РНГА, РИФ, РИБТ). Скрытый сифилис представляет двойную опасность: во-первых, для окружающих, так как такой больной может служить источником заражения; во-вторых, для самих больных, у которых поздние сроки могут возникнуть тяжелые осложнения.

В скрытом периоде сифилиса серореакции бывают положительными в 40-96% случаев в зависимости от длительности заболевания, интенсивности предшествующей терапии и т.д. Диагностическое значение при этой форме сифилиса имеют только положительные результаты реакции, отрицательные же роли не играют. Слабоположительные результы реакций у больных без клинических проявлений и без сифилиса в анамнезе надо оценивать с осторожностью, так как такие реакции могут иметь неспецифический характер (малярия, туберкулез, лейкемичекие заболевания, опухоли в стадии распада, женлтуха, диабет, хр. эндокардит, подагра и т.д.). У больных ранним скрытым сифилисом стандартные серологические реакции обычно бывают резко положительными (4+) с обоими антигенами и титр их чаще высокий - 1:120,1:160, 1:240, 1:320.

У больных поздним скрытым сифилисом также серологические реакции резко положительные, но титр их более низкий - 1:5, 1:10, 1:20.

В процессе специфического лечения у больных ранним сифилисом наблюдается тенденция к более быстрой негативации стандартных серологических реакциий (после 1-2 курсов). У больных поздним скрытым сифилисом серологические реакции негативируются более медленно (после 3-5 курсов), а нередко остаются положительными, несмотря на полноценное противосифилитическое лечение, то есть сохраняется резистентность.

Если не представляется возможным провести исследование крови на РИФ и

РИБТ, то диагноз скрытого сифилиса может быть поставлен лишь после получения двукратного резкоположительного результата (4+) КСР с обязательным определением титра реагинов.

Таким образом, с целью своевременного выявления больных сифилисом рекомендуется пользоваться современными методами серологических исследований