

Tabelul 2

Frecvența și tipul deficiențelor constatate în asistența chirurgicală

Nr.	Deficiențe	Incidența		t	p
		abs.	P+ES%		
1.	Organizatorice	11	12,64+10,02	1,3	p > 0,05
2.	Diagnostiche	48	55,17+7,18	7,7	p < 0,001
3.	Tactice	49	56,32+7,09	7,9	p < 0,001
4.	Curative	60	68,97+5,97	11,5	p < 0,001
5.	Tehnice	17	19,54+9,62	2,0	p < 0,001
6.	Documentare	29	33,33+8,75	3,8	p < 0,001

În acest context, ținem să subliniem că principiile generale de acordare a asistenței medicale constau anume în stabilirea diagnosticului clinic, elaborarea tacticii curative și în aplicarea măsurilor de tratament. Tocmai din această cauză, considerăm drept alarmantă situația constatată, deoarece aceste neajunsuri afectează în mod evident însăși esența actului medical și înaintea o serie de întrebări referitoare la calitatea procesului diagnostic-curativ.

Totodată, indicii obținuți demonstrează că în fiecare caz de acordare a asistenței medicale defectuoase au fost comise mai multe genuri de încălcări. Acest fapt permite să presupunem că între diversele deficiențe există o corelare și o dependență. Prin urmare, unele deficiențe determină în mod direct și consecutiv apariția altora.

Merită de evidențiat că o condiție indispensabilă în tragerea personalului medical la răspundere este considerată atât de literatura științifică [8], cât și de legislația penală [1], existența legăturii de cauzalitate între încălcările admise în procesul acordării asistenței medicale și complicațiile apărute. În acest context, regretabil este numărul mare (37,93%) de observații în care a fost stabilită o legătură de cauzalitate între deficiențele admise și complicațiile apărute, în structura acesteia predominând cea directă (22,99%).

Bibliografie

1. Brânză S., Ulianoschi X., Stati V. și al. Drept penal. Ediția a II-a. Chișinău: Cartier, 2005, Vol. 2, 804 p.
2. Codul Penal al R.M (985). Monitorul Oficial al Republicii Moldova, 14.04.2009, nr.72-74.
3. Constituția Republicii Moldova. Monitorul Oficial al Republicii Moldova, 18.08.1994, nr. 1.
4. Legea ocrotirii sănătății (nr.411). Monitorul Oficial al Republicii Moldova. 22.06.1995, nr. 34.
5. Novac-Hreplenco T., Dodon I. Bazele legislației în sistemul sănătății publice. Chișinău: Bons Offices, 2006, 246 p.
6. Scripcaru Gh. Medicina legală expertală în România. Iași: Editura Cugeta, 2001, 294 p.
7. Богомолова И. Н., Богомолов Д. В. Судебно-медицинская оценка дефектов оказания медицинской помощи при операциях по поводу опухолей тела матки. Актуальные вопросы судебной медицины и экспертной практики на современном этапе. Москва, 2006, с. 282-285.
8. Вермель И. Г. Судебно-медицинская экспертиза лечебной деятельности (Вопросы теории и практики). Свердловск, изд-во Урал. ун-та, 1988, 112 с.
9. Диллис А. Д., Воропаев А. В., Проскурин В. Н. Анализ судебно-медицинских экспертиз по материалам уголовных и гражданских дел в связи с некачественным оказанием медицинской помощи в Иркутской области. Актуальные вопросы судебной медицины и экспертной практики на современном этапе. Москва, 2006, с. 293-2.
10. Ерофеев С. В., Новосёлов В. П. Неблагоприятный исход медицинской помощи: изучение проблемы в судебно-медицинской практике. Судебно-медицинская экспертиза. 2008, №. 1, с. 35-38.
11. Матышев А. А. Судебная медицина. Руководство для врачей. Санкт-Петербург: «Гиппократ», 1998, с. 505-515.

Andrei Pădure, dr., conferențiar

Catedra Medicina Legală
USMF „Nicolae Testemițanu”
Chișinău, str. Korolenko, 8
Tel.: 738284
E-mail: forestamd@yahoo.it

Recepționat 08.10.2009

Aspecte contemporane ale diagnosticului serologic în sifilis

O. Tabuica

Catedra Dermatovenerologie, USMF „Nicolae Testemițanu”

Modern Aspects of the Serological Diagnosis of Syphilis

The paper is devoted to the differential diagnosis of early latent syphilis and false positive results. Serological tests for syphilis continue to play a major role in the diagnosis and management of the disease and often are the only practical means of diagnosis. The problem acquires special importance in consideration of the high rate of syphilis morbidity in the Republic of Moldova, associated with an enhanced percentage of latent syphilis. Serological tests for syphilis are divided into 2 categories, nontreponemal and treponemal, according to the type of antigen used in the test. The antibodies detected by nontreponemal tests are not only produced as a consequence of treponemal infection but also in response to other conditions in which tissue damage occurs. These nonspecific reactions are usually referred to as biological false positives. Ideally, the confirmatory treponemal tests should have a high sensitivity and specificity in order to identify any false positive values. Recent studies suggest that Western blot (immunoblotting) is considered the most specific treponemal test and must be used as an alternative to other tests - TPHA (Treponema pallidum haemagglutination assay), EIA (Enzyme immunoassay), FTA-abs (Fluorescent treponemal antibody-absorbed test) - when these tests give equivocal or conflicting results.

Key words: syphilis serology, false positive results, immunoblotting.

Sovremennye aspekty serologicheskoy diagnostiki sifilisa

Статья посвящена вопросам дифференциальной диагностики раннего скрытого сифилиса и ложноположительных реакций на сифилис. Серологические реакции играют значительную роль в диагностике сифилиса и часто являются единственным практическим диагностическим критерием. Данный вопрос особенно актуален в период высокой заболеваемости сифилисом в Республике Молдова, сопровождающейся возрастанием удельного веса скрытого сифилиса. В зависимости от используемого антигена все серологические тесты для диагностики сифилиса делятся на две категории: трепонемные и нетрепонемные. Определяемые нетрепонемными тестами антитела образуются не только как следствие трепонемной инфекции, но и при различных повреждениях тканей организма (аутоиммунные заболевания, опухоли, вирусные и бактериальные инфекции). Эти неспецифические реакции относятся к биологическим ложноположительным реакциям на сифилис. Трепонемные, или специфические, тесты в идеале должны обладать максимальной чувствительностью и специфичностью для подтверждения положительных нетрепонемных тестов, используемых в скрининге, а также для исключения ложноположительных реакций. Современные исследования показывают, что реакция иммуноблотинга на данный момент является наиболее чувствительным и специфичным тестом при сифилисе, и используется в случаях, когда другие специфические тесты – реакция прямой гемагглютинации, иммуноферментный анализ дают неубедительный ответ или ложноположительный результат.

Ключевые слова: серология сифилиса, ложноположительные реакции, иммуноблотинг.

Morbiditatea prin sifilis în Republica Moldova rămâne înaltă (70-80 de cazuri la 100 000 de populație), în comparație cu țările Europei (0,5–1,5 cazuri) și cu SUA (2-3 cazuri), fiind o problemă actuală a dermatovenerologiei.

În ultimele decenii grație patomorfozei acestei infecții și utilizării masive a antibioticelor se remarcă o creștere a incidenței sifilisului latent [8, 9]. În Republica Moldova în structura nosologică a sifilisului se menține o pondere stabilă a acestei forme a maladiei (circa 55%-60%) – situație ce prezintă nu numai pericol epidemiologic, dar și consecințe grave de sifilis visceral, neurosifilis, sifilis congenital și serorezistent. Deoarece structura morbidității depinde de intensitatea procesului infecțios în populație, există premise că această tendință se va păstra și prevalența populațională a sifilisului latent va crește [8, 9]. În pofida succeselor diagnosticului de laborator, managementul pacienților cu sifilis latent rămâne dificil și controversat. În același timp în Republica Moldova sunt prezenți factori ce creează dificultăți în stabilirea diagnosticului de sifilis latent:

- simplificarea și accesibilitatea sporită a tratamentului ce a permis practicarea autotratamentului și tratarea sifilisului de nonspecialiști;
- utilizarea pe larg (frecvent nejustificată) a antibioticelor pentru alte maladii care modifică evoluția sifilisului și pot induce serorezistența;
- exodul masiv al populației însoțit de imposibilitatea examinării contactului sexual;
- absența monitorizării clinico-serologice după tratament, ceea ce creează dificultăți în interpretarea reacțiilor serologice la acești pacienți.

În acest context, stabilirea diagnosticului de sifilis latent numai în baza reacțiilor serologice, fără posibilitatea examinării contactului sexual, lipsa simptomelor clinice și a datelor anamnestice complete prezintă o problemă dificilă și juridic responsabilă, iar cerințele față de calitatea testelor de laborator devin foarte înalte. În pofida succeselor dezvoltării testelor de laborator, diagnosticul sifilisului latent recent (SLR) în virtutea patomorfozei acestei infecții rămâne dificil și necesită un diagnostic diferențial complex cu reacțiile serologice fals pozitive (RSFP) întâlnite frecvent în cadrul *screening*-ului la sifilis.

RSFP au un impact social important provocând tensiuni emoționale în familie și în societate, micșorând calitatea vieții. Astfel, se impune problema diferențierii diagnostice dintre SLR și RSFP. În aceste condiții diagnosticul serologic are o importanță greu de subestimat.

Testele serologice pentru diagnosticul sifilisului se împart în 2 grupe:

- netreponemice, care apreciază anticorpii nespecifici. Printre ele menționăm: reacția de microprecipitare (RMP), reacția Wasserman (RW), rapid *plasma reagins* (testul RPR), *Toluidin Red Unheated Serum Test* (testul TRUST), *Venereal Disease Research Laboratory* (testul VDRL). Aceste teste se efectuează rapid, sunt economic avantajoase fiind pe larg utilizate în *screening*-ul pacienților, și anume în baza lor se apreciază eficacitatea tratamentului, reinfecția și recurența maladiei;
- testele treponemice, sau specifice, utilizează antigenul de origine treponemică. Aceste teste se utilizează pentru confirmarea testelor netreponemice, depistarea reacțiilor fals pozitive, pentru stabilirea formelor latente și tardive de sifilis, precizarea retrospectivă a diagnosticului. Cele mai cunoscute teste sunt: FTA (*Flourescent treponemal antibody*), TPHA (*Treponema Pallidum haemagglutination assay*), TPI (*Treponema pallidum immobilisation test*), ELISA (*Enzyme lynked immunosorbent assay*), reacția Immunoblot, imunocromatografia.

În prezent diagnosticului serologic al sifilisului înaintea o serie de probleme esențiale:

- diagnosticul precoce al sifilisului (din motive epidemiologice);
- precizarea diagnosticului la pacienții tratați și aprecierea criteriilor de vindecare, serorezistență, reinfecție și recidiv;
- diagnosticul sifilisului la gravide și la nou-născuți;
- diagnosticul neurosifilisului;
- diagnosticul sifilisului la pacienții HIV-infecțați.

Una dintre cele mai complicate probleme în serologia sifilisului este verificarea și interpretarea reacțiilor serologice în diferite stadii ale maladiei, deoarece sensibilitatea testelor diagnostice variază în funcție de faza evolutivă a bolii. Testele netreponemice în sifilisul latent tardiv și în cel terțiar sunt fals

negative în 30%-33% din cazuri. În sifilisul secundar manifest 2% dintre pacienți generează fenomenul de prozonă (reacții fals negative cauzate de excesul anticorpilor în serul nediluat). Reacțiile serologice cu teste netreponemice pot fi fals negative la pacienții cu sifilis malign, imunodeficiențe primitive sau secundare (SIDA etc.). Aceste deficiențe lipsesc la determinarea anticorpilor de clasele IgM și IgG (testele ELISA și reacția Imunoblot) [4, 5, 7, 11]. De exemplu, în cadrul activității practice sunt prezente situații când testele treponemice sunt pozitive, cele netreponemice sunt negative, iar contactul sexual fiind sănătos. Aceste situații pot fi apreciate ca stare după tratament, sifilis latent tardiv, autovindecare sau chiar ca o infecție nerealizată.

Publicațiile de specialitate arată că, în cazurile dificile, conflictuale, echivoce, este nevoie de o atitudine diferențială complexă în diagnosticul sifilisului. Reieșind din particularitățile clinice ale evoluției sifilisului, ale modificărilor imunologice complexe în organismul infectat, rămâne actual diagnosticul complex prin utilizarea diverselor metode.

Problemele existente sunt legate atât de posibilitățile limitate ale testelor serologice la sifilis, inclusiv ale celor specifice, cât și de cunoștințele insuficiente despre mecanismele formării seropozitivității nespecifice și celei specifice. Este puțin studiată informativitatea criteriilor anamnestico-clinice de diferențiere dintre SRL și RSFP, precum și eficacitatea diagnostic-diferențială a reacțiilor serologice standarde și a metodelor performante de diagnostic, inclusiv prin determinarea imunoglobulinelor treponemspecifice, a anticorpilor față de proteinele recombinante și analogii lor sintetici ai *Tr. pallidum*.

În stabilirea diagnosticului de SLR frecvent apar probleme în interpretarea corectă a reacțiilor serologice pozitive. Aceasta este legat, în primul rând, de RSFP care frecvent se întâlnesc în cadrul *screening*-ului cu teste netreponemice și pot fi determinate atât de erori tehnice în efectuarea reacției, precum și de alte cauze.

Reacțiile fals pozitive la sifilis reprezintă testele pozitive la sifilis la pacienții ce nu sunt bolnavi de această maladie și trebuie să fie diferențiate de serorezistență și de seropozitivitate după tratamentul sifilisului. În majoritatea cazurilor acestea se întâlnesc în cadrul efectuării testelor netreponemice la sifilis (RMP, RPR, VDRL, TRUST) și au o incidență de 2-5% [11, 15], după datele altor autori – 5-15% [1, 3, 4]. Apariția RSFP netreponemice este explicată prin faptul că, la efectuarea testelor netreponemice, se apreciază anticorpii către cardiolipină (componenta de bază a lipidelor mitocondriilor, mai ales a mușchiului cardiac), care apare în organism la distrugerea țesuturilor. În așa mod testele netreponemice determină anticorpii reaginici sintetizați nu numai împotriva *Tr. pallidum*, dar și către fosfolipidele tisulare [1, 2, 15].

Au fost stabilite peste 200 de antigeni asemănători după structură cu antigenul lipidic al *Tr. pallidum* [1, 3].

În cadrul testelor treponemice specifice RSFP se întâlnesc mult mai rar ($\approx 1,5-2\%$), mai frecvent înregistrându-se în testul FTAabs (1-2% din populația generală).

În 1952, Mohn I. și Moore C. au divizat RSFP în două categorii: acute (cu durată mai puțin de 6 luni) și cronice (cu

o durată mai mult de 6 luni), ceea ce are o importanță clinică semnificativă.

RSFP acute se negativează spontan după lichidarea cauzei ce le-a provocat-o. Aceste reacții se întâlnesc în maladiile infecțioase bacteriene și virale, după hemotransfuzii, vaccinare, în insuficiența proteică, pneumonii, miocardite, nefrite, mononucleoză, bruceloză, malarie. Se estimează că RSFP acute se înregistrează la circa 1-2% din populație [1, 3, 5, 6].

RSFP cronice sunt mai dificile pentru diagnostic și mai frecvent se întâlnesc în: maladiile cardiovasculare, hepatice și ale căilor biliare, maladiile sistemului hematopoietic, neoplasme, maladiile autoimune (LES, sclerodermie, dermatomiozită, artrită reumatoidă), unele infecții cronice (Boala Lyme, TBC, lepră), sindromul antifosfolipidic. RSFP sunt deseori prezente la oameni aparent sănătoși și pot fi prevestitori ai unor maladii severe; la persoanele de peste 80 de ani se depistează în 10% din cazuri [4, 5, 11, 15]. După cum s-a mai menționat, testele netreponemice nu sunt specifice în 10-15%, dar în același timp sunt foarte sensibile, predominant în faza inițială a infecției, oferind avantaje grație sinecostului mic, simplității și rapidității efectuării. În pofida faptului că sunt reacții nespecifice, valoarea lor diagnostică este incontestabilă. Datorită lor este posibilă monitorizarea eficacității tratamentului, activitatea procesului și se aplică și în cazurile de reinfecție și de recidivă. Prezența lor în titre și pozitivitate înaltă reflectă persistența infecției în organism [1, 4, 5, 15].

În ultimi ani serodiagnosticul sifilisului a evoluat prin implementarea unei noi direcții, numite IgM-serologia, care are o importanță practică din mai multe considerente. Detectarea anticorpilor de clasa IgM are loc nu numai în infecția primară, ci și în cadrul recidivelor, al reinfecției sau în eșecul tratamentului fiind o dovadă evidentă a persistenței infecției în organism. Deosebit de prețioase sunt testele pentru aprecierea anticorpilor de clasa IgM în sifilisul congenital. Depistarea precoce a sifilisului congenital este posibilă după naștere numai prin depistarea IgM care, spre deosebire de IgG, nu se transmite de la mamă la copil și prezența lor în sângele copilului este o dovadă de prezență a *Tr. pallidum* în organismul nou-născutului [2, 3, 6, 15]. Testul ideal pentru sifilis ar trebui să corespundă unei specificități și sensibilități maxime, să fie convenabil pentru monitorizarea după tratament și să ofere rezultate negative după tratamentul adecvat indicat și, de asemenea, să denote criterii certe de reinfecție. Astfel de teste ideale de referință nu există la moment, și toate metodele serologice de diagnosticare a sifilisului, inclusiv și cele specifice, pot genera RSFP. Pentru excluderea testelor fals pozitive se utilizează testele de confirmare. În acest scop testele de confirmare trebuie să corespundă următoarelor cerințe:

- să posede o specificitate maximă;
- să posede o sensibilitate maximă;
- să se bazeze pe un alt principiu de reacții;
- antigenul să posede o imunogenitate înaltă și cantitatea anticorpilor formați să fie detectabilă;
- anticorpii către acești antigeni să fie apreciable pentru toată perioada maladiei;
- antigenii să fie specifici doar pentru agentul etiologic dat și să nu genereze reacții încrucișate și fals pozitive.

După cum s-a menționat, toate reacțiile specifice de confirmare (reacțiile arbitru) menite să diferențieze pozitivitatea nespecifică a testelor serologice netreponemice pot fi și ele fals pozitive. De menționat că cercetătorii contemporani permanent sunt în căutarea unor căi de eliminare a testelor nespecifice serologice ce sunt legate de perfecționarea testelor de diagnosticare.

În ultimul deceniu al sec. XX s-au obținut succese remarcabile în descoperirea structurii antigenice a *Tr. pallidum*.

Pe baza datelor ultrastructurale, biochimice, moleculare, s-a constatat că în comparație cu bacteriile tipice, învelișul extern al *Tr. pallidum* conține de 100 ori mai puține proteine în raport cu membrana internă, ceea ce determină evoluția cronică a acestei infecții [13, 14].

În 1998, Luchart A., utilizând tehnologia Western-blot prin gel-electroforeză cu poli-acrilamidă, a determinat principalele 35 de polipeptide antigenice ale *Tr. pallidum* cu masa moleculară de 14-100 kDa. A fost stabilit că antigenele imunodominante sunt situate în stratul intern (periplasmatic) al membranei citoplasmice, ceea ce oferă posibilitatea *Tr. pallidum* de a „se ascunde” de răspunsul imun.

Experimental au fost apreciate imunodeterminantele majore proteice cu masa moleculară 15, 17, 37, 44,5, 47 kDa [3, 13, 14].

În 1998, savanții din SUA descifrează genomul complet al *Tr. pallidum*. Cunoștințele despre structura antigenică a *Tr. pallidum* au permis obținerea antigenilor recombinanți, prin metodele ingineriei genice, și a antigenilor peptidici, prin sinteza biochimică de o imunogenitate maximă (15, 17, 45, 47 kDa), care reprezintă antigeni lipoproteici patogenspecifici. Antigenul cu masa moleculară de 47 kDa este prezent în toate stadiile de sifilis netratat și, conform unor studii recente, dispariția lui după tratament este un marker suplimentar al activității procesului infecțios, mai ales al IgM [10].

La acest capitol, o direcție de perspectivă în diagnosticul modern al sifilisului este utilizarea testelor ce folosesc analogii sintetici recombinanți ai *Tr. pallidum*, creați prin ingineria genică. Aici se presupune că utilizarea antigenului de o înaltă purificare și specificitate va contribui la plasarea diagnosticului serologic al sifilisului la o treaptă calitativ nouă și va permite eliminarea RSFP.

În literatură este destul de modestă informația referitoare la datele formării anticorpilor către antigenii recombinanți în SLR și, mai puțin, în RSFP. Sunt prezente date despre un nivel mai jos de formare a anticorpilor în SLR, publicațiile de bază sunt referite la sifilisul manifest. În funcție de tipul antigenilor utilizați în diagnosticul de laborator, toate testele pentru determinarea anticorpilor se clasează în:

- teste cu antigen nativ (lizat) sau prelucrat cu ultrasunet și format din cultura obținută;
- teste cu antigeni recombinanți, în care se utilizează proteinele obținute prin ingineria genică – analogi ai unor antigeni proteici ai agentului cauzal;
- teste cu antigeni peptidici, care includ fragmente de proteine sintetizate chimic.

Tehnologia sintezei proteinelor recombinante permite obținerea în stare relativ purificată a analogului oricărei pro-

teine. Pentru obținerea unui test diagnostic de o calitate foarte înaltă pe baza antigenului recombinant, este necesar, din toată gama antigenică a agentului cauzal, să fie aleși antigenii ce ar corespunde următoarelor cerințe:

- antigenul trebuie să fie cu o imunogenitate înaltă, adică în organismul bolnavului să fie formați anticorpi în cantitate mare, ceea ce vor face posibilă detectarea lor;
- anticorpii către acești antigeni trebuie să fie prezenți în cantități apreciabile pe toată perioada maladiei;
- acești antigeni trebuie să fie de o înaltă specificitate, adică să fie caracteristici doar pentru acest agent etiologic, și să nu genereze reacții încrucișate cu anticorpii de altă natură.

În afară de aceste criterii, o importanță majoră o are calitatea purificării antigenilor recombinanți. În cazul ideal (la respectarea cerințelor sus-menționate) este posibilă obținerea unor teste diagnostice recombinante cu o specificitate de practic 100% și cu o sensibilitate maximă. În practică acest lucru nu este întotdeauna posibil, dar specificitatea testelor diagnostice recombinante înalt calitative se apropie de 100%. Acestor criterii și cerințe, în mare măsură le corespunde reacția Imunoblot (*Western Blot*) – o metodă de diagnosticare lansată cu 15 ani în urmă, care are, la moment, o sensibilitate și o specificitate unică [1, 2, 4, 6, 7, 11].

Reacția Imunoblot este variantă a testului imunoenzimatic care utilizează 4 determinante antigenice majore ale *Tr. pallidum*. Proteinele treponemei sunt separate prin gel electroforeză în conformitate cu masa lor moleculară (15, 17, 44,5 și 47 kDa). Respectiv, se obțin 4 antigeni separați. Ulterior aceste proteine sunt transferate pe membrane microporoase cu nitroceluloză. Apoi membrana se incubează cu serul specific al pacientului, după care, prin spălare, se eliberează de anticorpii neconjugați și se aplică ser uman antiglobulină marcat cu ferment. Pe membrana cu nitroceluloză se formează complexul antigen – anticorp al bolnavului și anticorpi împotriva imunoglobulinelor umane care, prin adăugarea unui substrat cromogen, își schimbă culoarea. Astfel se identifică IgM și IgG. Conform datelor din literatura de specialitate, reacția imunoblot este un test cu o specificitate și o sensibilitate foarte înaltă, rezervată pentru situațiile când testele treponemice (TPHA, ELISA, FTAabs) nu pot determina corect statutul infecției și se suspectează a fi fals pozitive [1, 2, 5, 6, 7].

Caracteristicile testului sunt:

- în cadrul testului imunoblot este posibilă utilizarea antigenului nativ, recombinant și sintetic;
- metodologia efectuării reacției este similară Western blotului în diagnosticul infecției HIV;
- apreciază antigenul în cantitate de 1 ng;
- sensibilitatea testului este de 100%;
- specificitatea reacției (antigeni recombinanți) – 99,3–99,5%;
- valoarea predictivă pozitivă – 94%;
- posedă o reproductibilitate excelentă (rezultate stabile în diferite laboratoare);
- este considerat ca test de referință pentru stabilirea diagnosticului de sifilis la pacienții cu maladii concomitente

- (LES, sclerodermie, boli autoimune, sindrom antifosfolipidic);
- actualmente în cadrul reacției imunoblot nu au fost raportate reacții nespecifice în maladii autoimune, colagenoze, sarcină, boala Lyme și în cadrul reacțiilor biologice fals pozitive;
 - IgM, în sifilisul congenital, are o specificitate de 90% și o sensibilitate de 84% în raport cu FTAabs 19S IgM care posedă 85% și 73%, respectiv;
 - este recomandat de Ghidul European al Infecțiilor cu Transmitere Sexuală (2008) ca un test de confirmare în situațiile echivoce și discutabile;
 - la pacienții HIV-infecțiați cu sifilis este cu 15-20% mai sensibil comparativ cu TPHA (posibilitatea apariției reacțiilor fals negative) [1, 2, 3, 5, 6, 7, 11, 12].

Datele relatate indică importanța interpretării adecvate în fiecare caz concret a reacțiilor serologice pozitive la sifilis și necesitatea abordării complexe și diferențiate de examinare clinico-serologică la această categorie de pacienți.

Bibliografie

1. Ratnam S. The laboratory diagnosis of syphilis. *Canad. J. Infect. Dis. Med. Microb.*, 2005, Jan (16): 45-51.
2. Sambri V., Marangoni A., Ceverini R. Western immunoblotting with five Tr.pallidum recombinant antigens for serologic diagnosis of sifilis. *Clin. Diagn. Lab. Immunol.*, 2001, 8 (3): 534-539.
3. Lukehart Sh., LaFond R. Biological basis for sifilis. *Clin. Microbiol. Rev.*, 2006, 19(1): 24-29.
4. Barrett L., Lukehart Sh., Schmidt B. Serodiagnosis of sifilis. *J. Clin. Microbiol.*, 2003, 41 (8): 3668-3674.
5. Nesteroff S., Backhouse J. Treponema pallidum Western blott. *Diagn. Microbiol. Inf. Dis.*, 2001, 39 (1): 9-14.
6. Ebel A., Vanneste L., Cardinales M. Validation of INNO-LIA Syphilis Kit as a confirmatory assay for Trep. Pallidum. *J. Clin. Microbiol.*, 2000, 9(2): 215-219.
7. Hagedorn., Bosschere K. Evaluation of INNO-UA syphilis assay as a confirmatory test of syphilis. *J. Clin. Microbiol.*, 2002, 40(3): 973-978.
8. Дмитриев А., Аковбеан В. Инфекции передаваемые половым путем, 2001, 35-37.
9. Ловенецкий А. Клиническая дерматология и венерология. 2002, №. 39-43.
10. Lee K., Choi H. 47 Kda regulates the expression molecules and binding of T- limfocytes to cultured human dermal microvascular endothelial cells. *Yonsei Med. Journal*, 2001, 41: 23-634.
11. Young H. Novel recombinant enzyme immunoassay for serological diagnosis of syphilis. *J. Clin. Microb.*, 36: 913-917.
12. Чернова Т., Гордеева Г. Линейный иммуноблот – новый диагностический тест для серодиагностики сифилиса. *Клин. дерматол. и венерол.* 2005, 21-24.
13. Weinstock G., Hardham J. The genome of Treponema pallidum new light on the agent of syphilis. *FEMS Microbiol. Rev.*, 1998, 22(4): 323-325.
14. Blanco D., Miller J. Surface antigens of the syphilis Spirochetes and their potential as virulence determinants. *Emerg. Infect. Dis.*, 1997, 3: 11-13.
15. Larsen S., Steiner B. Laboratory diagnosis and interpretation of tests for syphilis. *Clin. Microb. Rev.*, 1995, 8(1): 1-21.
16. French P., Gomberg M., Janier M., Young H. European Guidelines and the management of syphilis, 2008.

Oleg Tabuica, doctorand

Catedra Dermatovenerologie, USMF „Nicolae Testemițanu”

Chișinău, str. Costiujeni, 6

Tel.: 794121

E-mail: tabuica_oleg@yahoo.com

Recepționat 08.10.2009

