

# ДИАГНОСТИЧЕСКИЕ ОШИБКИ В ТАКТИКЕ ВЕДЕНИЯ БОЛЬНЫХ НЕЙРОСИФИЛИСОМ

**А.И. Литус, И.В. Куценко**

*Ужгородский национальный университет*

*Донецкий городской клинический кожно-венерологический диспансер №1*

**Резюме.** В статье проанализированы случаи нейросифилиса и имеющиеся ошибки при диагностике заболевания. Показана необходимость настороженности врачей всех специальностей к поражению нервной системы при сифилисе. Своевременная диагностика и адекватное лечение нейросифилиса позволяют предотвратить развитие необратимых процессов в нервной системе и добиться значительного эффекта даже в тяжелых случаях.

**Ключевые слова:** *нейросифилис, диагностические ошибки*

## **ВВЕДЕНИЕ**

Эпидемиологическая ситуация заболеваемости сифилисом в Украине за последнее десятилетие улучшилась. Однако, резкое увеличение скрытых форм заболевания, которые выявляются при случайных серологических обследованиях в общесоматических стационарах и поликлинической сети приводит к несвоевременной и поздней диагностике сифилиса, и как следствие, вовлечение в патологический процесс нервной системы и висцеральных органов. Это подтверждается рядом публикаций, свидетельствующих об увеличении случаев нейросифилиса (НС) в настоящее время [1, 2, 3, 4, 6, 7, 9].

С открытием пенициллина проблема сифилиса и НС в частности существенно изменилась. Успешное лечение ранних его форм сделало НС редким заболеванием и складывалось впечатление, что данная проблема исчерпана. В связи с чем настороженность как дерматовенерологов, так и других специалистов о возможном поражении нервной

системы у больных сифилисом снизилась, что, безусловно, привело к ряду диагностических ошибок. А ведь именно ранняя диагностика и своевременное назначение адекватной специфической терапии способствует выздоровлению и восстановлению качества жизни больных НС [5, 7].

**Целью** данного исследования явилось изучение историй болезни пациентов с НС и анализ допущенных диагностических ошибок.

Приводим наблюдения, которые демонстрируют многообразие клинических симптомов НС, сложности и ошибки возникающие при его диагностике.

Пример первый из истории болезни пациентки Г., 55 лет, которая была доставлена в психоневрологический диспансер бригадой скорой медицинской помощи в связи с остро возникшими психическими расстройствами. Жалобы при поступлении со слов сестры: 3 дня назад появились быстрые смены настроения, стала раздражительной, временами грубой и агрессивной. Не спала, не разговаривала,

испытывала страхи, кого-то искала под кроватью, пыталась уйти из дома, «слышала» голоса, которые ее зовут, заставляют что-то делать.

Из анамнеза: Рождение и раннее развитие без особенностей. Наследственность неотягощена. Работала в аптеке провизором в течение 13 лет. В настоящее время на пенсии по возрасту. Замужем, имеет одного ребенка, муж находится в заключении в течение 2-х лет, в настоящее время проживает одна. Эпизодически употребляет алкоголь. Ранее у психиатров не лечилась. С 30-летнего возраста отмечалось повышение АД до 170/100 мм рт.ст., наблюдалась терапевтом.

За два месяца до поступления в психиатрическое отделение больная находилась на лечении в неврологическом отделении городской больницы по поводу инфаркта мозга в левой лобной области с легкими правосторонним гемипарезом, интеллектуально-мнестическими нарушениями. За время лечения (винпоцетин, пирацетам, аскорбиновая кислота, витамины В6, В1, актовегин, пентоксифиллин, аспекард, циннаризин, ампициллин) состояние больной практически не улучшилось. Отмечены речевые нарушения, отсутствие критики к своему состоянию. На вопросы отвечала односложно, жалобы не детализировала, функции тазовых органов не контролировала.

При проведении тестов на сифилис реакция Вассермана выявлена положительной (4+). Больная выписана из отделения с рекомендациями о дальнейшем лечении в кожно-венерологическом диспансере, куда она не обратилась, в связи с двигательными нарушениями и тяжелым соматическим состоянием.

Через два месяца, когда психическое состояние пациентки резко ухудшилось она была доставлена бригадой СМП на лечение в психоневрологический диспансер с предварительным диагнозом: Делирий на фоне сосудистой деменции.

При поступлении состояние средней тяжести. Сознание не нарушено. Грубо снижена память. Доступна формальному контакту, дезориентирована в месте, времени, на во-

просы отвечает односложно, не по существу, мышление вязкое, вялая, адинамична. Инструкции выполняет избирательно, мимика, эмоции бедные, постоянно переговаривается с мнимыми собеседниками. Напряжена, подозрительна. Интеллект снижен.

Соматическое состояние: Кожные покровы и видимые слизистые свободны от высыпаний. Удовлетворительного питания. Деятельность сердца ритмичная, тоны чистые. АД 140/90 мм.рт.ст. В легких везикулярное дыхание. Живот мягкий, безболезненный. Физиологические отправления в норме.

Неврологический статус. Глазные щели и зрачки Д=С, фотореакции живые, слабость конвергенции с 2-х сторон. Глотание и фонация не нарушены, язык по средней линии. Сухожильные рефлексы с рук живые, Д=С. Четких расстройств мышечно-суставной чувствительности не проявляет. Симптом Аргайла-Робертсона отрицательный. Асимметрия носогубных складок, язык девилирует вправо, симптом хоботка (+), речь слегка дезартична Парезов и менингеальных знаков нет. В позе Ромберга устойчива. Пальценосовую пробу выполняет с промахиванием вправо.

При осмотре неврологом рекомендована диагностическая спинномозговая пункция для исключения нейросифилиса.

Обследование:

Общеклинические анализы без патологии. Кровь на РВ пол 4+.

Анализ спинномозговой жидкости: количество – 3 мл, цвет – серый, прозрачный, белок-0,87 г/л, лейкоциты – 8 в мм<sup>3</sup>, преобладают лимфоциты.

КСР ликвора в 3-х разведениях: РВ с трепетным антигеном – пол. 4+, с кардиолипидным антигеном – пол. 4+, м/метод пол. 4+, Т. 1:4.

На основании данных клинической картины и выявленных изменений в ликворе был выставлен диагноз: Д/З: Ранний менинговаскулярный сифилис.

Проведено лечение: пенициллинотерапия согласно приказа МЗ Украины № 286 в течение 28 дней. Вит В1 – 1,0 в/м №10, алоэ -2,0 в/м

№20, Вит В6 -1,0 в/м №10, метилурацил по 1т х 4 раза в день №14. Общеукрепляющая терапия, ридазин, аминазин, галоприл, азалеппин, саротен, циклодол, димедрол, пирацетам.

За время лечения состояние больной значительно улучшилось. Стала доступна контакту, поведение упорядоченное, общительна, мышление вязкое, мимика, эмоции бедны. Продуктивной симптоматики не выявляется. Память, интеллект снижены. Выписана из стационара с рекомендациями наблюдения у дерматолога по месту жительства и повторного курса лечения.

После проведенного 2 курса терапии отмечена значительная положительная динамика со стороны всех указанных неврологических и психических нарушений.

Пример второй из истории болезни пациента Д., 47 лет. Доставлен в городской психоневрологический диспансер г.Донецка родственниками в связи с остро возникшими психическими расстройствами. Жалобы со слов жены: появились быстрые смены настроения, стал агрессивен, раздражителен, не спал, не разговаривал, испытывал страхи, видел в доме посторонних людей, «выдирает глаза изо рта».

Анамнез жизни: Уроженец г. Донецка. Рождение и раннее развитие без особенностей. Наследственность не отягощена. Образование среднее, закончил 10 классов и школу водителей. Женат, имеет троих детей. В анамнезе хронический бронхит, гипертоническая болезнь. До недавнего времени работал водителем. Последнее время злоупотреблял алкоголем. У наркологов и психиатров ранее не лечился.

Пять месяцев назад в течение 2-х недель находился на лечении в неврологическом отделении по поводу инфаркта мозга с 2-х сторонней пирамидной недостаточностью, дизартрией, вестибуло-атактическим синдромом.

Выписан из отделения с незначительным улучшением. После выписки из стационара речь постепенно стала восстанавливаться, однако оставалась шаткость при ходьбе, выраженное снижение памяти как на прошедшие, так и на настоящие события, не мог вспомнить

имена близких людей. Наблюдался участковым невропатологом, готовился на МСЭК для решения вопроса об инвалидизации.

В связи с резким ухудшением состояния: появилась агрессия, страхи доставлен родственниками на лечение в психоневрологический диспансер.

Психическое состояние при поступлении: Контакт с больным установить невозможно. Сидит в однообразной позе, лицо амимичное, взгляд устремлен в окно, к чему-то прислушивается. На вопросы отвечает выборочно, односложно после паузы. На лице выражение страха, говорит о «двух посторонних», которых он боится. Речь тихая, невнятная. Называет лишь свое имя и фамилию. Понимает только самые простые инструкции. Растерян, дрожит. Дезориентирован полностью, о себе никаких сведений сообщить не может. Интеллектуально-мнестические функции резко снижены. Утеряны навыки самообслуживания. Эмоционально неадекватен. Нарушены мыслительные процессы.

Объективно: состояние при поступлении относительно удовлетворительное. Удовлетворительного питания. Сознание не нарушено. Кожные покровы и видимые слизистые свободны от высыпаний, обычной окраски. Над легкими легочной звук, везикулярное дыхание. Границы сердца в норме, тоны несколько приглушены, ритм правильный, АД 160/120 мм.рт.ст. Живот мягкий, на его пальпацию больной не реагирует. Печень не увеличена. Мочеиспускание не затруднено. Отеков нет.

Неврологический статус: Сознание сохранено, но продуктивному контакту не доступен из-за выраженных интеллектуально-мнестических нарушений. Адинамичен, инструкции не выполняет, за молоточком не следит. Глазные щели, зрачки Д=С, язык по средней линии, асимметрия носогубной складки. Сухожильные рефлекс с рук Д=С, коленные Д<С, высокие с расширенными рефлексогенными зонами. Выражены субкортикальные знаки, координаторные пробы не выполняет. Речь

дизартричная, выраженная сенсорная афония. Походка атактическая.

Предварительный диагноз: Деменция на фоне делирия.

Назначено лечение. Винпоцетин в/в капельно, пирацетам, аскорбиновая кислота, витамины В6, В1, цинарезин, ампициллин, сибазон.

На фоне проводимой терапии состояние не только не улучшалось, но и становилось хуже.

Психический статус при нахождении в стационаре. Больной беспокоен, большее время проводит в постели, передвигается с трудом. Ослаблен, астенизирован. Походка шаткая, шаркающая. Мочится и оправляется в постель. Ночью спит плохо, куда-то стремится, залазит на табурет, что-то ищет под потолком. Эмоционально беден, неадекватен. Временами возбужден, растерян, речь невнятная, не по-существу, бессвязная. Инструкций никаких не понимает, выражены нарушения памяти, интеллекта, полностью дезориентирован.

Обследование.

При плановом обследовании кровь на РВ пол 4+, м/метод Т.1:8. РИФ-200 пол 4+. Неврологом заподозрено сифилитическое поражение нервной системы и выполнена диагностическая спинно-мозговая пункция.

Анализ спинномозговой жидкости: к-во 5 мл, цвет – бесцветный, прозрачный, белок-0,5 г/л, лейкоциты – 9 в мм<sup>3</sup>, преобладают лимфоциты. Реакция Панди – пол. 4+.

КСР ликвора в 3-х разведениях: РВ с трепонемным антигеном – пол. 4+, с кардиолипновым антигеном – пол. 4+, м/метод пол. 4+, Т 1:4. РИФ с цельным ликвором – пол 4+.

Диагноз: Поздний менингovasкулярный сифилис? Прогрессивный паралич?

Согласно приказа МЗ Украины № 286 от 07.06.2004 г. проведено лечение: пенициллином в течение дней 28 дней. Вит В1 – 1,0 в/м №10, алоэ -2,0 в/м №20, Вит В6 -1,0 №10, метилурацил по 1т х 4 раза в день №14.

За время лечения состояние больного заметно улучшилось. Доступен контакту. Поведение упорядоченное. Эмоции бедны, продуктивной симптоматики не выявляет.

Память, интеллект снижены. Выписана из стационара с рекомендациями повторного курса лечения ч/з 1 мес.

### ОБСУЖДЕНИЕ.

Диагностика современного НС сопряжена со значительными трудностями и зачастую не своевременная. Это объясняется неспецифичностью проявлений при раннем НС, стертой клинической симптоматикой и увеличением частоты скрытых его форм. Немаловажное значение, по-видимому, имеет и психологический фактор – твердая уверенность клиницистов в почти полной ликвидации НС.

Одним из основных методов диагностики, позволяющим исключить ранние, малосимптомные и асимптомные специфические поражения нервной системы, является исследование спинно-мозговой жидкости (СМЖ) [5]. Именно недоучет того факта, что воспаление мозговых оболочек может протекать вне всякой клинической симптоматики, лежит в основе тех диагностических ошибок, которые возникают при неврологическом обследовании больных, а отмена спинномозговой пункции как обязательной процедуры у больных сифилисом намного снизила выявляемость НС [7].

Показаниями к проведению люмбальной пункции и исследованию СМЖ (согласно Приказу МЗ Украины №286 от 07.06.2004 г.) являются:

- наличие клинических симптомов поражения нервной системы;
- вторичный сифилис с проявлениями в виде алопеции и лейкодермы;
- скрытые и поздние формы сифилиса;
- дети, рожденные от матерей, больных или болевших сифилисом;
- сифилис, со сроком давности более 1 года.

Своевременное выявление и активное лечение скрытого менингита имеют непосредственное отношение к профилактике более поздних специфических поражений нервной системы при сифилисе [1, 7, 9].

Исследователи отмечают, что современный

манифестный НС — это менинговаскулярный сифилис (МВС) [2, 4, 7, 9].

В описанных нами наблюдениях, как в первом, так и во втором, эпизоды острого нарушения мозгового кровообращения (инсульт) являлись дебютом МВС, и в последующем — резкое нарастание неврологических и психических симптомов обусловлено отсутствием специфической противосифилитической терапии. Мероприятия направленные на улучшение мозгового кровообращения не дали эффекта, так как терапия не имела этиологической направленности.

При МВС поражение мозговых оболочек сочетается со специфическим васкулитом сосудов головного мозга. Явления менингита у больных обычно выражены незначительно или умеренно, а клиническая картина определяется преимущественно поражением сосудов [8].

По мнению Т.В. Красносельских, почти у половины больных при МВС в дебюте заболевания наблюдаются различной степени расстройства психической сферы: снижение памяти, внимания, утомляемость [5]. Данные симптомы необходимо дифференцировать с дементной формой прогрессирующего паралича.

В приведенных примерах, положительная динамика на фоне проводимой пенициллинотерапии свидетельствует о раннем (мезенхимном) процессе. При прогрессирующем параличе происходят дегенеративные процессы в паренхиме мозга, что делает невозможным разрешение неврологических и психических симптомов за столь короткий срок, а в большинстве случаев терапия только останавливает прогрессирующую процессу [8].

Диагностические ошибки, которые допустили неврологи — не подумали о возможном сифилитическом поражении нервной системы, не провели дифференциальную диагностику острых нарушений мозгового кровообращения, не исследовали ликвор, а выписали больных для наблюдения и реабилитации по месту жительства, стали результатом серьезных последствий. Прогрессирование патологического процесса в нервной системе привело к выраженным расстройствам психики в обоих случаях. Диагноз НС был выставлен со значительным опозданием уже в психиатрических клиниках и лечение начато не вовремя, когда у больных уже появились выраженные психические нарушения и их родственники вынуждены были обратиться за помощью к психиатрам.

Таким образом, несмотря на снижение заболеваемости сифилисом, в Украине возрастает количество случаев НС о котором стали забывать не только неврологи и психиатры, но и венерологи на которых лежит вся ответственность установления подобного диагноза. Утрачены навыки полноценного обследования больных. Дерматовенерологи Украины практически прекратили исследование СМЖ у больных сифилисом, которое помогло бы выявить асимптомный менингит, служить критерием излеченности НС. Целесообразна настороженность со стороны врачей всех специальностей, так как своевременная диагностика и адекватное лечение НС позволяют предотвратить развитие необратимых процессов в нервной системе и добиться значительного эффекта даже в тяжелых случаях.

## ЛИТЕРАТУРА

1. Два случая нейросифилиса / Г.И.Мавров, Г.А.Дудаева, В.А.Савоськина [и др.] // Дерматология и венерология. — 2002. — №3(17). — С.63-64.
2. Изменения сердечно-сосудистой системы при длительном течении сифилитической инфекции / В.В. Аникин, В.В. Дубенский, И.Ю. Балашов [и др.] // Кардиология. — 2004. — Т. 44, № 9. — С. 62–66.
3. Каденко О.А. Увєїт у хворих з раннім сифілісом / О.А. Каденко, С.П. Білявська // Дерматологія та венерологія. — 2002. — № 1 (15). — С. 41–43.

4. Казаков В.М. Особливості сучасного перебігу маніфестного нейросифілісу / В.М.Казаков, Е.Л. Баркалова, І.В. Свистунов // Дерматологія та венерологія. – 2011. – Т. 51, № 1. – С. 31–36.
5. Красносельских Т.В. Нейросифилис // Суставной синдром в практике врача дерматолога-венеролога. Нейросифилис / Под ред. Е.В.Соколовского. – Санкт-Петербург: Сотис, 2001. – С. 72-269.
6. Мавров И.И. Характер и медико-социальные проблемы скрытого сифилиса / И.И.Мавров, Ю.В.Щербаков, В.В.Процак // Дерматологія та венерологія. – 2009. – №1 (43). – С.47-51.
7. Мавров И.И. Назревшие проблемы нейросифилиса / И.И.Мавров Г.А.Дунаева // Международный медицинский журнал. – 2001. – № 1. – С. 89–91.
8. Маргулис М.С. Ранний нейросифилис / М.С. Маргулис– М.: Медгиз, 1949. – 248 с.
9. Ураження внутрішніх органів, нервової системи та органів чуттів сифілітичною інфекцією / В.І. Савчак, О.І. Хара, Є.І. Китай [и др.] // Інфекційні хвороби. – 2005. – № 1. – С. 102–103.

**ДІАГНОСТИЧНІ  
ПОМИЛКИ ТАКТИКИ  
ВЕДЕННЯ ХВОРИХ  
НА НЕЙРОСИФІЛІС**

**О.І. Літус, І.В. Куценко**

**Резюме.** У статті проаналізовані випадки нейросифілісу і помилки, що мали місце при діагностиці захворювання. Наведена необхідність більш ретельної настороженості лікарів усіх спеціальностей до поразки нервової системи при сифілісі. Своєчасна діагностика і адекватне лікування дозволяють попереджувати розвиток необоротних процесів у нервовій системі та досягнення значного клінічного ефекту при тяжких випадках нейросифілісу.

**Ключові слова:** нейросифіліс, діагностичні помилки.

**DIAGNOSTIC MISTAKES  
IN TACTIC OF  
THE PATIENTS  
WITH NEUROSYPHILIS**

**À.I. Litys, I.V. Kutcenko**

**Abstract.** In this article the cases of the neurosyphilis and available mistakes in diagnostics were analyze. The necessity to increase all doctors clinical suspicion to nervous system defeating in cases of syphilis was shown. Duly diagnostics and high-grade treatment allow preventing development of irreversible processes of syphilitic of the defeat of nervous system.

**Keywords:** neurosyphilis, diagnostic mistakes