

СПИННАЯ СУХОТКА, ОСЛОЖНЕННАЯ АРТРОПАТИЕЙ

Мавров Г.И., Бондаренко Г.М., Дунаева Г.А., Гаврилюк А.А.

Харьковская медицинская академия последипломного образования

ГУ «Институт дерматологии и венерологии НАМН Украины»

Резюме: Дано описание случая редко встречающейся в последние годы поздней формы нейросифилиса.

Ключевые слова: поздний нейросифилис, спинная сухотка, осложнения, табетическая артропатия.

Сифилис на современном этапе остаётся по-прежнему грозным инфекционным заболеванием, учитывая его осложнения и последствия, приводящие к инвалидизации и смерти [8]. Данное заболевание имеет много клинических проявлений и занимает значительное место среди инфекций, поражающих нервную систему [5, 7, 14].

Нейросифилис (сифилис нервной системы) – собирательное понятие, которое вклю-

чает в себя большое количество заболеваний, отличающихся не только патогенетически, но и морфологически, а также клиническим течением.

За последние 11 лет на фоне снижения общей заболеваемости сифилисом отмечается относительный рост поздних форм сифилиса, включающих в себя нейросифилис (рис. 1).

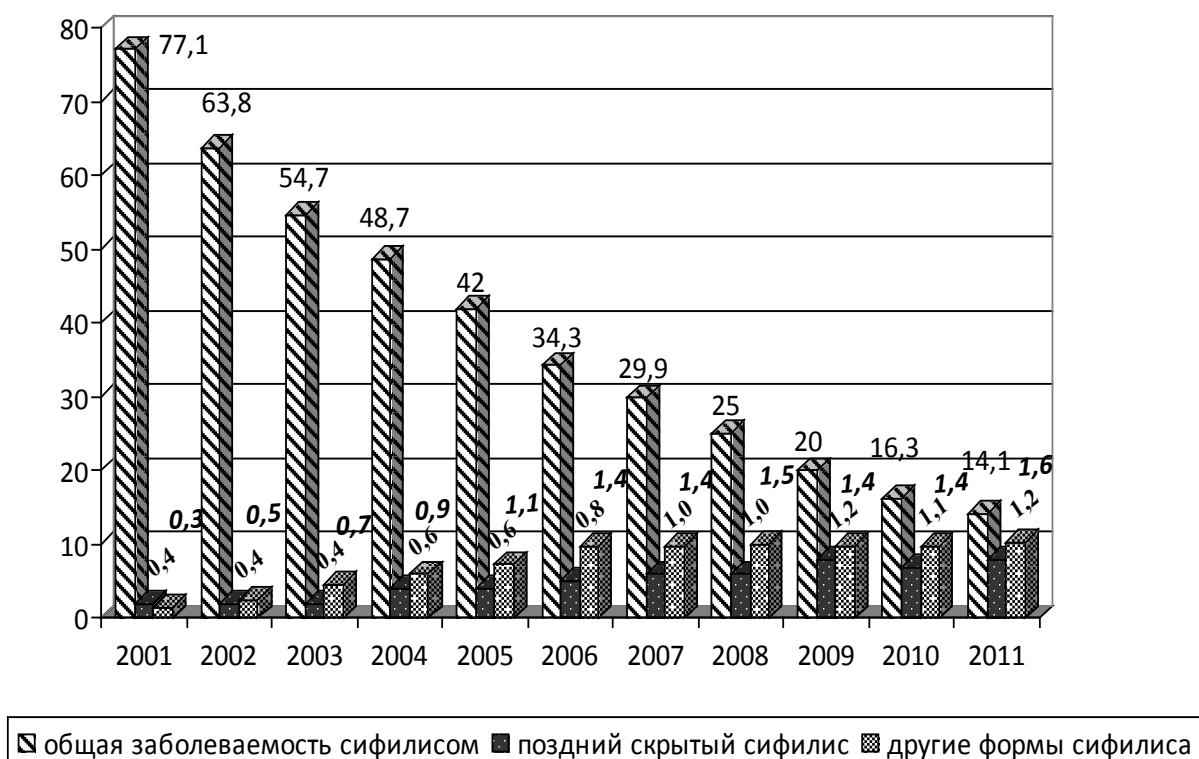


Рис. 1 Данные центра медицинской статистики МЗ Украины о заболеваемости сифилисом на 100 тыс. населения

Увеличению числа случаев нейросифилиса за последнее время способствовало широкое применение амбулаторных методов лечения, предусматривающих использование дюранных препаратов пенициллина, которые не проникают через гематоэнцефалический барьер [1,2,3].

В связи с патоморфозом заболевания, в современных условиях чаще регистрируются сосудистые формы нейросифилиса, в противоположность деструктивно-паренхиматозным; выросло количество стёртых, малосимптомных, атипичных форм, изменилась симптоматика прогрессивного паралича, что привело к сложности диагностики нейросифилиса [9]. Необходимо помнить, что сифилис - «обезьяна всех болезней» и, что у нейросифилиса нет присущих только ему патогномоничных симптомов. Рост частоты регистрации, особенности современного течения нейросифилиса, трудности диагностики, медико-социальные последствия требуют повышенного внимания к данной проблеме

не только дерматовенерологов, но и врачей других специальностей: терапевтов, невропатологов, офтальмологов, отоларингологов, психиатров, ортопедов [6, 13].

К тяжёлым осложнениям позднего нейросифилиса относят: первичную атрофию зрительного нерва, табетическую артропатию, психические нарушения (памяти, речи, интеллекта). Спинная сухотка и табетическая артропатия сейчас регистрируются редко, причём чаще встречаются артропатии крупных суставов нижних конечностей (голеностопных и коленных) [4, 10, 11, 12].

В клинике ГУ «ИДВ НАМНУ» мы наблюдали редкий случай табетической артропатии мелких суставов стоп.

Больной М., 1959 г.р., житель г. Харькова, частный предприниматель, находился на стационарном лечении в ГУ «ИДВ НАМНУ» с 20.03.2012 г. по 19.04.2012 г. с диагнозом: Поздний нейросифилис. Спинная сухотка. Табетическая артропатия суставов стоп (рис. 2).



Рис. 2. Общий вид нижних конечностей больного М.

Впервые был выявлен при вассерманизации в поликлинике № 6 в январе 2011г, был направлен в ГКВД №2, где выставлен диагноз: Сифилис скрытый ранний. Ре-

зультаты серологического обследования от 25.01.2011г.: RW положительная с титром реактивов 1:10, МРП положительная, РИФ - 200, РИФ- абс - положительная, РПГА поло-

жительная, ИФА положительная. Источник заражения не установлен. Получил амбулаторный курс лечения бензатинбензилпенициллином по 2 400 000 ЕД в/м 1 раз в неделю № 4.

Считает себя больным с начала августа 2010 года, когда появились припухлость и онемение правой ноги, лечился в ЦРБ, с временным улучшением. Немного позже состояние ухудшилось, появились аналогичные изменения в левой ноге, присоединились слабость и боль в стопах, выросла деформация стоп; травму отрицает. В октябре 2010 г. обратился к хирургу по месту жительства и был направлен в областную клиническую травматологическую больницу, где находился на стационарном лечении с 27.10.2010 г. по 18.11.2010 г. с диагнозом: Хроническая сенсомоторная воспалительная аксональная полинейропатия с нижним парапарезом, остеоартропатия обеих стоп. Проведенное лечение – актовегин, эспа-липон, берлитион, трентал. Состояние немного улучшилось. В стационаре был обследован на сифилис, RW отрицательная. В ноябре 2010 г. консультирован в Институте патологии позвоночника и суставов им. проф. Ситенко, *диагноз*: Артропатия среднего и переднего отдела стоп неврологического характера, невыясненного генеза. Показана консультация невропатолога и лечение в неврологическом стационаре. С 21.02.2011 г. находился на стационарном лечении в ГКБ №7 в 1 неврологическом отделении с диагнозом: Полинейропатия. RW от 28.02.2011 г. положительная, титр реактивов 1:20.

Был направлен в феврале 2011 г. дерматовенерологом – консультантом ГКБ №7 на консультацию в ГУ «ИДив НАМНУ» с диагнозом: Нейросифилис?

Консультирован 02.03.2011г. в ГУ «ИДив НАМНУ», выставлен диагноз: Табопаралич; рекомендовано стационарное лечение. Пациент в стационар не явился. В марте 2011г. был направлен первично на МСЭК, признан инвалидом 2 группы.

В феврале 2012 г. консультирован ортопедом, *диагноз*: Полинейропатическая

артропатия обеих стоп, рекомендовано лечение в условиях неврологического стационара. Консультирован невропатологом 14.03.2012г., *диагноз*: Вертеброгенная миелорадикуло-полинейропатия с нижним парапарезом и грубым нарушением функции ходьбы. Рекомендовано: прозерин 0,05% 1,0 №10-20 в/м, никотиновая кислота 1% 2,0 №10 в/м, нейровитан 1таб х 3 р/д., лечение не принимал.

При поступлении в ГУ «ИДив НАМНУ» предъявлял жалобы на боли в ногах постоянного характера и по типу удара, которые проходят после приёма нимесила, боли в стопах при осевой нагрузке, шаткость походки, отёчность и деформацию стоп, потерю чувствительности ног, потерю равновесия с закрытыми глазами, общую слабость.

Из анамнеза: служил в армии полный срок, со сверстниками. Женат с 1983 г., с женой в течение 15 лет не проживает. Имеет 2-х взрослых детей. В 1995 г. прооперирован по поводу язвенной болезни желудка. До 2010 г. медицинские осмотры не проходил, в стационарах на лечении не находился. Никогда не замечал высыпаний на коже туловища и половых органах. Внебрачные половые связи не отрицает (периодически случайные половые связи).

Алкоголь употребляет умеренно. Курит. Наркотики не употребляет. Сифилис в анамнезе до 2010 г. отрицает. Самолечением не занимался.

Бытовые контакты - дочь и сын взрослые, проживают отдельно.

Объективный статус: Больной среднего роста, обычного телосложения, нормального питания. Уровень сознания не нарушен. Ориентирован во времени, месте, собственной личности. Имеются нарушения памяти. Многословен. Кожные покровы и видимые слизистые оболочки бледно-розовые, свободны от высыпаний. Аускультативно в лёгких везикулярное дыхание, тоны сердца приглушены, деятельность ритмичная. ЧСС-88 уд в мин., АД-140/90 мм. рт. ст. Живот при пальпации мягкий, безболезненный. Печень у края рёберной дуги, селезёнка не пальпи-

руется. Симптом Пастернацкого отрицательный с обеих сторон. Стул и диурез в норме.

Неврологический статус: зрачки миотически сужены, имеется диссоциация зрачковых реакций на свет (первичных и вторичных) с реакциями зрачков на аккомодацию и конвергенцию, т. е. положительный симптом Арджилл – Робертсона. Отсутствуют сухожильные рефлексы на верхних и нижних конечностях, а также подошвенные рефлексы. Нарушено мышечно-суставное чувство в пальцах стоп, больше выраженное в III-IV-V пальцах. Имеется нарушение чувства локализации и дискриминации в нижних третях голеней, стопах; а также чувство узнавания написанных на коже стоп и голеней цифр. В позе Ромберга неустойчив, теряет равновесие с закрытыми глазами, походка табетическая. Нарушена координация; передвигается, опираясь на палку или держась за стены. Патологических рефлексов нет. Поверхностная болевая чувствительность снижена по мозаичному типу, в области стоп выраженная гиперестезия.

МРТ головного мозга: на серии томограмм интракраниальных объёмных образований не выявлено. Преимущественно юкстакортикально и субкортикально, а также

в глубоких отделах белого вещества гемисфер, в области базальных ганглиев определяются множественные очаги глиоза размерами от 2 до 7 мм, производящие высокий мр-сигнал в T2-ви.

Желудочковая система умеренно расширена, боковые желудочки симметричны (S=D) контуры передних и задних рогов закруглены, повышен мр-сигнал в T2-ви перивентрикулярно. Субарахноидальные пространства умеренно расширены по конвексу и базально на фоне гипотрофических изменений в коре головного мозга и мозжечке. Стволовые структуры, гипофиз не поражены. Умеренно расширены периваскулярные пространства.

Пирамидки височных костей и придаточные пазухи носа на настоящий момент без острых воспалительных процессов. В правой пирамидке определяются фиброзные изменения, как признак перенесенного ранее воспалительного процесса.

Описанные изменения позволяют думать о поствоспалительном генезе (по типу васкулита) очагового поражения головного мозга. Имеются признаки умеренно выраженной наружной и лёгкой внутренней гидроцефалии заместительного характера (рис. 3, 4).

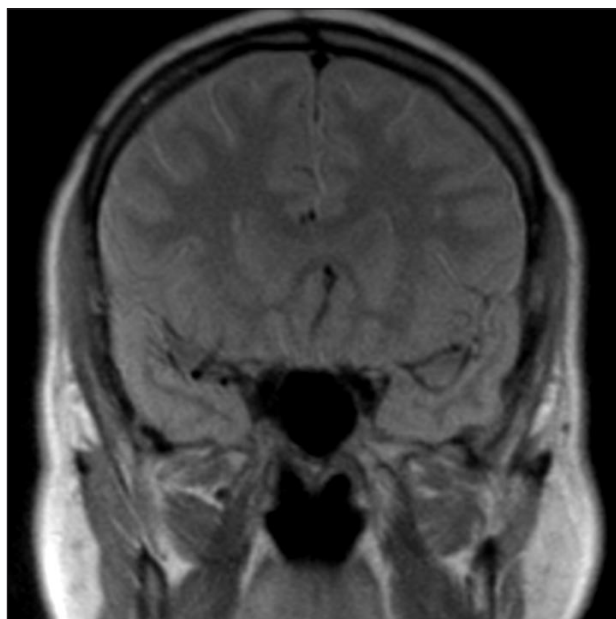


Рис. 3 Томограмма больного М. PD фронтальная проекция

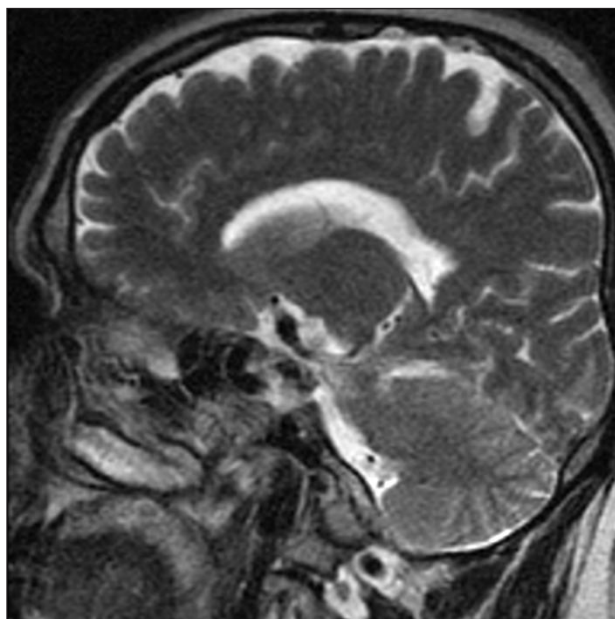


Рис. 4 Томограмма больного М. T2 сагиттальная проекция

На рентгенограммах (рис. 5, 6) обеих стоп в прямой проекции и в косых проекциях (рис. 6) определяется частичная деструкция клиновидных костей с выраженным параоссальным окостенением, особенно I плюсневых костей; отмечается также патологическое костеобразование в основании II-IV плюсневых костей в мягких тканях



Рис. 5 Рентгенограмма обеих стоп больного М. за 2010 год



Рис. 6 Рентгенограмма обеих стоп больного М. за 2012 год

Данные лабораторного обследования:

RW 22.03.2012 г. положительная, титр реагинов 1:20, МРП положительная, РИФ-200, РИФ-абс. положительная, РПГА положительная, ИФА (IG M,G) положительная.

Клинический анализ крови: гемоглобин-136 г/л, эритроциты- $4,1 \times 10^{12}$, цв. пок. - 1,0, лейкоциты- $4,1 \times 10^9$, п/я-2%, с/я-62%, эозинофилы-1%, базофилы-1%, лимфоциты-26%, моноциты-8%, СОЭ-32 мм/час.

Клинический анализ мочи: количество - 180,0 мл, жёлтая, прозрачная, плотность - 1022, pH-6,5, белок, глюкоза и кетоновые тела - не обнаружены, лейкоциты - 2-4 в п/зр, эпителий плоский - единичный в поле зрения.

Биохимический анализ крови: глюкоза - 4,9 ммоль/л, общий белок - 73,2 г/л, билирубин общий - 14,5 мкмоль/л, билирубин конъюгированный - 2,55 мкмоль/л, АсАТ -

предплюсны справа. Мягкие ткани умеренно утолщены. Умеренный остеопороз дистальных отделов стоп. При сравнении с данными за 2010 г. (рис. 5) заметного прогрессирования процесса не выявлено. Заключение зав. кафедрой лучевой диагностики ХМАПО, проф. Спущака М. И. (23.02.2012 г.): Нейрогенная табетическая остеоартропатия.

0,370 ммоль/час.л, АлАТ - 0,820 ммоль/час.л, мочевины - 6,4 ммоль/л, креатинин-93,94 мкмоль/л, СРБ - отриц., сиаловые кислоты - 0,164, серомукоиды - 0,170, гликопротеиды - 0,40.

От исследования спинномозговой жидкости пациент отказался.

Проведено лечение пенициллином G внутривенно струйно в возрастающих дозах с 250.000 ЕД до 3 млн ЕД 3 раза в день (курсовая доза составила 230 млн 500 тыс ЕД) и симптоматическая терапия.

На фоне лечения титр реагинов снизился до 1:5.

Давность заболевания и источник заражения не установлены. Больной признан инвалидом II группы, обеспечен инвалидной коляской.

Особенностью данного случая является поражение мелких суставов стоп при интакт-

ности крупных суставов. Следует обратить внимание на несвоевременность диагностики спинной сухотки, когда в районном КВД был поставлен диагноз раннего скрытого сифилиса без достаточного обследования смежными специалистами (офтальмолога, невролога). Редкость данной патологии в настоящее время и отрицательный временами результат RW у данного пациента привели

к ошибкам, допущенным травматологами и ортопедами. К сожалению симптом Арджилл – Робертсона, табетические артропатии необратимы и пациенты остаются инвалидами даже при адекватном лечении. Таким образом, необходимо помнить, что поздний нейросифилис опасен органическими повреждениями не только нервной системы, но и многих других органов.

ЛІТЕРАТУРА

1. Актуальные проблемы нейросифилиса / В.В. Чеботарев, Л.В. Павлик, О.Д. Гужвиева [и др.] // Вестн. дерматологии и венерологии. – 2002. – № 1. – С. 69–71.
2. Анализ заболеваемости сифилисом в Ленинградской области и Санкт-Петербурге на современном этапе / Р.А. Агаев, О.В. Гайворонская, И.А. Горланов [и др.] // Журн. инфектологии. – 2011. – Т. 3, № 2. – С. 40–46.
3. Баркалова Э.Л. К вопросу оказания медицинской помощи больным нейросифилисом / Э.Л. Баркалова, И.В. Куценко, И.В. Свистунов // Укр. журн. дерматології, венерології, косметології. – 2011. – № 2 (41). – С. 110–113.
4. Карлов В.А. Случай позднего цереброспинального менингovasкулярного сифилиса с синдромом бокового амиотрофического склероза / В.А. Карлов, Н.Д. Сорокина, Г.Р. Дрожжина // Журн. неврологии и психиатрии. – 2001. – № 2. – С. 41–43.
5. Когнитивные и психические нарушения при нейросифилисе / И.В. Дамулин, С.А. Яворская, Е.О. Нам [и др.] // Неврологический журн. – 2006. – Т. 11, № 4. – С. 36–41.
6. Лосева О.К. Современные проблемы диагностики, лечения и клинико-серологического контроля больных нейросифилисом / О.К. Лосева, А.В. Аншуков, В.И. Пивоварова // Рос. журн. кожных и венерических болезней. – 2008. – № 2. – С. 56 – 59.
7. Неврологические проявления сифилиса / И.Д. Стулин, Т.Я. Шварцбурд, Р.Б. Винникова [и др.] // Журн. неврологии и психиатрии. – 2002. – № 8. – С. 37–39. Нейросифилис с психическими и двигательными расстройствами – менингovasкулярный сифилис или прогрессивный паралич? / В.А. Парфенов, Н.В. Вахнина, О.К. Лосева [и др.] // Неврологический журнал. – 2003. – № 3. – С. 29–33.
8. Нейросифилис. Современные представления о диагностике и лечении: руководство для врачей / [Самцов А.В., Теличко И.Н., Иванов А.М. и др.] ; под ред. А.В. Самцова. – СПб.: СпецЛит, 2006. – 128 с.
9. Нейросифилис: проблемы диагностики и классификации / О.В. Колоколов, И.И. Шоломов, А.Л. Бакулев [и др.] // Саратовский научно-медицинский журн. – 2010. – Т. 6, № 3. – С. 632–636.
10. Случай спинной сухотки с элементами прогрессивного паралича (табопаралич) с отрицательными серологическими реакциями и РИБТ / Г.Ф. Романенко, С.В. Котов, С.С. Кряжева [и др.] // Вестн. дерматологии и венерологии. – 1995. – № 6. – С. 47–49.
11. Спинная сухотка: современные особенности течения, возможности диагностики, приверженность терапии / О.В. Колоколов, А.Л. Бакулев, И.И. Шоломов [и др.] // Клиническая неврология. – 2010. – № 4. – С. 32–34.
12. Сурганова В.И. Поздний нейросифилис на современном этапе (по материалам психиатрической больницы 2000-2005 гг.) / В.И. Сурганова // Вестн. последипломного медицинского образования. – 2007. – № 1. – С. 45–48.

-
13. Табакман В.И. Сложности диагностики нейросифилиса / В.И. Табакман, С.В. Табакман, И.В. Кунцевская // Международный неврологический журн. – 2009. – № 7 (29). – С.
14. Louhab N. Neurosyphilis: A rare cause of myelitis / N. Louhab, I. Hajjaj, N.Kissani // Presse. Med. – 2010. – Vol. 39, № 5. – P. 605–606.

**СПИННА СУХОТКА,
УСКЛАДНЕНА
АРТРОПАТІЄЮ**

**Г.І. Мавров,
Г.М. Бондаренко,
Г.О. Дунаєва,
О.А. Гаврилюк**

Резюме. Наведено опис випадку пізньої форми нейросифілісу, що рідко зустрічається в останні роки.

Ключові слова: пізній нейросифіліс, спинна сухотка, ускладнення, табетична артропатія.

**TABIES DORSALIS
COMPLICATED BY
ARTHRORATHY**

**G.I. Mavrov,
G.M. Bondarenko,
G.O. Dunayeva,
O.A. Gavriilyuk**

Resume. The description of late form of neurosyphilis which has rarely been observed in recent years is presented.

Key words: late neurosyphilis, tabies dorsalis, complication, tabetic arthropathy.