

СЛУЧАЙ ПОЗДНЕГО НЕЙРОСИФИЛИСА – ПРОГРЕССИВНЫЙ ПАРАЛИЧ

И.Н. Никитенко

ГУ «Институт дерматологии и венерологии НАМН Украины»

Резюме. *Описан случай больной, 56 лет, с впервые выявленной поздней формой сифилиса (Поздний нейросифилис. Прогрессивный паралич.). Больной проведен курс специфической терапии, включающей препараты пенициллинового ряда в комбинации с препаратами доксициклина, на фоне которого отмечалось значительное улучшение состояния. Пациент нуждается в дальнейшем диспансерном наблюдении. Решение вопроса о тактике ведения пациента принимается совместно с невропатологами.*

Ключевые слова: *скрытый сифилис, поздний нейросифилис, прогрессивный паралич.*

В конце XIX – начале XX века нейросифилис (НС) был самой распространенной патологией, при изучении которой описаны все основные неврологические симптомы и синдромы. Применение в 1943 г. пенициллина для лечения сифилиса привело к значительному снижению частоты НС. Случаи НС постепенно стали достаточной редкостью, описанию и анализу единственного наблюдения посвящались отдельные публикации. За последующие 3 – 4 десятилетия сложилось мнение не только о большой редкости НС, но и о преобладании его малосимптомных, стертых форм. В неврологических стационарах практически перестали встречаться симптомные формы нейросифилиса. В кожно-венерологических больницах, где раньше широко применялись диагностические люмбальные пункции при ранних формах сифилиса для выявления скрытого сифилитического менингита, к началу 70-х годов пункции фактически не практиковались, а техника их была забыта.

Начиная с 80-х годов прошлого века, на фоне определенного увеличения заболеваемости сифилисом за рубежом, участилась и регистрация НС, что оживило интерес к этой патологии и обогатило литературу по вопро-

сам ее клиники, диагностики и лечения. В 90-е годы на Украине отмечен значительный рост заболеваемости ранними формами сифилиса, который был признан эпидемией [13].

За последнее десятилетие в Украине отмечается снижение заболеваемости сифилисом. В 2010 г. заболеваемость сифилисом по Украине составила в абсолютных числах – 7459, на 100 тыс. населения – 16,3. По сравнению с 2000 г. данные заболеваемости сократились в несколько раз [1, 13,15]. В структуре заболеваемости сифилисом достаточно большой удельный вес - до 40 %, составляют скрытые формы [3,6,7,9,6,9,10,12,15]. Латентный сифилис может быть этиологическим фактором возникновения специфических поражений внутренних органов, нервной системы, приводить к внутриутробной гибели плода, возникновению врожденного сифилиса [5,7,8,9,11].

Прогрессивный паралич может возникнуть через 15-20 и более лет после заражения, в основном у лиц не лечившихся или недостаточно леченных по поводу ранних форм сифилиса. В последние десятилетия у больных прогрессивным параличом, как правило, в анамнезе отсутствуют сведения

о заболевании сифилисом в прошлом. В основе развития прогрессивного паралича лежит поражение мозгового вещества, чаще в области коры передней доли, возникающее в связи с воспалительными изменениями мелких сосудов, главным образом, капилляров. Значительные дегенеративные изменения приводят к атрофии мозговой ткани, что выражается истончением мозговых извилин. В острый период заболевания происходит распад личности, прогрессирующее слабоумие, различные бредовые и галлюцинаторные синдромы. Различают следующие формы прогрессивного паралича: дементную, экспансивную, ажитированную и депрессивную. Важно своевременно определить начальную стадию прогрессивного паралича, при которой наступают изменения личности больного, нарушения памяти, речи, письма, счёта. Такие изменения появляются внезапно, на фоне полного здоровья и без видимых объективных причин.

Диагноз ставится на основании психоневрологического обследования, изменения ликвора: плеоцитоза свыше 5 кл/мм^3 , повышения содержания белка до уровня выше $0,46 \text{ г/л}$, позитивности серологических реакций (реакции Вассермана – РВ и реакции иммунофлюоресценции – РИФ с цельным ликвором – РИФц). Также, в диагностике НС играет большую роль позитивность серологических реакций крови – как неспецифических – РВ, реакции микропреципитации (МРП), так и специфических – РИТ, РИФ, РПГА, ИФА [2,3,4]. В последние годы в диагностике НС стали применяться и методы визуализации – компьютерная томография (КТ), магнитно-резонансная томография (МРТ), позитронно-эмиссионная томография и КТ с использованием одиночной фотонной эмиссии [14].

Приводим наше наблюдение.

Больная М., 56 лет направлена на консультацию на кафедру дерматологии и венерологии ХМАПО из ГУ «Институт неврологии, психиатрии и наркологии НАМН Украины», куда поступила с диагнозом: болезнь Альцгеймера. При поступлении у больной

наблюдалась забывчивость, неспособность вспомнить недавние события, неспособность узнавать знакомые предметы, отмечались эмоциональные расстройства, депрессия, беспокойство, дезориентация, апатия (безразличие) к окружающим предметам, людям и событиям. При обследовании в клинике института неврологии и психиатрии были выявлены положительные серологические реакции на сифилис, что и послужило поводом для проведения консультации дерматовенеролога.

При осмотре пациентки обращали на себя внимание значительные психические и личностные нарушения, расстройства долговременной и кратковременной памяти, дезориентация во времени и пространстве, эйфория в сочетании с агрессивностью. Дочь пациентки обратила внимание на изменение и неадекватность кулинарных привычек своей матери (солит варенье, жарит кефир).

В неврологическом статусе: положительный симптом Арджил-Робертсона, анизорефлексия сухожильных рефлексов с коленных суставов (справа больше, чем слева), отсутствие ахилловых рефлексов. Чувствительность сохранена. В позе Ромберга неустойчива, особенно в усложнённой, походка штампующая, отклонение при фланговой походке. Пальце-носовая проба выполнялась удовлетворительно.

Из анамнеза известно: больная вдова, в течение последних 15 лет категорически отрицала половые связи. Ранее (со слов дочери) лечилась по поводу ранних форм сифилиса 17 лет назад в КВД по месту жительства.

При обследовании в клинике Института дерматологии и венерологии выявлены положительные серологические реакции: МРП – положительная в титре 1:16; РВ – положительная в титре 1:20, РПГА – положительная, ИФА – положительный, суммарные антитела Ig M и G.

На основании данных анамнеза, объективного обследования (проявления сифилиса на кожных покровах, слизистых оболочках, половых органах отсутствуют, лимфатиче-

ские узлы не увеличены), лабораторного обследования (наличие положительных результатов полного комплекса серологических реакций – РВ, МРП, РИФ), особенностей неврологического статуса установлен диагноз: поздний нейросифилис. Прогрессивный паралич. В связи с тяжёлым психическим состоянием, больной рекомендовано провести два курса специфической терапии в условиях психиатрической клиники.

Назначено лечение: бензилпенициллина натриевая соль по схеме (1й день – по 500 тыс ЕД, 2й день – по 1 млн. ЕД, с 3го дня по 2 млн. ЕД 3 раза в день внутривенно струйно на протяжении 28 дней).

После проведенной терапии состояние пациентки значительно улучшилось, нормализовались эмоциональные реакции и ориентация в пространстве и времени, однако сохранились расстройства кратковременной памяти. Больная направлена в клинику Института дерматологии и венерологии АМН Украины для прохождения третьего курса лечения.

При поступлении в венерологическое отделение ИДВ НАМН (в марте 2014 г) больная предъявляла жалобы на легкое головокружение и нарушение кратковременной памяти.

St.pr.objectivus: на момент поступления состояние больной удовлетворительное. Кожные покровы и видимые слизистые бледно-розового цвета. Сердце – тоны ритмичные, незначительно приглушены, ЧСС 80 удара в минуту, АД 100/60 мм. рт. ст. В легких везикулярное дыхание. Живот мягкий, безболезненный. Печень и селезенка не пальпируются. Периферических отеков не наблюдалось. Высыпаний на кожных покровах, слизистых оболочках и половых органах не отмечалось. Отсутствовал регионарный лимфаденит. В неврологическом статусе – умеренное снижение сухожильных рефлексов, положительный симптом Арджил-

Робертсона.

Результаты лабораторного исследования: РВ – положительная, титр 1:10, МРП – положительная, РПГА – положительная, ИФА – положительные суммарные антитела иммуноглобулины М и G. Клинический анализ крови – гемоглобин 126 г/л, эритроциты 4,2 млн., лейкоциты – $5,5 \cdot 10^3$, палочкоядерные – 3%, сегментоядерные – 66%, эозинофилы – 5%, базофилы – 1%, лимфоциты – 21%, моноциты – 4%, СОЭ – 15 мм/ч. Клинический анализ мочи - уд. вес – 1,017, белок, сахар – не обнаружены, лейкоциты – 1-2 в п/зр, слизь – умеренное количество. Биохимический анализ крови – глюкоза – 4,6 ммоль/л, общий белок – 71,3 г/л, билирубин общий – 19,2 ммоль/л, конъюгированный – 2,74 ммоль/л, АсАТ – 0,45 ммоль/л, АлАТ – 0,44 ммоль/л.

В стационаре больной назначено лечение: раствор пенициллина G по 2 млн. ЕД 3 раза в день внутривенно струйно, доксициклина моногидрат в виде препарата «Юнидокс-солютаб» по 0,1г 2 раза в день, после еды – 21 день. На фоне проводимой терапии дополнительно были назначены гепатопротекторы, пробиотики, поливитамины, противогрибковые препараты. К моменту окончания лечения пациентка отмечала улучшение общего самочувствия и памяти. После окончания курса лечения в Институте дерматологии и венерологии НАМН Украины, пациентка была выписана с рекомендациями проведения клинико-серологического контроля по месту жительства совместно с невропатологами.

Данный случай интересен тем, что у пациентки преобладали нарушения интеллектуальных и мнемонических функций, что привело к постановке первоначального диагноза болезни Альцгеймера, однако наличие настороженности у смежных специалистов по поводу сифилиса, позволило поставить правильный диагноз и оказать адекватную помощь больной.

ЛИТЕРАТУРА

1. Волкославская В.Н. О квазипериодичности в динамике заболеваемости сифилисом и основных направлениях организации борьбы с ИППП в Украине / В.Н. Волкославская, А.Л. Гутнев, Н.А. Чикина // Тезисы докладов научно-практ. конференции. – Одесса. – 2003. – С. 25-26.

2. Катунин Г.Л. Методы лабораторной диагностики нейросифилиса, применяемые в кожно-венерологических диспансерах Российской Федерации. / Г.Л. Катунин, Н.В. Фриго, С.В. Ротанов, Н.В. Китаева // Всероссийский конгресс дерматовенерологов, 3-й: Тезисы. — Казань, 2009. — С.99-100.

3. Лабораторная служба. Нормативные документы – лабораторная диагностика ИППП. Сифилис – методические указания, рекомендации, стандарты проведения лабораторных исследований. Сборник документов. – М.: Изд-во МО и МОО РАМЛД, 2010. – 272 с.

4. Літус О.І. Сучасні можливості серологічної діагностики сифілісу (порівняльний аналіз). / О.І. Літус, В.В. Кутова, О.М. Білоконь // Дерматологія та венерологія. — 2013. — №4(62). — С.34-43.

5. Лосева В.А. Поражение органа зрения при раннем сифилисе / В.А. Лосева, Е.П. Цыганкова, И.Е. Торшина // Тезисы научных работ VIII Всероссийского съезда дерматовенерологов. – Часть 2. – Москва. – 2001. – С. 26.

6. Мавров Г.И. Проблемы современной сифилидологии / Г.И. Мавров // Дерматологія та венерологія. – 2006. – № 2(32). – С.9-23.

7. Мавров Г.И. Влияние сифилиса на течение беременности и внутриутробное развитие плода / Г.И. Мавров, Т.В. Губенко // Дерматологія та венерологія. – 2002. – № 4 (18) – С 41-43.

8. Мавров Г.И. Ультраструктурные изменения нервной и сосудистой тканей дермы у больных ранними формами сифилиса / Г.И. Мавров, Г.П. Чинов // Журнал дерматологии и венерологии. – 2000. – №1(9). – С. 11-16.

REFERENCES

1. Volkoslavskaya V.N., Gutnev A.L., Chikina N.A. On the quasi-periodicity in the dynamics of syphilis based on the direction and organization of STI control in Ukraine // Abstracts of scientific and practical. Conference. – Odessa, 2003. – P. 25-26.

2. Katunin G.L., Frigo N.V., Rotanov S.V., Kitaeva N.V. Methods of laboratory diagnosis of neurosyphilis used in STI clinics Russian Federation. // All-Russian Congress of dermatologists, 3rd: Abstracts. – Kazan, 2009. – P.99-100.

3. Laboratory Service. Regulatory Documents - laboratory diagnosis of STI. Syphilis - guidelines, recommendations, standards of laboratory testing. Collection of documents. – Moscow: Publishing MO and MOO RAMLD, 2010. – 272. s

4. Litus A.I., Kutova V.V., Delokon O.N. at all. Modern possibilities of serological diagnosis of syphilis (comparative analysis). // Dermatology and Venereology – 2013. – № 4 (62). – P.34-43.

5. Losev V.A., Tsygankova E.P., Torshin I.E. The defeat of the vision in early syphilis // Abstracts of scientific papers VIII All-Russian Congress of dermatology. Part 2. – Moscow. – 2001. – P. 26.

6. Mavrov G.I. Problems of modern sifilidologii // Dermatology and venerology. – 2006. – № 2 (32). – С.9-23.

7. Mavrov G.I., Gubenko T.V. Effect of syphilis on pregnancy fetal development // Dermatology and Venerology. – 2002. – № 4 (18). – P. 41-43.

8. Mavrov G.I., Chinov G.P. Ultrastructural changes in the nervous and vascular tissues of the dermis in patients early forms of syphilis // Journal of Dermatology and Venereology. – 2000. – № 1 (9). – P. 11-16.

9. Mavrov G.I., Shcherbakova Y.V., Gubenko T.V., Kamenev V.I. Latent syphilis - research directions // // Dermatologiya and Venereology. – 2006. – № 3 (33). – P. 20-28.

10. Mavrov G.I. State of the problem of sexually transmitted diseases // Dermatology and Venerology. – 2003. – № 3 (17). – P. 3-10.

9. Мавров Г.И. Скрытый сифилис - направления исследований / Г.И. Мавров, Ю.В. Щербакова, Т.В. Губенко, В.И. Каменев // Дерматология та венерология. – 2006. – № 3 (33). – С. 20-28.

10. Мавров И.И. Состояние проблемы заболеваний, передающихся половым путем / И.И. Мавров // Дерматология та венерология. – 2003. – №3 (17). – С. 3-10.

11. Писклакова Т.П. Сифилитический гепатит / Т.П. Писклакова, Л.В. Крыленко, В.Г. Бивалькевич // Российский журнал кожных и венерических болезней. – 2000. – №4. – С. 59-60.

12. Прохоренков В.И. Скрытый сифилис: современное состояние проблемы / В.И. Прохоренков, С.Н. Шергин, Ю.В. Карачева // ИППП. – 2000. – №1. – С. 9-15.

13. Резенкина Л.Д. Анализ захворюваності венеричними та шкірними хворобами в Україні за останні роки / Л.Д. Резенкина // Журнал дерматологи и венерологии. – 2000. – №2. – С. 56-60.

14. Родиков М.В. Нейросифилис: от диагноза к лечению. Часть II. Диагностика, терапия, прогноз. / М.В. Родиков, В.И. Прохоренков // Вестник дерматол. венерол.- 2010. —№2. — С.20-25.

15. Щербакова Ю.В. Заболеваемость сифилисом в Украине. / Ю.В. Щербакова // Клінічна імунологія. Алергологія. Інфектологія. – 2009. – №1. – С. 82-85.

11. Pisklakova T.P., Krilenko L.V., Bivalkovich V.G. Syphilitic hepatitis // Russian Journal of Skin and Venereal Diseases. – 2000. – № 4. – P. 59-60.

12. Prohorenkov V.I., Shergin S.N., Karacheva Y. Latent syphilis: modern problems // STI. – 2000. – № 1. – P. 9-15.

13. Rezenkina L.D. Analysis of the incidence of venereal and skin diseases in Ukraine in recent years // Journal of dermatology and Venerology. – 2000. – № 2. – P. 56-60.

14. Rodykov M.V., Prohorenkov V.I. Neurosyphilis: Diagnosis such treatment. Part II. Diagnosis, therapy, prognosis. // Journal of Dermatology and Venerology. – 2010. – № 2. – P.20-25.

15. Shcherbakova Y.V. Morbidity of Syphilis in Ukraine. // Clinical. Immunology. Allergy. Infectology. – 2009. – № 1. – P. 82-85.

**ВИПАДОК ПІЗНЬОГО
НЕЙРОСИФІЛІСУ –
ПРОГРЕСИВНИЙ ПАРАЛІЧ**

Нікітенко І.М.

*ДУ «Інститут дерматології
та венерології НАМН України»*

Резюме. *Описано випадок: у хворої, 56 років, з уперше виявлено пізню форму сифілісу (Пізній нейросифіліс. Прогресивний параліч.). Хворій проведено курс специфічної терапії, що включає препарати пеніцилінового ряду в поєднанні з препаратами доксіцикліну, на тлі якої відзначалося значне поліпшення стану. Пацієнтка потребує подальшого диспансерного спостереження. Рішення питання про тактику ведення пацієнтки приймається разом з невропатологами.*

Ключові слова: *прихований сифіліс, пізній нейросифіліс, прогресивний параліч.*

Об авторе:

Никитенко Инна Николаевна – кандидат мед наук, старший научный сотрудник отдела инфекций, передающихся половым путем ГУ «Інститут дерматологии и венерологии НАМН Украины».

**CASE OF LATE
NEUROSYPHILIS –
PROGRESSIVE PARALYSIS**

Nikitenko I.N.

*SE«Institute of Dermatology and
Venereology of NAMS of Ukraine»*

Abstract. *A case of a patient, 56 years old, with the late form of syphilis that was diagnosed for the first time (Late neurosyphilis. Progressive paralysis.). The patient hold a course of specific therapy that consisted of penicillin drugs in combination with doxycycline drugs, on which background there was a significant improvement. The patient needs further medical observation. The question of the tactics of the patient is taken together with neuropatoloagami.*

Keywords: *latent syphilis, late neurosyphilis, progressive paralysis.*