

Заметки и наблюдения из практики

© КОЛЛЕКТИВ АВТОРОВ, 2014

УДК 616.8-002.6-036.1

НЕЙРОСИФИЛИС В КЛИНИЧЕСКОЙ ПРАКТИКЕ

Н.И. Сюч¹, С.А. Полевщикова¹, И.А. Якупов¹, И.Г. Галь², П.А. Дулин³

¹Московский научно-практический центр дерматологии и косметологии Департамента здравоохранения г. Москвы;

²Городская клиническая больница № 68, Москва; ³ФГКУ «Медицинский учебно-научный клинический центр

им. П.В. Мандрыка» Минобороны России, Москва

Представлено клиническое наблюдение больного, доставленного бригадой скорой медицинской помощи в городскую клиническую больницу с признаками острого нарушения мозгового кровообращения. При физикальном обследовании выявлена внутримозговая гематома правого полушария головного мозга. Серологическое исследование показало наличие позитивных реакций на сифилис. В связи с подозрением на нейросифилис проведено дополнительное исследование сыворотки крови и цереброспинальной жидкости в Центральной верификационной лаборатории по диагностике инфекций, передающихся половым путем, МНПЦДК Департамента здравоохранения Москвы, что подтвердило диагноз нейросифилиса.

Ключевые слова: нейросифилис; серологическое исследование сыворотки крови и цереброспинальной жидкости.

NEUROSYPHILIS IN CLINICAL PRACTICE

N.I. Syuch¹, S.A. Polevshchikova¹, I.A. Yakupov¹, I.G. Gal², P.A. Dulin³

¹Moscow scientific practical center of dermatology and cosmetology of the healthcare Department of Moscow; ²City Clinical Hospital N 68, Moscow; ³P.V. Mandryka Medical Research and Educational Centre, Moscow, Russia

Presented is the description of the 41-year-old patient who was delivered to the emergency department of the clinical hospital. The patient has clinical manifestations of the stroke. Intracerebral hematoma of the right cerebral hemisphere was diagnosed on clinical examination. Serosurvey was positive for syphilis. Due to the suspected neurosyphilis, the central laboratory performed additional examination.

Keywords: neurosyphilis; blood and spinal fluid serosurvey.

В настоящее время после эпидемии 90-х годов XX века наблюдается снижение заболеваемости сифилисом, однако при этом изменилась структура заболеваемости: значительно увеличился удельный вес скрытых и поздних форм, нейро- и висцерального сифилиса, что значительно затрудняет диагностику заболевания у больных, поступающих в лечебные учреждения по неотложным показаниям.

Сифилис — инфекционное заболевание человека, передающееся в большинстве случаев половым путем, вызываемое бледной трепонемой (*Treponema pallidum*) и характеризующееся хроническим волнообразным течением, чередованием периодов обострений с длительными скрытыми периодами.

Если пациент во вторичной стадии сифилиса не получал лечения, то все видимые проявления заболевания будут постепенно регрессировать и сифилис перейдет в раннюю скрытую стадию. На этой стадии больной может оставаться потенциально заразным, так как в крови циркулирует большое количество трепонем. Примерно через 1 год число трепонем в организме уменьшается и сифилис вступает в следующую стадию, известную как поздний скрытый сифилис. Выделение этих стадий имеет большое значение в диагностике и лечении сифилиса. Тем не менее необходимо иметь в виду, что часто невозможно определить точную продолжительность заболевания, и если есть сомнения относительно точ-

ного времени проявления первичного аффекта в прошлом, то пациент должен рассматриваться как больной с поздним скрытым сифилисом.

После многих лет скрытого течения при отсутствии лечения заболевание переходит в свою наиболее деструктивную стадию — третичный сифилис. При этом может наблюдаться поражение кожи и слизистых оболочек, морфологической основой которого, как правило, является гранулематозное воспаление, а клинические проявления характеризуются бугорковыми и гуммоными высыпаниями. Помимо кожи и слизистых оболочек, поражаются внутренние органы — сердце, печень, нервная система, опорно-двигательный аппарат, развивается слепота, возникают неврологические проявления, болезни сердца, наступает летальный исход [1].

У некоторых больных при отсутствии лечения или его недостаточности через 10—20 лет после заражения могут быть диагностированы поздние формы сифилиса нервной системы. Нейросифилис протекает как бессимптомно, так и в форме менингovasкулярного сифилиса, спинной сухотки или прогрессирующего паралича.

Третичный сифилис диагностируется на основании совокупности клинических признаков и результатов серологических реакций. Люмбальную пункцию выполняет врач-невролог. Показаниями к ее проведению являются: наличие неврологических симптомов при любой стадии сифилиса, сифилитическое поражение глаз,

сердечно-сосудистой системы, третичный или врожденный сифилис. В обязательном порядке люмбальную пункцию проводят у всех пациентов при наличии ВИЧ-инфекции и положительных результатах серологических реакций на сифилис, а также у всех пациентов с неврологическими симптомами при подозрении на возможную этиологическую роль сифилитической инфекции в развитии этих симптомов. Цереброспинальную жидкость (ЦСЖ) исследуют цитологическим методом, проводят анализ на белок, а также комплекс серологических реакций, включающий реакцию микропреципитации (РМП), антикардиолипидный тест или реакцию иммунофлюоресценции (РИФ) [2, 3].

В Руководстве по кожным и венерическим болезням под редакцией Ю.К. Скрипкина и В.Н. Мордовцева [4] указано, что «поражение центральной нервной системы и внутренних органов в нашей стране встречается сравнительно редко». В настоящее время в силу ряда обстоятельств ситуация радикально изменилась. После эпидемии сифилиса 90-х годов прошлого столетия произошло перераспределение в структуре форм сифилиса — ранних в поздние, отмечена тенденция к нарастанию уровня заболеваемости нейросифилисом, в частности в Москве, как в абсолютных, так и в интенсивных показателях. В связи с увеличением количества случаев заболевания нейросифилисом Департаментом здравоохранения г. Москвы издан приказ от 15.03.2012 № 190 «О взаимодействии врачей-дерматовенерологов с врачами смежных специальностей (неврологами, психиатрами, наркологами, офтальмологами, оториноларингологами) при выявлении нейросифилиса и тактике ведения больных» [5]. В приложении к приказу прописан алгоритм взаимодействия врачей разных специальностей при выявлении у пациентов соответствующих стационаров положительных результатов серологических реакций на сифилис и/или обнаружении подозрительных на сифилис клинических проявлений.

Во многих стационарах и кожно-венерологических учреждениях обследуют потенциально больных нейросифилисом, а также серопозитивных по сифилису пациентов с ВИЧ-инфекцией, наркоманов, больных, страдающих психическими расстройствами, с поражением органов слуха, зрения, ранее переболевших сифилисом и сохранивших серопозитивность (серорезистентность) [6]. Обследование с целью подтверждения или исключения диагноза нейросифилиса должно проводиться у пациентов с положительными результатами серологических реакций на сифилис в следующих случаях: при подозрении на поздний скрытый сифилис или сифилис неуточненный (ранний или поздний), при нарушении функций центральной и периферической нервной системы, органов зрения и слуха независимо от давности предполагаемого заражения, при сопутствующей ВИЧ-инфекции, при предполагаемой серорезистентности.

Диагностические мероприятия по верификации диагноза сифилиса, согласно приказу № 190, должны быть проведены в том же стационаре, в котором получены положительные результаты серологического скрининга. При получении положительных результатов серологического скрининга (РМП или ее модификации в количественном варианте в сочетании с

иммуноферментным анализом (ИФА) или реакцией пассивной гемагглютинации (РПГА) лечащим врачом стационара в 3-дневный срок должна быть организована консультация врача-дерматовенеролога с целью проведения осмотра и при необходимости назначены дополнительные (уточняющие) серологические тесты на сифилис. Среди этих серологических тестов может быть исследование крови методами РПГА, ИФА или РИФ, если они ранее не проводились, в исключительных случаях — реакция иммобилизации бледных трепонем (РИБТ). Помимо определения цитоа и белка, при исследовании ликвора применяют нетрепонемные (РМП или ее модификации) и трепонемные (РИФ, ИФА в модификации) тесты. В качестве дополнительного исследования проводятся РПГА в модификации и иммуноблот.

Диагноз устанавливают на основании данных клинического и лабораторного обследования врач-дерматовенеролог в сотрудничестве с лечащим врачом — специалистом (неврологом, психиатром, наркологом, офтальмологом, оториноларингологом). Определяется тактика ведения больного в условиях дерматовенерологического, неврологического или психиатрического стационара. Согласно приказу № 190, специфическое лечение назначает врач-дерматовенеролог, а патогенетическую, симптоматическую и реабилитационную терапию — врач-невролог, врач-психиатр, врач-нарколог, врач-офтальмолог, врач-оториноларинголог.

По окончании пребывания больного в стационаре выписку из истории болезни с заключением о трудоспособности пациента и рекомендациями направляют в кожно-венерологическое учреждение для проведения клинико-серологического контроля не менее трех лет. Исследование ликвора проводят 1 раз в 6 мес, а у пациентов с ВИЧ-инфекцией — 1 раз в 3 мес [7, 8].

Приводим клиническое наблюдение нейросифилиса у пациента, поступившего в городскую клиническую больницу по неотложным показаниям с острым нарушением мозгового кровообращения.

Б о л ь н о й С . , 41 год, доставлен в июне 2013 г. бригадой скорой медицинской помощи в противошоковую палату ГКБ №68 в тяжелом состоянии. Со слов врача бригады скорой медицинской помощи, пациент отметил утром, находясь на рабочем месте, резкое ухудшение самочувствия. Внезапно появилась слабость, возникли судороги в левой руке и ноге, нарушилась речь.

При осмотре состояние пациента тяжелое, запах алкоголя изо рта отсутствует. Телосложение правильное, питание удовлетворительное. Кожные покровы бледно-розовые, влажные; отек отсутствует; склеры обычной окраски, инъецированы. Костная система развита удовлетворительно, движения в суставах в полном объеме. Периферические лимфатические узлы не увеличены. Тоны сердца глухие. Артериальное давление 173/96 мм рт. ст. Частота сердечных сокращений 80 в минуту. Грудная клетка правильной формы, дыхание адекватное. Вспомогательные мышцы в дыхании не участвуют. Аускультативно в легких дыхание жесткое, проводится во все отделы, хрипы не выслушиваются. Частота дыхательных движений 18 в минуту. Органы пищеварения без изменений. Функции тазовых органов не контролирует.

Неврологический статус: сознание оглушенное. Моторная афазия. Менингеальные симптомы отсутствуют. Глазные щели, зрачки равномерные. Открывание глаз спонтанное. Зрачки умеренно расширены. Реакция на свет сохранена. Недостаточность акта конвергенции слева, парез взора слева. Симптомов выпадения не выявлено. Асимметрия лица слева. Слух сохранен. Девиация языка. Тонус мышц снижен слева, гемипарез с преобладанием в левой руке и ноге. Сухожильные и периостальные рефлексы повышены слева; патологические стопные рефлексы Бабинского справа. Левый подошвенный рефлекс не вызывается. Брюшные рефлексы (средние и нижние), рефлексы орального автоматизма отсутствуют.

Диагноз: цереброваскулярная болезнь; острое нарушение мозгового кровообращения; синдром правой спинно-мозговой артерии; внутримозговая гематома правого полушария мозга; гипертоническая болезнь III стадии; судорожный синдром.

При исследовании головного мозга методом мульти-спиральной компьютерной томографии в правой гемисфере обнаружена внутримозговая гематома размером 56 × 32 × 45 мм (объемом до 23 мл). Срединные структуры смещены влево до 3 мм. Базальные цистерны симметричны, сужены. Желудочки мозга асимметричны за счет сдавления правого бокового желудочка. Сильвиевы щели, конвекситальные борозды, субархноидальные пространства сужены. Внутренние сонные артерии сужены, имеют нормальный ход и диаметр по кровотоку; расположены симметрично. Заключение: внутримозговое кровоизлияние в правую гемисферу; смещение срединных структур влево; отек головного мозга.

При повторном исследовании через 4 дня гематома в правой гемисфере размером 59 × 26 мм (объемом до 22—23 мл), окруженная перифокальным отеком. Срединные структуры смещены влево до 2—3 мм. Желудочки мозга асимметричны за счет сдавления правого бокового желудочка. Конвекситальные борозды справа сужены.

Сведения об авторах:

Московский научно-практический центр дерматологии и косметологии Департамента здравоохранения г. Москвы
Сюч Наталья Иосифовна – д-р мед. наук, проф., зав. центральной верификационной лабораторией по диагностике ИППП.
Полещикова Светлана Алексеевна – канд. мед. наук, зав. клинико-диагностической лабораторией филиала «Центральный».
Якупов Ильяс Абдулович – канд. мед. наук, зам. гл. врача по медицинской части филиала «Зеленоградский».

Городская клиническая больница №68 Москва

Галь Игорь Геннадьевич – д-р мед. наук, проф., гл. врач.

Медицинский учебно-научный клинический центр им. П.В. Мандрыка МО РФ, Москва

Дулин Петр Алексеевич – д-р мед. наук, проф. каф. терапии усовершенствования врачей; e-mail: dulinp55@mail.ru

ЛИТЕРАТУРА

1. Домейка М., Савичева А.М., Соколовский Е., Баллард Р., Унемо М., ред. *Руководство по лабораторной диагностике инфекций урогенитального тракта*. СПб.: Издательство Н-Л; 2012: 126—7.
2. Дмитриев Г.А. и др. Лабораторная диагностика нейросифилиса: проблемы и перспективы. *Современные проблемы дерматовенерологии, иммунологии и косметологии*. 2012; 2 (21): 7—11.
3. Потекаев Н.Н. и др. Проблемы выявления и ведения больных нейросифилисом (НС) в г. Москве. *Клиническая дерматология и венерология*. 2012; 2: 48—51.
4. Скрипкин Ю.К., Мордовцев В.Н., ред. *Кожные и венерические болезни*: Руководство для врачей. 2-е изд. М.: Медицина; 1999; т. 1: 506—9.
5. Приказ Департамента здравоохранения г. Москвы №190 от 15.03.2012 «О взаимодействии врачей-дерматовенерологов с

При лабораторном исследовании рН крови 7,36; калий 3,2 ммоль/мл, натрий 136 ммоль/мл, глюкоза 12,4, сатурация 97%.

При серологическом исследовании выявлены положительные реакции на сифилис.

В связи с возникшим подозрением на нейросифилис образцы сыворотки крови и ЦСЖ направлены на дополнительное серологическое исследование в Центральную верификационную лабораторию по диагностике ИППП Московского научно-практического центра дерматовенерологии и косметологии Департамента здравоохранения Москвы. Результаты верификационных тестов сыворотки крови: РМП ++ (1/4), ИФА суммарные антитела — КП 13,3; ИФА IgM не обнаружены; ИФА IgG — КП 12,0; РПГА ++++; РИФ ++++; РИФ-200 ++++. Результаты верификационных тестов ЦСЖ: РМП отрицательная; ИФА суммарные антитела — КП 6,1; ИФА IgG — КП-6,1; РПГА ++; РИФ ++++. На основании клинико-серологических данных поставлен диагноз: нейросифилис.

Заключение

В настоящее время в связи с увеличением частоты поздних форм сифилиса и тенденцией к нарастанию уровня заболеваемости нейросифилисом особого внимания требует соблюдение алгоритма клинико-лабораторного обследования пациентов дерматовенерологических, неврологических, психиатрических стационаров при наличии у них нарушений функции центральной и периферической нервной системы, органов зрения и слуха независимо от давности предполагаемого заражения, а также сопутствующей ВИЧ-инфекции и предполагаемой серорезистентности. Поскольку нейросифилис является междисциплинарной проблемой, необходимо комплексное клинико-лабораторное, клинико-инструментальное обследование пациентов с участием врачей разного профиля: дерматовенерологов, неврологов, психиатров, наркологов, офтальмологов и др.

- врачами смежных специальностей (неврологами, психиатрами, наркологами, офтальмологами, отоларингологами) при выявлении нейросифилиса и тактике ведения больных». М.; 2012.
6. Залевская О.В., Важбин Л.Б., Лосева О.К., Шувалова Т.М. Сифилис нервной системы пациентов, лечившихся по поводу сифилиса в прошлом. *Клиническая дерматология и венерология*. 2010; 3: 76—81.
 7. Лосева О.К., Алейникова О.И., Аншуков А.В., Устьянцев Ю.Ю. Нейросифилис у больных психиатрического стационара. *Клиническая дерматология и венерология*. 2012; 1: 101—7.
 8. Лосева О.К., Важбин Л.Б., Шувалова Т.М., Залевская О.В., Юдакова В.М., Устьянцев Ю.Ю. Нейросифилис в практике психиатра. *Журнал неврологии и психиатрии им. С.С. Корсакова*. 2011; 111 (12): 77—82.

Поступила 27.11.13