

**В.Н. РОКИЦКАЯ, Ф.Г. САФИНА**Казанская государственная медицинская академия  
Республиканский кожно-венерологический диспансер МЗ РТ

## Поражение глаз при различных формах сифилиса

**Рокицкая Вера Николаевна**кандидат медицинских наук, доцент кафедры дерматовенерологии.  
420015, г. Казань, ул. Горького, д. 17, кв. 1, тел.: (843) 238-48-48

*В статье представлены данные по заболеваемости сифилисом и нейросифилисом за последние 10 лет, описаны клинические проявления со стороны глаз при разных формах и вариантах сифилиса.*

**Ключевые слова:** сифилис, нейросифилис, поражение глаз.

**V.N. ROKITSKAYA, F.G. SAFINA**

## Lesions of eyes at various forms of the syphilis

*In article data on morbidity of syphilis and neurosyphilis for last 10 years are presented, clinical eye-lesion at different forms and variants of syphilis are described.*

**Keywords:** syphilis, neurosyphilis, eye-lesion.

**Бледная трепонема** — микроб, вызывающий сифилис, открыта уже более ста лет назад (5 марта 1905 г. Шаудином и Гофманом). Известны и досконально изучены её свойства: она является вазотропом, лимфотропом, нейротропом, а также обладает свойством растворять коллаген, что объясняет проникновение микроба в любую ткань и орган человеческого организма, включая нервную ткань (спинной и головной мозг), для неё не является препятствием гематоэнцефалический барьер. Повсеместное проникновение бледной трепонемы объясняет многообразие клинических проявлений сифилиса нервной системы. Проблема нейросифилиса находилась и находится в центре внимания Казанской неврологической и дерматологической школ. И хотя нейросифилис относится к так называемым «редким» формам сифилиса, установление такого диагноза не является в последние годы редкостью, что подтверждает наш клинический опыт: с 1999 по май 2009 года на нашей кафедре диагностировано и пролечено 29 больных с различными формами нейросифилиса:

1) поражения зрительных анализаторов: увеит, передний паренхиматозный кератит, неврит зрительных нервов, птоз, сходящееся и расходящееся косоглазие, миоз, мидриаз;

2) невриты слуховых нервов (кохлеарный неврит), понижение костной проводимости, временная потеря слуха;  
3) диффузный сифилис мозга;  
4) спинная сухотка;  
5) поздний нейросифилис.

Таким образом, пик заболеваемости сифилисом, по нашим данным, приходится на 2000 год с последующим снижением.

В то же время А.А. Кубанова (2008) отмечает выраженную тенденцию к снижению заболеваемости сифилисом: если в 1997-1998 г.г. этот показатель равнялся 286 случаев на 100 тыс. населения, то в 2002 году заболеваемость сифилисом снизилась до 114 случаев на 100 тыс. населения, а в 2007 году — до 63,1 случаев на 100 тыс. населения.

Поражение глазного анализатора наблюдается во всех периодах и при всех формах приобретенного и врожденного сифилиса и подчас является единственным клиническим проявлением заболевания. Ранняя диагностика этой патологии имеет определенное значение для предупреждения тяжелых поражений глаза и его придатков. Возможны поражения зрительного нерва, век, конъюнктивы, слезного аппарата, орбиты, роговицы, склеры, хрусталика, стекловидного тела, сосудистого

**Таблица 1**  
**Динамика заболеваемости сифилисом по г. Казани**

Годы	Всего больных сифилисом	В том числе нейросифилисом
1999	1730	2
2000	2067	5
2001	1796	2
2002	1254	1
2003	1018	1
2004	804	2
2005	681	2
2006	559	4
2007	695	3
2008	406	6
8 мес. 2009 г.	343	1

тракта, сетчатки. При первичном сифилисе — в виде твердого шанкра, как правило, век, конъюнктивы и склеры.

При вторичном — появление розеол, папул и пустул на веках и конъюнктиве, появляющихся под видом язвенного блефарита с выпадением ресниц, острого одностороннего, реже двустороннего серофиброзного ирита или иридоциклита.

#### Первичный период сифилиса

После инкубации — 3-4 недели, на веках, конъюнктиве, склере образуется твердый шанкр, хотя явление это относительно редкое и возникает при близком контакте с больным сифилисом (поцелуи, вылизывание соринки, укусах век), локализуется чаще на краю века и нередко переходит на конъюнктиву, может напоминать акне или папулу, затем - изъязвление с салным налетом и плотным валиком по периферии. Изъязвление твердого шанкра происходит не всегда, но безболезненный регионарный аденит поможет поставить правильный диагноз. Шанкры могут быть и единичными, и множественными, на одном и на обоих веках. Диагностические ошибки часты: ячмень, новообразование. Твердый шанкр конъюнктивы локализуется почти всегда во внутреннем углу глазной щели, на полулунной складке и очень редко на конъюнктиве верхнего века и склере. Предушные и подчелюстные лимфоузлы увеличены, уплотнены, безболезненны. Подтверждается диагноз исследованием серозного отделяемого с поверхности язвы на бледную трепонему и серологическим исследованием крови.

**Вторичный период сифилиса** характеризуется появлением розеол, папул и пустул на веках и конъюнктиве, язвенным блефаритом и выпадением ресниц. Сифилитическое поражение переднего отдела сосудистого тракта глаза наиболее часто протекает под видом острого одностороннего, реже двустороннего, серофиброзного ирита, иридоциклита или переднего увеита.

*Уvealный тракт:* радужка, цилиарное тело, хориоидея.

*Жалобы:* Боль в области глаза и соответствующей половине головы. Понижение зрения или затуманенное зрение, темные плавающие пятна перед глазами.

*Клинически:* Отечность, припухлость и смывость рисунка радужки.

*Офтальмоскопия:* Образование задних синехий в виде

спаек пигментного слоя радужки с передней капсулой хрусталика, появление жирных преципитатов на задней поверхности роговицы, кровянистого или гнойного экссудата в передней камере, диффузной мути в стекловидном теле. Несвоевременное лечение может привести к значительному поражению зрения и слепоте.

Сифилитические иридоциклиты нередко сопровождаются вовлечением в процесс хориоидеи, сетчатки, зрительного нерва.

*Хориоретинит:* поражение сосудистой оболочки глаза — диффузный, как правило, двусторонний — снижение зрения, пылевидное помутнение стекловидного тела, при тяжелом течении — атрофия хориоидеи, сужение и запустевание сосудов, атрофия нерва и дальнейшее снижение зрительных функций. При более позднем периоде вторичного сифилиса развивается центральный хориоретинит — зрение значительно снижается, появляется центральная скотома и желтовато-беловатые очажки в желтом пятне при офтальмоскопии.

**Сифилитический увеит** наиболее часто протекает в виде хориоретинита, ирита или иридоциклита. Они сочетаются и с другими формами поражения органов зрения — интерстициальным кератитом (бельмо) и невритом зрительного нерва (папиллитом). Симптомы самого заболевания (увеита) выражены нечетко, в основном это снижение зрения или затуманенное зрение, темные «плавающие» пятна перед глазами. Возможно осложнение увеита: катаракта, глаукома, отслойка сетчатки. Такие признаки, как сильная боль, светобоязнь, покраснение имеют место лишь при острых иритах или иридоциклитах.

**Интерстициальный паренхиматозный кератит** (хроническая неязвенная инфильтрация глубоких слоев роговицы с воспалением сосудистой оболочки) встречается чаще при позднем врожденном сифилисе. Могут быть поражены оба глаза. Иногда приобретенный сифилис или туберкулез вызывают у взрослых одностороннее поражение.

*Симптомы:* светобоязнь, боль, слезотечение и постепенная потеря зрения. Поражение начинается с глубоких слоев роговицы и вскоре она вся становится похожа на матовое стекло, скрывающее радужку. Из лимба вырастают новообразован-

ные кровеносные сосуды, создавая участки оранжево-красного цвета («пососевые» пятна). Нередко развивается ирит, иридоциклит, хориоидит (зрение или пропадает, или остается сниженным (остаются участки помутнения роговицы, даже если восстанавливается прозрачность — зрение страдает, папиллит (неврит зрительного нерва). Главный симптом — потеря зрения: офтальмоскопия — гиперемия, отек диска зрительного нерва, сетчатка отечна.

#### **К поражению зрительного анализатора также относятся:**

**Амблиопия** — снижение остроты зрения.

**Амавроз** — потеря остроты зрения, концентрическое сужение полей зрения — сужение полей зрения со всех сторон.

**Скотомы** — выпадение отдельных участков полей зрения.

**Гомонимная гемиакопия** — выпадение одноименных половин полей зрения каждого глаза.

**Квадрантная гомонимная гемианопсия** — выпадение квадрантов зрительного поля (верхних и нижних).

**Гемианопсия гетеронимная** — выпадение разноименных половин полей зрения (внутренних или наружных), битемпоральная — выпадение наружных, височных полей зрения, биназальная — выпадение внутренних полей зрения (от центральной или периферической скотомы до полной слепоты — нередко за 1-2 дня; зрачковый рефлекс на свет подавлен). При лечении зрение восстанавливается, но может развиваться постневритная атрофия зрительного нерва.

**Глазодвигательный нерв - 3 пара (N. Oculomotorus)** — поражение крупноклеточных ядер: расходящееся косоглазие — глазное яблоко повернуто кнаружи и вниз, сопровождается нарушением конвергенции, бинокулярного зрения и диплопией (двоение в глазах) при взгляде в сторону здорового глаза.

**Экзофтальм** — преобладание тонуса *m. orbitalis*, глаз «выстоит» из орбиты. Птоз — паралич *m. levator palpebrae*, опущение верхнего века.

#### **Поражение парасимпатических ядер:**

**Мидриаз** — функциональное преобладание *m. dilatator pupillae* — расширение зрачка. Нарушение аккомодации. Нарушение реакций зрачка на свет.

**N. trochlearis (4 пара)** — легкое сходящееся косоглазие с поворотом глазного яблока вверх и кнутри, диплопией при взгляде в сторону пораженной мышцы (при взгляде вниз).

**N. Abducens (6 пара)** — отводящий нерв: выраженное сходящееся косоглазие и диплопия при взгляде в сторону пораженной мышцы (кнаружи).

Разнообразные поражения органов зрения наблюдаются в третичном периоде сифилиса: у края века, на коже, мышце или хряще развиваются единичные и множественные гуммы в виде узлов различной величины, напоминающие халазии

он (хлоазма), или ячмень. Располагаются и на верхних, и на нижних веках, на одном или 2-х глазах. Лимфатические узлы, в отличие от твердого шанкра, не увеличены. Затем — выворот век, деформация, отек верхнего века, ограничение подвижности глазного яблока и диплопия. Поражается слезный мешок - дакриоцистит — в области его проекции образуется незаживающая язва с салным налетом. Редко наблюдаются гуммы конъюнктивы, гуммы склеры. Они или распадаются, образуя язвы, или регрессируют под влиянием специфического лечения. При гуммозном поражении орбиты глазное яблоко смещается в ту или иную сторону, появляются экзофтальм, отек век и околоорбитальной области, двоение в глазах, снижение зрения и полная слепота, ночные боли.

Очень редко при третичном сифилисе возникает гуммозный кератит, осложняющийся иритом и иридоциклитом. Процесс может закончиться распадом, несмотря на проведенную терапию. При эффективном лечении — регресс и рубец.

Гумма радужки на одном глазу, как правило, сопровождается выраженной перикорнеальной инъекцией, нередко помутнением роговицы, инфильтрацией радужки. При отсутствии терапии гуммозный процесс распространяется на переднюю камеру, на склеру и другие отделы и может привести к развитию глаукомы. Возможна атрофия радужки. Гумма цилиарного тела начинается остро — с резкой боли в глазу, слезотечения, светобоязни. Без лечения гумма прорастает склеру и заканчивается атрофией глазного яблока или абсолютной глаукомой. При энергичной специфической терапии исход удовлетворительный. Поражение сосудистой оболочки глаза при третичном сифилисе протекает по типу хориоретинитов, как и при вторичном сифилисе, гуммы хориоидеи. Процесс сопровождается помутнением стекловидного тела и кровоизлиянием в область патологического очага. Гумму хориоидеи следует дифференцировать с псевдогуморозной дистрофией Кунт-Юниуса и злокачественным новообразованием.

При раннем врожденном сифилисе развивается неврит зрительного нерва и его атрофия (слепота), при позднем — паренхиматозный кератит (бельмо), а в более позднем возрасте — глаукома.

В заключении отметим, что увеличение частоты сифилиса естественно повлекло учащение случаев сифилиса нервной системы, среди которых явное преобладание имеет поражения зрительных и слуховых анализаторов. К сожалению, у офтальмологов, как правило, не возникало подозрения на сифилитическую природу заболевания. Причины диагностических ошибок, запоздалой диагностики и лечения связаны с низким уровнем знания клиники сифилиса нервной системы у врачей первичного звена, отсутствием настороженности в отношении нейросифилиса и запоздалым целенаправленным лабораторным обследованием (МРП, ИФАigm, РПГА, РИФ), консультацией дерматовенеролога.

Достоверными диагностическими признаками сифилиса являются: клиническая картина, лабораторная диагностика, нахождение бледных трепонем в очаге поражения на веках, конъюнктиве, положительные серологические тесты, офтальмоскопия. Ранняя диагностика и своевременная терапия приводят, как правило, к излечению, сохраняют больному сифилисом зрение и избавляют от тяжелых необратимых осложнений.

#### **ЛИТЕРАТУРА:**

1. Кубанова А.А. Анализ эпидемиологической ситуации по заболеваемости инфекциями, передаваемыми половым путем, болезнями кожи и подкожной клетчатки населения Российской Федерации, по данным официальной государственной статистики Вестник дерматол. и венерол. 2008; 5: 8-18.