

у 30%. Положительные РИФ, РПГА, IgG были у всех пациентов, РИТ — у 98,5%. IgM не выявлены ни у кого из больных.

Хотя у одной больной с выявленным ранним нейросифилисом РИТ была только 30%.

Все пациенты целенаправленно осмотрены терапевтом, инфекционистом, ЛОР-врачом, окулистом и неврологом.

Неврологические патологические симптомы (анизокория, снижение реакции на свет и конвергенцию, анизореклексия и др.) выявлены у 28% обследованных. Патология органов зрения (увеит, папиллит, нейтропатия и ангиопатия сетчатки, хориоретинальная дистрофия, атрофия зрительного нерва) найдены у 26%, диссоциация костно-воздушной проводимости слуха — у 14%.

Тяжелой специфической соматической патологии у обследованных больных не выявлено.

Диагностическая люмбальная пункция произведена 59 пациентам. У половины из них диагностирован ран-

ний нейросифилис. При этом частота его выявления не зависела от степени позитивности КСР. Серологические реакции крови и ликвора у 6 больных, адекватно пролеченных ранее, остались положительными.

Среди консультированных больных 87 человек нуждались в дообследовании и дополнительном лечении, 47 — в продолжении сроков КСК, с диагнозом «серологическая фиксация сифилиса» сняты с диспансерного наблюдения 25 человек.

Таким образом, высокий процент больных сифилисом, с выявленной специфической патологией после полноценного лечения, обязует своевременно обследовать их смежными специалистами.

Рост выявляемости нейросифилиса в последние годы даже у адекватно пролеченных больных, указывает на необходимость моделирования схем лечения сифилиса. Целесообразно включение в та-кие схемы ангиопротекторов, нейтропных средств, иммунопрепаратов, общеукрепляющих методов терапии.

## НЕЙРОПАТОЛОГИЯ У БОЛЬНЫХ С РАЗЛИЧНЫМИ ФОРМАМИ СИФИЛИСА

О.Э. Полухина

Городская кожно-венерологическая больница №6, Санкт-Петербург

Заболеваемость сифилисом снижается в течение последних нескольких лет. Возможно, более правильно было бы говорить о снижении регистрируемой заболеваемости сифилисом. Вместе с тем, увеличение удельного веса сифилиса скрытого раннего, вторичного рецидивного свидетельствует о позднем выявлении заболевания и общем неблагополучии. Остается стабильно высоким и выявление нейросифилиса.

Известно, что выявление нейросифилиса пропорционально количеству люмбальных пункций. Сложности, связанные с этим методом диагностики понятны, мешает предубеждение наших пациентов против этой процедуры, не имеющее под собой реальной основы. Количество пункций прямо пропорционально настойчивости и способности к убеждению лечащего врача. В Городской кожно-венерологической больнице №6 ликворологическое обследование пациентов проводится с 1997г., количество пункций с каждым годом увеличивается, что позволяет проводить анализ заболеваемости нейросифилисом, активности его выявления, а также тактики ведения этих пациентов.

Диагноз нейросифилиса выставляется на основании клинических проявлений и результатов исследования спинномозговой жидкости. Не все пациенты, имеющие неврологическую симптоматику, соглашаются на люмбальные пункции. До 2003 года мы позволяли себе диагностировать ранний нейросифилис /в частности менингovasкулярный/ при наличии у пациента неврологической симптоматики и его отказе от пункции. Специфичность процесса подтверждалась разрешением клинических проявлений под влиянием специ-

фической терапии. По всей видимости, диагноз этот не совсем корректен с точки зрения доказательной медицины, в настоящее время, мы считаем необходимым обязательное подтверждение диагноза результатами анализа спинномозговой жидкости. Разумеется, пациенты, у которых прослеживается неврологическая симптоматика, получают специфическую терапию в полном объеме независимо от того, соглашаются они на пункцию или нет, но без изменения диагноза.

В ликворе оценивается количественный и качественный клеточный состав, содержание белка и КСР, включая микрореакцию. Естественно, проводится постановка РИФ с цельным ликвором, но этот тест не считается нами достаточным для постановки диагноза. Известно, что РИФ в ликворе становится положительной уже на стадии первичного сифилиса /что и выявлено нами у 2 пациентов с сифилисом первичным серопозитивным/. Пациенты в обязательном порядке осматриваются окулистом, отоларингологом и неврологом. К сожалению, нам недоступны серьезные рентгенологические исследования. Так, за год всего 5 пациентов сделали магнитно-резонансные томограммы. Количество пациентов, нуждающихся в этом исследовании, было примерно в 5 раз больше.

Клинический диагноз выставляется лечащим врачом совместно с неврологом.

В 2001 г. на базе КВБ №6 было сделано 123 люмбальных пункций. Выявлено нейросифилиса раннего 57 случаев, нейросифилиса позднего — 10. В 2002 г. количество люмбальных пункций увеличилось до 140, выявлено нейросифилиса раннего 80 случаев, нейроси-

филиса позднего — 7. В 2003 г. произведено 224 люмбальных пункций. Выявлено нейросифилиса раннего 88 случаев, соответственно позднего — 4. Несложно подсчитать, что в 2001 г. выявленный нейросифилис составил 43,6% из общего количества обследованных ликворологически пациентов, в 2002 г. — 57,1%, а в 2003 г. — 39,3%. Некоторое снижение выявления нейропатологии не связано с уменьшением заболеваемости нейросифилисом, а скорее связано с расширением обследуемого контингента больных.

Надо отметить, что изменяется и качественный состав заболеваемости. По выявляемости на первом месте в течение всех последних лет, безусловно, остается такая форма нейросифилиса как асимптомный менингит. Однако, в 2003 г. произошло резкое увеличение удельного веса этой формы /27 случаев в 2001 г., 43 в 2002 г. и 88 в 2003г./ Снизилась регистрация сифилиса мениггоvasкулярного /соответственно 26, 34 и 17 случаев/. Учитывая то, что регистрация асимптомного менингита явно неполноценна из-за отсутствия соответствующей формы в МКБ 10, в 2003 г. у нас должно быть статистическое снижение регистрации нейросифилиса, что совершенно не соответствует действительности. Изменилась и внутренняя структура заболеваемости. Если в 2001 и 2002 гг. асимптомный менингит выявлялся примерно в равной степени у пациентов с сифилисом вторичным рецидивным и сифилисом скрытым ранним, то в 2003 г. асимптомный менингит выявлен у 20 пациентов с сифилисом вторичным рецидивным и у 46 пациентов с сифилисом скрытым ранним.

Существенно помолодел поздний нейросифилис. Так, в 2003 г. в КВБ №6 поступила по направлению КВД №4 пациентка 28 лет с жалобами на слабость в нижних конечностях, нарушение походки, нарушение функций тазовых органов. При обследовании выявлено полное отсутствие прямых и содружественных реакций зрачков на свет, сухожильных /ахилловых и коленных/рефлексов. В позе Ромберга пациентка неустойчива. В ликворе цитоз 330/3, белок 0,6, КСР 4+, РИФ 4+. На магнитно-резонансной томограмме пояснично-крестцового отдела позвоночника — картина начальных дегенеративных изменений в сегментах L-5,S-1. Пациентке выставлен диагноз спинной сухотки. На фоне двух курсов специфической терапии существенных изменений в состоянии пациентки не произошло. В 2002 г. выявлен мужчина 41 года с поздним сифилисом, первичной атрофией зрительных нервов, и, соответственно, со стойкой потерей зрения.

Сложным остается решение вопроса о необходимости проведения повторных курсов лечения. Если ориентироваться в назначении повторных курсов на ликворологический контроль по истечении 6 месяцев, то наши пациенты получать дополнительное лечение не будут, т.к. только единицы из общего количества больных с нейросифилисом соглашались на повторную люмбальную пункцию. Очевидно, что в каждом конкретном случае надо решать эту проблему индивидуально. Так же остается открытым вопрос о неврологической и психологической реабилитации наших пациентов по окончании специфической терапии.

## О РАННЕМ ВРОЖДЕННОМ СИФИЛИСЕ У НОВОРОЖДЕННЫХ

И.Р. Милявская, И.А. Горланов, Л.М. Леина

Санкт-Петербургская Государственная педиатрическая медицинская академия

К появлению множества случаев раннего врожденного сифилиса (РВС) в конце XX — начале XXI привел не столько рост заболеваемости приобретенным сифилисом, сколько увеличение числа необследованных беременных женщин, не состоящих на учете в женских консультациях, поздно начатое специфическое лечение, применение в терапии пролонгированных препаратов пенициллина.

Клинические проявления РВС зависят от сроков инфицирования плода и преморбидного состояния матери. Сложность трактовки диагноза связана с многообразием клинических признаков, большая часть которых не является патогномоничными, в то время как специфические признаки (поражение кожи и слизистых) встречаются довольно редко (17% и 5%), а диагностика наиболее значимого специфического признака РВС — поражения костной системы (60%) требует проведения рентгенологического обследования.

Манифестная форма РВС чаще характеризуется поражением печени (гепатомегалия 57%, гепатит 31%),

селезенки (38%), анемией (48%), специфическим менингитом (48%), пневмонией (30%), что, безусловно, требует дифференциальной диагностики с другими внутриутробными инфекциями.

При моносимптомном РВС единственным признаком заболевания чаще оказывается специфический остеохондрит II степени, или асимптомный менингит с положительными серологическими реакциями в ликворе.

Постановка диагноза «скрытый РВС» (не более 20%) требует большой ответственности и допустима либо в случае нарастания титров серологических реакций в процессе лечения, либо при более высоких титрах серологических реакций у новорожденного по сравнению с материнскими.

Учитывая полиорганность поражения, лечение РВС целесообразно проводить водорастворимыми препаратами пенициллина сроком не менее 20 дней, что в дальнейшем обеспечивает быструю негативацию серологических реакций и отсутствие рецидивов заболевания.