

ВОПРОСЫ ПРАКТИЧЕСКОГО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ

© ТРУНЕВА О.Ю.

ПРИМЕНЕНИЕ ПРЕПАРАТА КОРТЕКСИНА ПРИ ЧАСТИЧНОЙ АТРОФИИ ЗРИТЕЛЬНЫХ НЕРВОВ СИФИЛИТИЧЕСКОЙ ЭТИОЛОГИИ

О.Ю. Трунёва

Красноярская государственная медицинская академия, ректор – д.м.н.,
проф. И.П. Артюхов; кафедра глазных болезней, зав. – д.м.н., проф.

В.И. Лазаренко; кафедра кожных и венерических болезней,
зав. – д.м.н., проф. В.И. Прохоренков

***Резюме.** Препаратом кортексин проведен 20-дневный курс лечения пациентам с частичной атрофией зрительного нерва сифилитической этиологии. Оценку эффективности препарата осуществляли с помощью определения в динамике следующих зрительных функций: острота зрения, порог электрической чувствительности, лабильность зрительного нерва, поле зрения, субъективные жалобы пациентов. На фоне лечения выявлено повышение остроты зрения на 12 %, суммарное уменьшение скотом по периметрии - на 22,9%, субъективное улучшение зрения - 91,6%, и уменьшение неврологической симптоматики - 100 % случаев.*

***Ключевые слова:** сифилис, атрофия зрительных нервов, кортексин.*

В общей структуре заболеваемости сифилисом значительная доля приходится на ранние формы поражения им нервной системы. Поражение нервной системы при вторичном и скрытых его формах встречается с частотой 40%, а при третичных – , как правило, в 100% случаев. Зрительный нерв вовлекается в патологический процесс значительно чаще, чем считалось ранее и его поражение может являться одним из первых проявлений данного заболевания [13] и составляет 41% . В. И. Прохоренков и соавт.[8], проводившие сравнительное исследование клинической симптоматики нейросифилиса периода 50-70 годов с настоящим временем, отмечают менее

регистрируемую зрачковую патологию (деформация, анизокория, вялость фотореакций) по сравнению с данными В.А. Смирнова [8]. Некогда патогномоничный симптом Аргайла-Робертсона, встречавшийся ранее в 60-80% случаев у больных, в настоящее время встречается значительно реже - в 12-23%. Однако среди поражений черепно-мозговых нервов при сифилисе лидирующей остается патология зрительного нерва – 20-30%. Причины вовлечения его в патологический процесс различны [2, 3, 6, 7, 15] (табл. 1).

Таблица 1

Причины поражения зрительного нерва на различных стадиях сифилиса

Характер поражения	Стадия сифилиса	Причина
Васкулиты ДЗН, невриты	Вторичный.	Базальный люэтич. менингит (пораж. зрительн. нерва нисходящ. путем)
Застойные диски	Вторичный, осложненный ранним менингovasкулярным сифилисом головного мозга Третичный.	Гуммозная и менингovasкул. формы нейросифилиса, базальн. менингит
Гумма ДЗН	Вторичный, реже третичный.	Специфический гранулематоз. воспалит-ый процесс обл. ДЗН
Атрофии, табес	Третичный.	1.Исход воспалит. процесса в зрит. нервах (при табесе) 2.Исход застойных дисков

Офтальмологи, как правило, констатируют поражение зрительного нерва при сифилисе не на ранней стадии заболевания, а уже как факт сверившийся, когда на первый план выходят жалобы больного и появляется характерная клиническая картина. Однако как показало проведенное нами комплексное офтальмологическое обследование с использованием метода вызванных зрительных корковых потенциалов у 65 больных, вторичным, ранним и поздним скрытым сифилисом показало, что вовлечение зрительного нерва в патологический процесс встречается в 12,3% случаев еще на доклинической стадии, когда еще нет жалоб со стороны органа зрения [11, 12]. Вредные привычки (алкоголизм, курение, наркомания), ЧМТ и асоциальный образ жизни выступают в роли отягощающих факторов и встречаются у данной группы больных в значительном проценте случаев.

Достаточно высокий процент заболеваемости населения сифилисом в настоящее время, а также недостаточно высокий уровень его выявляемости, слабую настороженность офтальмологов в отношении данного заболевания, большое количество стертых и малосимптомных его форм ведет к увеличению врожденного сифилиса. Есть все основания считать, что в недалеком будущем сифилис как причина слабоумия и слепоты дополнит список других тяжелых заболеваний органа зрения, приводящих к инвалидизации больных.

Основным видом лечения этой группы больных в настоящий момент остается этиотропное: пенициллинотерапия. Даже при своевременно начатом лечении у больных сохраняется стойкое снижение зрения, сочетающееся с различными формами поражения нервной системы, в ряде случаев приводит к инвалидности. Целью врача-офтальмолога является сохранение остаточных зрительных функций со слабой надеждой на незначительную положительную динамику. Анализ данных литературы показал, что на сегодняшний день наиболее эффективным методом патогенетического лечения атрофии зрительного нерва любой этиологии является комплексное лечение, включающее в себя медикаментозное (сосудорасширяющие, ноотропы, ангиопротекторы, витамины группы В), физиовоздействие (ЧЭС, неинвазивная магнитостимуляция, импульсные моделирующие электрические воздействия) и хирургическое (реваскуляризирующие операции). Данных о применении препарата кортексина при сифилитической атрофии зрительных нервов в литературе не встретили. Однако применение кортексина в комплексной этиопатогенетической терапии поздних форм нейроборрелиоза, характер поражений при котором можно рассматривать в какой-то степени как аналог нейросифилиса, оказалось достаточно эффективным. Приводило к быстрому регрессу неврологических симптомов, купированию аутоиммунных процессов в нервной системе, восстановлению биоэлектрической активности головного мозга, а также предотвращало дальнейшее прогрессирование патологического процесса [9, 10]. В связи с чем, использование кортексина в нашем случае может позволить решить одновременно несколько проблем, если учесть, что

поражение зрения при сифилисе возникает вторично, на фоне общего специфического поражения нервной системы.

Цель исследования: оценить состояние зрительных функций и субъективных жалоб больных с частичной атрофией зрительного нерва сифилитической этиологии до и после применения препарата кортексин.

Материалы и методы

На базе клиники лазерной микрохирургии глаза проведено лечение препаратом кортексин 12 больным, ранее получившим полный курс специфической терапии в Краевом кожно-венерическом диспансере по поводу вторичного сифилиса ($n=6$), позднего скрытого сифилиса [5] и третичного сифилиса [1] с жалобами на двустороннее снижение зрения, которое все больные связывали с наличием у них основного заболевания. Специфическое поражение нервной системы подтверждено серологическими ликворными тестами. Критериями состояния зрительных функций служили субъективные ощущения больных, показатели визометрии, тотальной периметрии (Периграф «Периком») и электрофизиологические показатели - порог электрической чувствительности (ПЭЧ), лабильность, которые определяли на аппарате «ЭСОМ-КОМЕТ». При объективном осмотре у всех больных было обнаружено двустороннее снижение остроты зрения, электрофизиологических показателей, выпадение части поля зрения. Офтальмоскопически определяли побледнение и деколорацию дисков зрительных нервов.

Введение препарата осуществляли по следующей схеме: в монотерапии 10 мг в/мыш. 1 раз в сут. в течение 20 дней. Зрительные функции исследовали до лечения, на 11 день лечения и через 7-10 дней после полного курса лечения препаратом (1 месяц от начала лечения). Полученные данные подвергались статистической обработке при помощи пакетов программ Microsoft Excel 2002 на персональном компьютере. Анализ данных проводили методом вариационной статистики, при котором вычисляли среднее значение и стандартную ошибку среднего значения ($M \pm m$). Критический уровень

значимости (p) задавался величиной 0,05. Для сравнения двух групп использовали непараметрический критерий Манн-Уитни.

Результаты и обсуждение

После традиционной 10-дневной схемы лечения препаратом кортексин положительная динамика была статистически незначимой. В связи с этим курс лечения был продлен до 20 дней. Дополнительные методы лечения (сосудистые препараты, физиотерапия) не подключали.

Средний показатель остроты зрения в группе обследуемых до начала лечения составил 0,35 дпт. К 11 дню лечения отмечали субъективное улучшение зрения 7 (58,3%) больных. При визометрии выявлено недостоверное ($p=0,2$) повышение остроты зрения. К концу курса лечения явное улучшение зрения отмечали 11 из 12-ти обследуемых, при визометрии установлено достоверное увеличение остроты зрения ($p=0,04$) во всей группе обследуемых на 12 % (табл. 2).

Таблица 2

***Динамики остроты зрения у больных
частичной атрофией зрительного нерва сифилитической этиологии
на фоне лечения препаратом кортексин (12 больных, 24 глаза)***

До ($M \pm m$)	11 день лечения ($M \pm m$)	Через месяц от начала лечения ($M \pm m$)
0, 35 $\pm$ 0,05	0,41 $\pm$ 0,05	0,47 $\pm$ 0,05

Динамика показателей порога электрической чувствительности и лабильности зрительного нерва к 11 дню и к окончанию курса лечения была положительной, но несущественной и статистически незначимой ($p=0,5$; $p=0,2$).

При исследовании полей зрения до начала лечения суммарная доля скотом составила 65,9%. К 11 дню лечения было отмечено уменьшение абсолютных скотом на 11,9%, преимущественно за счет перехода их в относительные, поэтому уменьшение последних в целом было незначительным (2,8%). К концу лечения суммарная доля скотом составила 43%, а общая положительная динамика по данным периметрии - 22,9%. (табл.3)

Таблица 3

**Динамика тотальной периметрии у больных
частичной атрофией зрительного нерва сифилитической этиологии
на фоне лечения препаратом кортексин (12 больных, 24 глаза), %**

Скотомы	До	11 день лечения	Через месяц от начала лечения
Относительные	27,9	25,1	19,4
Абсолютные	38,3	26,4	23,6
Суммарно	66,2	51,5	43,0

Анализ субъективных неврологических жалоб показал, что на фоне лечения к 11 дню в большей степени уменьшались головные боли и эмоциональная лабильность, в меньшей степени - ухудшение памяти. В прежнем объеме сохранялось нарушение сна. Через месяц среди сохраняющихся жалоб доминировала эмоциональная лабильность, все остальные жалобы значительно уменьшились (табл.4).

Таблица 4

**Влияние кортексина на основные субъективные признаки больных
сифилисом, %**

Субъективный признак	До	11 день лечения	Через месяц
Снижение зрения	100,0	41,7	8,4
Головная боль	83,3	66,6	16,6
Нарушение сна	41,6	41,6	25,0
Эмоциональная лабильность	75,0	50,0	41,6
Ухудшение памяти	50,0	41,6	33,3

Таким образом, полученные результаты свидетельствуют об эффективности монотерапии препаратом кортексин больных с поражением нервной системы и частичной атрофией зрительного нерва сифилитической этиологии. Использование препарата не только способствует достоверному восстановлению зрительных функций, но и снижению неврологической симптоматики, о чем свидетельствует субъективное уменьшение характерных жалоб у данной группы больных. Это в свою очередь дает основания рекомендовать препарат в качестве восстановительной патогенетической

терапии после этиотропного лечения, как в монотерапии, так и в дополнение к традиционным методам лечения частичной атрофии зрительного нерва сифилитической этиологии, а также в неврологической практике для реабилитации больных нейросифилисом.

THE USE OF CORTEXIN IN SYPHILITIC PARTIAL OPTIC ATROPHY TREATMENT

O.YU. Trunyova

Krasnoyarsk state medical academy

Patients with syphilitic partial atrophy of optic nerve had 20-day's treatment course by Cortexin. The evaluation of medication effectiveness was made by the determination of following visual functions: visual acuity, optic nerve electric sensitivity, lability of optic nerve, field of vision, and subjective complaints of patients. After treatment: improvement of visual acuity on 12 %, vision fields - 22, 9 %, subjective improvement of visual acuity - 91, 6 %, reduction of neurologic complaints – 100 % cases.

Литература

1. Бакулев А.Л., Колоколов О.В., Суворов А.П. Об особенностях сифилиса нервной системы // Вестн. дерм. и венерол. – 2002. – №4. – С. 53–57.
2. Бейрахова Л. И. Особенности течения и лечения первичной табетической атрофии зрительных нервов // Вестн. дерматол. и венерол. – 1962. – №8. – С. 60–65.
3. Борисенко К.К., Лосева О.К., Чистякова Т.В. и др. Поражение глаз при ранних формах сифилиса // Вестн. дерматол. и венерол. – 1996. – №4. – С. 72–74.

4. Глухенький Б.Т., Алиферова В. Ф., Калюжная Л.Д., Еленева Л.В. Спинная сухотка у больных, получивших полноценное противосифилитическое лечение // Вестн. дерматол. и венерол. – 1985. – №3. – С. 71-73.
5. Морозов В.Г., Хавинсон В.Х. Пептидные биорегуляторы (25-летний опыт эксперимент. и клинического изучения). – СПб.: Наука, 1996. – 74с.
6. Мозолевский Ю.В., Левин О.С., Клишевская Л.А. Нейросифилис с поражением черепно-мозговых нервов // Клинич. мед-на. – 1993. – №5. – С. 58–59.
7. Прохоренков В.И., Гринштейн А.Б., Родиков М.В. О сочетанном поражении увеального тракта и зрительного нерва сифилитической этиологии // Дерматовенерол. Сибири, наука и практика: сб. тез. – Новосибирск, 1997. – С. 169–172.
8. Прохоренков В.И., Гринштейн А.Б., Родиков М.В. Современные аспекты нейросифилиса. – Красноярск: КрасГМА, 1999. – 120 с.
9. Рыжак Г.А., Малинин В.В., Платонова Т.Н. Применение кортексина при лечении заболеваний центральной нервной системы: метод. рек-ции. – СПб., 2006. – 64 с.
10. Рыжак Г.А., Малинин В.В., Платонова Т.Н. Кортексин и регуляция функций головного мозга. - СПб.: ИКФ "Фолиант", 2001. – 160 с.
11. Трунёва О.Ю., Лазаренко В. И, Прохоренков В.И. Особенности нарушения зрительного анализатора, выявляемые при комплексном офтальмологическом обследовании больных вторичными и скрытыми формами сифилиса // Сиб. мед. обозрение. – Красноярск, 2002. – №3.
12. Трунёва О.Ю. Ланин С.Н., Неминуший Ю.Г. Роль вызванных зрительных корковых потенциалов в диагностике ранних форм нейросифилиса. – Межрег. конф. офтальмологов, посвященная 40-летию детской глазной службы Красноярского края: сб. тез, 2003. – С. 266–267.
13. Федоров Ю.П., Гребенников В.А., Ометов В.К. и др. Поражение органа зрения как раннее проявление сифилиса // Инфекции, передаваемые половым путем. – 1999. – №1. – С. 29–31.

14. Хамаганова А.В., Гусейханова А.Г. Изолированное поражение зрительных и слуховых нервов у больной вторичным рецидивным сифилисом // Вестн. дерматол. и венерол. – 1988. – №1. – С. 74–75.

15. Dobos G. J., Wiek J., Kohler J. et al. Unilateral blindness in neurosyphilis // Wien-Klin-Wochenschr. – 1993. – Vol. 105, №15. – P. 437–439.