

## ЛИТЕРАТУРА

1. Гофман А.Г., Паничева Е.В. К вопросу об организации психиатрической помощи больным эндогенными заболеваниями, сочетающимися с алкоголизмом. // Социальная и клиническая психиатрия. — 1998. — Т. 8, вып. 2. — С. 95-99.
2. Гурьева В.А., Гиндикин В.Я. Раннее распознавание шизофрении — М.: Высшая школа психологии, 2002. — 304 с.
3. Жариков Н.М., Гиндикин В.Я. Распространенность пограничных психических расстройств среди лиц, не находящихся под наблюдением психиатрических учреждений. // Журн. невропатологии и психиатрии им. С.С.Корсакова. — 2002. — №7. — С. 45-49.
4. Козловская Г.В., Горюнова А.В. Нервно-психическая дезинтеграция в раннем онтогенезе детей из групп высокого риска по эндогенным психическим заболеваниям. // Журн. невропатологии и психиатрии им. С.С.Корсакова. — 1986. — Т. 86. — №10. — С. 1534-1538.
5. Корнетова Е.Г. Клинико-конституциональные особенности и адаптационные возможности больных простой шизофренией: дис. канд.мед.наук. — Томск, 2001.
6. Наджаров Р.А., Смулевич А.Б. Клинические проявления шизофрении. Формы течения: Руководство по психиатрии. / Под ред. А.В. Снежневского. — М., 1983. — Т.1. — С. 333-355.
7. Смулевич А.Б. Вялотекущая шизофрения в общей медицинской практике. // Журн. Психиатрия и психофармакотерапия. — М., 2004. — Т.4. — № 5. — С. 172 — 175
8. Смулевич А.Б., Дробижев М.Ю., Иванов С.В. Шизофрения и расстройства шизофренического спектра в соматическом стационаре. Журн. неврологии и психиатрии им. С.С.Корсакова. — М., 2002. — № 7. — С. 9-13.
9. Тульская Т.Ю. Клиническая характеристика больных малопрогредиентной шизофренией, сочетающейся с алкоголизмом. // Журн. неврологии и психиатрии им. С.С.Корсакова. — 2003. — №10. — С. 26 — 30.
10. Чирко В.В., Дроздов Э.С. Эндогенные психозы и зависимость от психоактивных веществ: Руководство по наркологии. / Под ред. Н.Н.Иванца. — М.: Медпрактика-М, 2002. — Т. 1. — С. 385-407.

Адрес для переписки: Сенько Елена Владимировна — ассистент кафедры психиатрии ГОУ ДПО Иркутского государственного института усовершенствования врачей.  
Тел/факс: (3952) 46-45-68. Эл.почта: bobrov\_irkutsk@rambler.ru

© РОДИКОВ М.В., ШПРАХ В.В. — 2009

## СОСТОЯНИЕ КОГНИТИВНОГО СТАТУСА У БОЛЬНЫХ С ПОЗДНИМ НЕЙРОСИФИЛИСОМ

М. В. Родиков<sup>1</sup>, В. В. Шпрах<sup>2</sup>

(<sup>1</sup>Красноярский Государственный медицинский университет им. проф. В. Ф. Войно-Ясенецкого, ректор — д. м. н., проф. И. П. Артюхов, кафедра нейрохирургии и неврологии ИПО, зав. — д. м. н., проф. М. Г. Дралюк; <sup>2</sup>Иркутский государственный институт усовершенствования врачей Федерального агентства по здравоохранению и социальному развитию, ректор — д. м. н., проф. В. В. Шпрах)

**Резюме.** Описаны результаты нейропсихологического тестирования 89 больных с поздним нейросифилисом, дана характеристика нарушения когнитивных функций при этом заболевании.

**Ключевые слова:** поздний нейросифилис, когнитивный статус, нейропсихологическое тестирование

## MENTAL STATE IN THE PATIENTS WITH LATE NEUROSYPHILIS

M. V. Rodikov<sup>1</sup>, V. V. Shprakh<sup>2</sup>

(<sup>1</sup>Krasnoyarsk State Medical University named after V. F. Vojno-Jasenetskij;  
<sup>2</sup>Irkutsk State Institute for Postgraduate Medical Education)

**Summary.** The results of neuropsychological testing of 89 patients with late neurosyphilis are described, the disturbance characteristic of mental state is given.

**Keywords:** late neurosyphilis, mental state, neuropsychological testing.

Несмотря на давнюю историю изучения нейросифилиса, в понимании патогенеза этого заболевания до сих пор остается много неясного [1, 2]. Термин «нейросифилис» подразумевает целый спектр симптомов поражения нервной системы, которые по мере прогрессирования заболевания трансформируются один в другой или сосуществуют в виде динамического состояния [3, 5]. Патогенез когнитивных нарушений при сифилитической деменции продолжает оставаться предметом научных дискуссий [4, 6]. Это определило цель нашего исследования.

**Цель работы:** исследовать состояние когнитивных функций у больных с поздним нейросифилисом.

47,35±1,34 лет и 49,86±1,22 лет соответственно (p>0,05). Самым молодым пациентом был мужчина в возрасте 22 лет, самым старшим — мужчина 78 лет. Наиболее типичной была группа больных в возрасте 47 лет (Мо).

Средняя продолжительность болезни (табл. 2) при позднем нейросифилисе составила 10,60 ± 0,41 лет, у женщин 11,71±0,69 лет, у мужчин 10±0,50 (p > 0,05). Наименьшая и наибольшая продолжительность заболевания выявлена среди мужчин: сифилитическая атрофия зрительных нервов — 4 года, васкулярный сифилис мозга — 25 лет. Наиболее типичной среди всех больных была продолжительность заболевания 9 лет (Мо). Эти показатели отличаются от общеизвестных литератур-

## Материалы и методы

Под наблюдением находилось 89 больных с поздним нейросифилисом. Распределение больных с поздним нейросифилисом по возрасту и полу представлено в табл. 1. Средний возраст женщин и мужчин составлял

Характеристика больных с поздним нейросифилисом

Больные нейросифилисом	Кол-во		Средний возраст в годах по выборке M±m	±σ	Средний возраст по совокупности M±m	±σ	Границы возрастных групп		
	n	N					Min	Max	Mo
Женщины	31	89	47,35±1,34*	7,44	48,99±0,92	8,72	35	64	47
Мужчины	58		49,86±1,22*	9,27			22	78	

\* — межгрупповые различия статистически незначимы (p > 0,05 по Mann-Whitney).

Продолжительность болезни при позднем нейросифилисе

Больные нейросифилисом	Кол-во		Средняя продолжительность болезни в годах $M \pm m$	$\pm \sigma$	Средняя продолжительность болезни по совокупности $M \pm m$	$\pm \sigma$	Границы возрастных групп		
	n	N					Min	Max	Mo
Женщины	31	89	11,71 $\pm$ 0,69*	3,82	10,60 $\pm$ 0,41	3,88	6	23	9
Мужчины	58		10 $\pm$ 0,50*	3,81			4	25	

\* -  $p > 0,05$  по Mann-Whitney

ных данных для позднего нейросифилиса (15-20 лет), что является отличительной особенностью современного нейросифилиса (более быстрое прогрессирование, сопутствующий неблагоприятный анамнез, неадекватное лечение и т. п.).

Наиболее часто среди наблюдаемых форм позднего нейросифилиса встречались поздний скрытый («асимптомный») сифилитический менингит — 28 человек, сифилитическая энцефалопатия («прогрессивный паралич помешанных») — 15 человек и сифилитическая миелопатия («спинная сухотка») — 12 больных. Наименее часто встречался поздний менинговаскулярный сифилис — у 5 пациентов. Ни один из пациентов не был ВИЧ-инфицированным.

Оценку когнитивных функций у больных с поздним нейросифилисом проводили с помощью нейропсихологических методик: Краткой Шкалы оценки психического статуса (MMSE — Mini Mental State Examination, M. F. Folstein et al., 1975) и Батареи лобных тестов (FAB — Frontal Assessment Battery, B. Dubois et al., 1999) с оценкой концептуализации, беглости речи, динамического праксиса, простой и усложненной реакции выбора, исследованием хватательных рефлексов. Следует отметить, что чувствительность шкалы MMSE не является абсолютной: при деменции легкой выраженности суммарный балл MMSE может оставаться в пределах нормального диапазона. Чувствительность данного теста особенно невелика при деменциях с преимущественным поражением подкорковых структур или при деменциях с преимущественным поражением лобных долей головного мозга. Это обусловило применение шкалы FAB в качестве дополнительного нейропсихологического теста. Исследование когнитивного статуса в каждом случае подкреплялось нейровизуализацией (магнитно-резонансная томография) головного мозга больного, результаты которой использовались в интерпретации когнитивных нарушений при различных формах позднего нейросифилиса.

Статистическую значимость различий оценивали по критерию Манн-Уитни при сравнении двух независимых выборок. Описание количественных признаков при нормальном распределении в группах сравнения представлено в виде  $M \pm m$ , где  $M$  — средняя арифметическая,  $m$  — стандартная ошибка средней,

Таблица 2

кроме того, вычислялась  $M_o$  (мода) и  $\sigma$  (стандартное отклонение). Изменения считались статистически значимыми при  $p < 0,05$ .

### Результаты и обсуждение

Нейропсихологическое тестирование, проведенное у наблюдаемой группы больных с поздним нейросифилисом, обнаружило следующие результаты. По Краткой шкале оценки психического статуса (MMSE) суммарный балл для всей совокупности больных составил 22,40 $\pm$ 0,59, что соответствует деменции легкой степени выраженности (табл. 3).

Наиболее грубые отклонения в когнитивном статусе, соответствующие деменции умеренной степени выраженности, были выявлены при сифилитической энцефалопатии и первичной сифилитической атрофии зрительных нервов (13,73 $\pm$ 0,45 и 17,4 $\pm$ 0,54 балла по MMSE соответственно,  $p < 0,001$ ).

При этих формах позднего нейросифилиса, по результатам нейровизуализации головного мозга (МРТ) обнаруживались наиболее грубые дегенеративно-дистрофические изменения мозговой паренхимы (неравномерные кортикальные атрофические изменения, перивентрикулярный лейкоареоз, множественные биполушарные структурные изменения преимущественно в белом веществе головного мозга по типу лейкопатии, мелкие очаги демиелинизации (status lacunaris), смешанная гидроцефалия).

При поздних мезенхимных формах нейросифилиса (поздний скрытый сифилитический менингит, поздний менинговаскулярный сифилис) нарушение когнитивных функций практически не наблюдалось (28,18 $\pm$ 0,21 и 27,6 $\pm$ 0,4 балла по MMSE соответственно,  $p < 0,001$ ), а изменения на МРТ носили характер незначительного расширения субарахноидальных пространств по конвексу и единичных мелких очагов демиелинизации в белом веществе головного мозга.

Таблица 3

Показатели нейропсихологического тестирования по шкале MMSE у пациентов с поздним нейросифилисом

Нейропсихологический тест	Поздний нейросифилис (баллы), $M \pm m$							$M \pm m$ для совокупности $N=89$
	ПСМ n=28	СЭ n=15	СМП n=12	ВС n=10	АЗН n=10	КВП n=9	ПМВС n=5	
Ориентация во времени	5	1,8 $\pm$ 0,14	2,92 $\pm$ 0,08	4,3 $\pm$ 0,21	2,8 $\pm$ 0,13	3 $\pm$ 0,17	4,2 $\pm$ 0,2	3,56 $\pm$ 0,13
Ориентация в месте	4,96 $\pm$ 0,04	1,8 $\pm$ 0,14	2,83 $\pm$ 0,11	4,2 $\pm$ 0,25	2,8 $\pm$ 0,13	3,11 $\pm$ 0,31	4,4 $\pm$ 0,4	3,55 $\pm$ 0,13
Восприятие 3-х слов	3	2,8 $\pm$ 0,11	3	2,9 $\pm$ 0,1	3	2,89 $\pm$ 0,11	3	2,94 $\pm$ 0,02
Серийный счет	4,11 $\pm$ 0,16	0,07 $\pm$ 0,07	1,67 $\pm$ 0,14	3,7 $\pm$ 0,40	1,1 $\pm$ 0,1	1,89 $\pm$ 0,20	4 $\pm$ 0,32	2,46 $\pm$ 0,18
Память	2,43 $\pm$ 0,15	0,27 $\pm$ 0,12	1,62 $\pm$ 0,12	2,4 $\pm$ 0,22	0,2 $\pm$ 0,13	1,78 $\pm$ 0,15	3	1,66 $\pm$ 0,11
Называние предметов	2	2	2	2	1,9 $\pm$ 0,1	1,89 $\pm$ 0,11	2	1,98 $\pm$ 0,02
Повторение	0,89 $\pm$ 0,06	1	1	1	1	0,78 $\pm$ 0,15	1	0,94 $\pm$ 0,02
Выполнение 3-х этапной команды	2,86 $\pm$ 0,07	1,87 $\pm$ 0,09	2,67 $\pm$ 0,14	2,6 $\pm$ 0,16	2,8 $\pm$ 0,13	2,89 $\pm$ 0,11	3	2,63 $\pm$ 0,06
Выполнение письменной инструкции	1	1	1	1	0,8 $\pm$ 0,13	0,89 $\pm$ 0,11	1	0,97 $\pm$ 0,02
Письмо	1	1	1	1	0,8 $\pm$ 0,13	1	1	0,98 $\pm$ 0,02
Рисование	0,93 $\pm$ 0,05	0,13 $\pm$ 0,09	1	0,9 $\pm$ 0,1	0,2 $\pm$ 0,13	1	1	0,73 $\pm$ 0,05
MMSE, общий балл	28,18 $\pm$ 0,21*	13,73 $\pm$ 0,45*	20,75 $\pm$ 0,18*	24,8 $\pm$ 0,61*	17,4 $\pm$ 0,54*	21,11 $\pm$ 0,63*	27,6 $\pm$ 0,4*	22,40 $\pm$ 0,59

\* - межгрупповые различия достоверны ( $p < 0,001$  по Mann-Whitney)

Показатели нейropsychологического тестирования по шкале FAB у пациентов с поздним нейросифилисом

Нейropsychологический тест	Поздний нейросифилис (баллы), M±m							M±m для совокупности N=89
	ПСМ n=28	СЭ n=15	СМП n=12	ВС n=10	АЗН n=10	КВП n=9	ПМВС n=5	
Концептуализация	2,96±0,04	2,07±0,07	2,92±0,08	2,2±0,13	2,5±1,7	2,89±0,11	3	2,66±0,05
Беглость речи	2,93±0,05	2,13±0,09	2,17±0,11	2,9±0,1	2,1±0,1	2,89±0,11	3	2,60±0,05
Динамический праксис	2,69±0,10	1,13±0,09	2±0,12	2±0,15	1,2±0,13	2,22±0,14	2,8±0,2	2,07±0,08
Простая реакция выбора	2,86±0,07	1,93±0,07	1,92±0,08	1,9±0,1	1,9±0,1	2,11±0,11	3	2,29±0,06
Усложненная реакция выбора	2,57±0,10	1±0,10	1,92±0,08	1,9±0,1	1,1±0,1	2±0,17	2,2±0,2	1,90±0,08
Оценка хватательного рефлекса	3	1,93±0,07	2,92±0,08	2,8±0,13	3	2,78±0,15	3	2,76±0,05
FAB, общий балл	17,07±0,14*	10,2±0,11*	13,83±0,30*	13,7±0,45*	11,8±0,44*	14,89±0,48*	17±0,32*	14,28±0,29

\* - межгрупповые различия достоверны (p < 0,001 по Mann-Whitney).

Батарея тестов для оценки лобной дисфункции (FAB) выявила в целом у всей когорты больных поздним нейросифилисом легкие когнитивные нарушения (14,28±0,29). При этом у больных с сифилитической энцефалопатией и первичной сифилитической атрофией зрительных нервов диагностировалась деменция лобного типа (10,2±0,11 и 11,8±0,44 балла соответственно, p < 0,001), что дополняет показатели шкалы MMSE для этих форм позднего нейросифилиса и характеризует их как формы с наиболее грубым когнитивным дефицитом. При поздних мезенхимных формах нейросифилиса (поздний скрытый сифилитический менингит, поздний менингосклероз сифилис) показатели когнитивных функций находились в пределах нормы (17,07±0,14 и 17±0,32 балла соответственно, p < 0,001).

Таким образом, результаты исследований позволили сделать вывод о том, что когнитивный статус у больных с поздним нейросифилисом (средний возраст 48,99±0,92

лет) достоверно снижен и находится на уровне деменции легкой степени выраженности (по шкале MMSE). Наиболее грубый когнитивный дефицит наблюдается у больных с поздним паренхиматозным нейросифилисом (на уровне деменции умеренной степени выраженности) по сравнению с поздним мезенхимным нейросифилисом, что обусловлено большей выраженностью в первом случае специфического дегенеративно-дистрофического процесса в ткани мозга.

Нейropsychологическое тестирование представляет нам более объективным методом выявления специфических изменений в психостатусе больных с поздним нейросифилисом, нежели ориентация на некие «патомомоничные» симптомы сифилитической психопатии. Еще в классических исследованиях XIX-XX вв. авторы сталкивались с точными копиями каждого типа расстройства психики (органические и функциональные типы реакций) и симптомокомплексов как малого, так и большого психоза при «прогрессивном параличе». Другими словами, клиническая картина при сифилитической энцефалопатии может симулировать любой психиатрический синдром или болезнь. Поэтому только совокупная оценка когнитивного статуса и результатов серологических тестов в ликворе больных позволяют выставить правильный диагноз.

## ЛИТЕРАТУРА

1. К вопросу диагностики нейросифилиса/Х.С. Фахретдинова, Г.Г. Денисламов, Н.Р. Бурханова и др. // Социально-значимые заболевания в дерматовенерологии. Диагностика, терапия, профилактика: матер. 8-й науч. — практ. конф. ММА им. И.М. Сеченова. — М., 2008. — С. 59.
2. Красносельских Т.В., Соколовский Е.В. Прогрессирующий паралич: клиничко-серологические параллели и лечение // Вестн. дерматологии и венерологии. — 1998. — № 1. — С. 45-50.
3. Русских В.Н., Банициков В.М., Дорждамба Ш., Русских Н.В. Сифилис мозга и сифилитические психозы. — М.-Улан-Батор, 1967. — 216 с., ил.
4. Grivois J.P., Caumes E. When to think about neurosyphilis? // Rev. Prat. — 2004. — Vol. 54, № 4. — P. 396-399.
5. Lee C.H., Lin W.C., Lu C.H., Liu J.W. Initially unrecognized dementia in a young man with neurosyphilis // Neurologist. — 2009. — Vol.15, № 2. — P. 95-97.
6. Lee C.H., Lin W.C., Lu C.H., Liu J.W. Initially unrecognized dementia in a young man with neurosyphilis // Neurologist. — 2009. — Vol.15, № 2. — P. 95-97.

Адрес для переписки: 660012, г. Красноярск, ул. Судостроительная 131-61.

Родиков Михаил Владимирович — доцент кафедры нейрохирургии и неврологии ИПО КрасГМУ, к. м. н.

E-mail: rodikov-m@rambler.ru;

Шпрах Владимир Викторович — заведующий кафедрой неврологии и нейрохирургии ИГИУВ, профессор, д. м. н.

© КАЛЯГИН А.Н. — 2009

## ОШИБКИ ПРИ УСТАНОВЛЕНИИ ДИАГНОЗА РЕВМАТИЧЕСКОГО ПОРОКА СЕРДЦА

А.Н. Калягин

(Иркутский государственный медицинский университет, ректор — д.м.н., проф. И.В. Малов, кафедра пропедевтики внутренних болезней, зав. — д.м.н. проф. Ю.А. Горлев; МУЗ «Клиническая больница №1 г. Иркутска», гл. врач — Л.А. Павлюк)

**Резюме.** В статье обсуждаются вопросы уточнения диагноза ревматических пороков сердца в реальной клинической практике.  
**Ключевые слова:** диагноз, диагностика, ревматические пороки сердца.

## ERRORS AT AN ESTABLISHMENT OF THE DIAGNOSIS OF A RHEUMATIC HEART DISEASE

A.N. Kalyagin

(Irkutsk State Medical University, Irkutsk Municipal Clinical Hospital N1)