

СЛУЧАЙ ПОЗДНЕГО МЕНИНГОВАСКУЛЯРНОГО СИФИЛИСА

Г.И. Мавров, Г.А. Дунаева, В.А. Савоськина, Г.М. Бондаренко

Харьковская медицинская академия последипломного образования
ГУ «Институт дерматологии и венерологии АМН Украины»

Резюме. В статье приведен случай позднего нейросифилиса у больного, леченого в стационаре ГУ «Институт дерматологии и венерологии АМН Украины».

Ключевые слова: сифилис, нервная система, поздний менингovasкулярный нейросифилис.

ВСТУПЛЕНИЕ

В прошлом столетии наша страна пережила 5 вспышек подъема заболеваемости сифилисом. Со времени начала последней вспышки (90-е годы) прошло 20 лет. Этот интервал считается достаточным для появления поздних форм сифилиса. В последние годы появилось много публикаций, посвященных позднему нейросифилису [3, 4, 5]. По данным ВОЗ в мире ежегодно насчитывается 12 млн. больных сифилисом. В США 40 лет была низкая заболеваемость, а с 2000 г. прогрессивно увеличивается. Аналогичная ситуация наблюдалась в Канаде и европейских странах. В настоящее время считается доказанной роль неблагоприятных социально-экономических, демографических факторов, а также ослабление противоэпидемических мероприятий. По данным [2, 6] нейросифилис составлял в Санкт-Петербурге в 2001–2004 годах 5,5 %, то есть количество больных нейросифилисом увеличилось в 4 раза. Сифилитическая инфекция по-прежнему приводит к стойкой инвалидизации и даже смерти [1, 3]. Имеются данные о более быстром развитии позднего нейросифилиса в среднем через 9–10 лет от момента заражения [4]. Обращает на себя внимание большая частота позднего асимптомного сифилитического менингита. В период с 1999–2008 гг. в Красноярском крае из 89 больных с поздними формами сифилиса нервной системы у 28 был скрытый сифилитический менингит, диагностированный при исследовании спинно-мозговой жидкости. В то время как поздний менингovasкулярный сифилис диагностировался значительно реже – у 5 пациентов. Приводим наше наблюдение этой формы позднего нейросифилиса.

Больной Т., 1967 г. р., житель г. Харькова, мелкий частный предприниматель, находился на стационарном лечении в ГУ ИДВ АМНУ с 29.03.2010 г. по 27.04.2010 г. и с 25.05.2010 г. по 18.06.2010 г. по поводу позднего менингovasкулярного нейросифилиса, 1-й и 2-й курсы лечения.

Впервые был выявлен в областной клинической психиатрической больнице № 3 при вас-серманизации (РВ положительная), где находился на обследовании и лечении с 08.03.2010 г. по 23.03.2010 г. с диагнозом: тяжелый депрессивный эпизод без психотических симптомов. Посттравматическая энцефалопатия II ст. с ликворно-венозной дисциркуляцией. Проводилось лечение респеридоном и другими препаратами как при шизофрении.

После выписки обследован в кожноотделении по месту жительства. РВ – положительная, титр 1:40 от 23.03.2010 г., РИФ – положительная.

При поступлении в ГУ ИДВ АМНУ больной предъявлял жалобы на двоение в глазах в течение последних 3-х мес., вялость, апатию, подавленное настроение, безразличие ко всему, плохой сон, замедленную речь. Указанное состояние развилось после стрессовых ситуаций, связанных с его бизнесом.

Из анамнеза: единственный ребёнок в семье служащих. Наследственность со стороны психопатологии не отягощена. Имеет среднее образование. Служил в армии полный срок, со сверстниками. Женат. Имеет 2-х детей. В детстве перенёс болезнь Боткина. В 1994 г. – сотрясение мозга и перелом основания черепа при ДТП, находился на стационарном лечении в 4-ой больнице скорой неотложной помощи. В 2005 г. удаление атеромы на коже лба в поликлинике по

месту жительства (кровь на РВ не исследовали). С 1994 г. по настоящее время медицинские осмотры не проходил, кровь на РВ не исследовал, в стационарах на лечении не находился. Никогда не замечал высыпаний на коже туловища и половых органах. Внебрачные половые связи не указал.

Алкоголь употребляет умеренно. Не курит. Наркотики не употребляет. Сифилис в анамнезе отрицает. Самолечением не занимался. Антибиотики ранее не принимал.

Половой контакт: жена Т., 1969 г. р., периодически работает надомницей (швея). В браке 21 год. Обследована в ГУ ИДВ АМНУ. Установлен диагноз: поздний скрытый сифилис. РВ – положительная, титр 1:20 от 15.04.2010 г., РИФ – положительная, титр 1:800, РМП – положительная. В течение 21 года другие половые контакты отрицает.

Бытовые контакты: сын С., 18 лет, РВ – отрицательная; сын А., 14 лет, РВ – отрицательная.

Объективный статус больного Т.: высокого роста, обычного телосложения, пониженного питания. Вес 74 кг. АД-125-80 мм. рт. ст. Кожные покровы и видимые слизистые бледно-розового цвета, свободны от высыпаний. В лёгких – везикулярное дыхание. Тоны сердца приглушены, ритмичны. Живот при пальпации мягкий, безболезненный. Печень и селезёнка не пальпируются. Стул и диурез в норме.

Неврологический статус: глазные щели симметричны, движение глазных яблок в полном объёме. Выражен миоз. Зрачковые реакции в норме. Опущен левый угол рта. Язык по средней линии. Сухожильные рефлексы с верхних и нижних конечностей снижены. Чувствительность сохранена. На лице по средней линии гиперестезия с гиперпатическим оттенком (морщится, хмурит брови, закрывает глаза). Положительны лимбические рефлексы: хоботковый, мандибулярно-ладонный, подбородочный. Пальце-носовая проба в норме. Неустойчивость в усложнённой позе Ромберга. Речь замедлена, эмоции не выражены.

Психолог: тяжёлый депрессивный симптомокомплекс с апатико-абулическим, адинамическим и шизофреноподобным радикалами. На фоне посттравматической органической патологии ЦНС.

Психический статус: контакт ограничен. Всесторонне ориентирован правильно. Речь тихая, замедленная, плохо модулированная. Отвечает на вопросы после длительной паузы. Речь лаконичная, утвердительная, по существу. Напряжён. Подавлен. Погружён в свои переживания, содер-

жания которых не рассказывает. Эпизодически направляет взгляд в сторону жены. Плаксив. Суицидальных мыслей не высказывает, имеется суицидальная настороженность. Критика поверхностная. Ожидает медицинской помощи. Продуктивных психических расстройств не обнаруживает.

В стационаре психиатрической больницы: ночной сон прерывистый. Жалоб особо не предъявлял. С окружающими практически не общался. Общение избирательное. Эпизодически был погружен в свои переживания, их содержания не раскрывал. Время проводил лёжа в койке. Читал детские книги, смотрел мультфильмы. Формален. Отгорожен. Инструкции выполняет с трудом. Эпизодически конфликтен с персоналом, но больше эмоционально благодушен. Предъявляет необоснованные претензии. Акритичен. Замкнут, держится обособленно. Окружающими не тяготеет. Безразличен ко всему. Подозрителен. Легко озлобляется на замечание. Абуличен. Планов на будущее не строит. Продуктивная психическая соматика не выявлялась.

Окулист: патологии не выявлено.

КТ головного мозга: на серии полученных томограмм очаговая патология вещества головного мозга не определяется. Желудочковая система не изменена, боковые желудочки $S > D$, отток ликвора из желудочков сохранён. Кора гемисфер слегка гипотрофична в зоне лобных и теменных долей. Субарахноидальные пространства слегка расширены конвексально, слегка расширены базально в зоне средней черепной ямки. Оболочки уплотнены. Гипоталамо-гипофизарная зона без особенностей. Структуры задней черепной ямки без патологии. В пирамидке и полости сосцевидного отростка правой височной кости – белково-взвешенная жидкость (рис. 1-4).

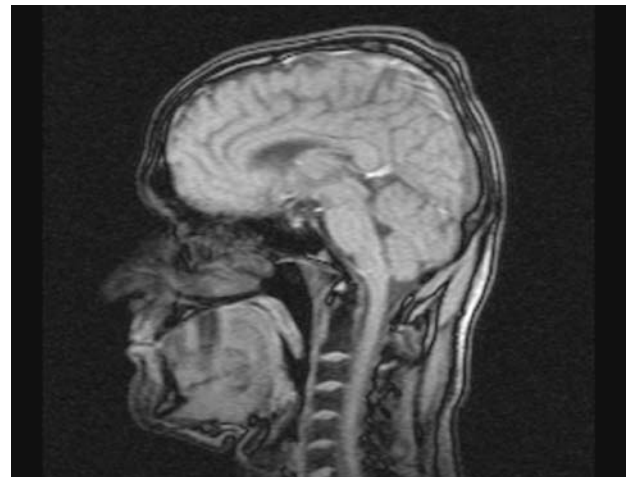


Рис. 1

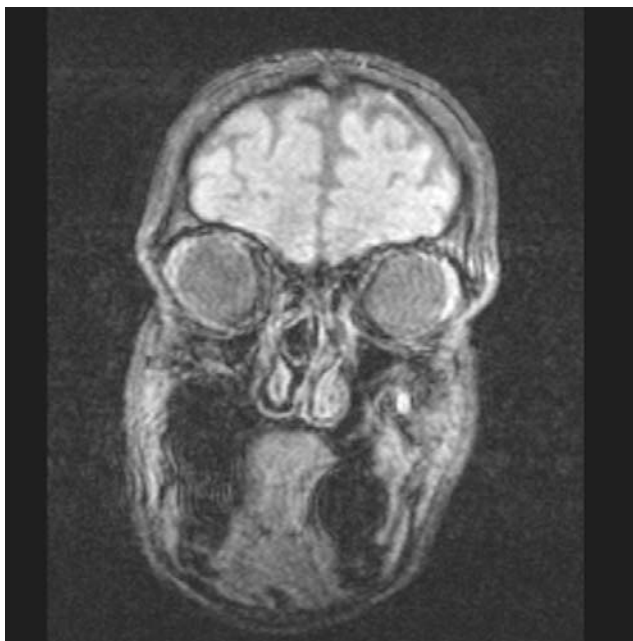


Рис. 2

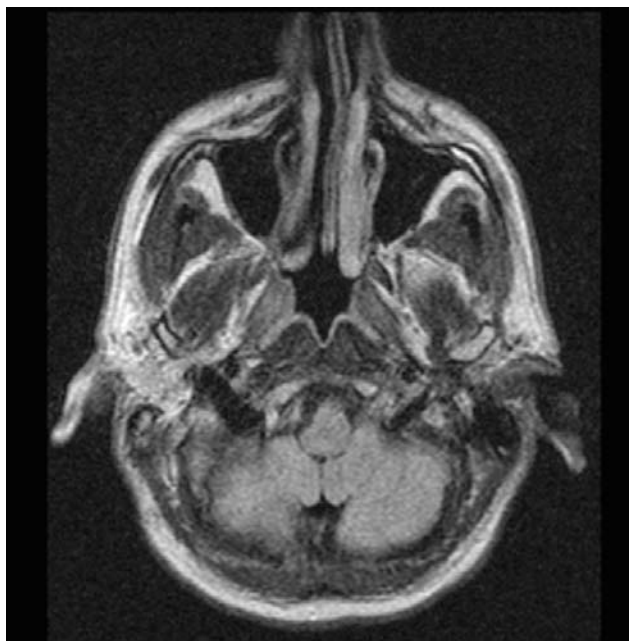


Рис. 3

ВЫВОДЫ

Описанные изменения характерны для последствий перенесенной ранее острой или хронической патологии, сформировавшей гипотрофию коры гемисфер, морфологию слипчиво-арахноидального процесса. Анизовентрикулия. Признаки воспалительного процесса в пирамидке и полости сосцевидного отростка правой височной кости.

РВ от 30.03.2010 г. положительная, титр 1:40, РИФ-200, РИФ-абс. положительная, титр 1:1600, РМП – положительная.

Анализ спинномозговой жидкости: ликвор в количестве 1.0 мл – до и после центрифугирования прозрачный, бесцветный. Цитоз $4 \cdot 10^6$ /л. В мазке преимущественно лимфоциты, белок 0,264 г/л. Реакция Нонне-Апельта опалесценция 1+.

Серологическое исследование ликвора: РВ от 15.04.2010 г. положительная, РПГА-положительная, ИФА-положительная, 3,439 (в норме 0,288), РИФ-ц-положительная.

Клинический анализ крови: гемоглобин – 152 г/л, эритроциты – $5,0\text{--}10 \cdot 12$ /л, цв. пок. – 0,92, лейкоциты – $6,7\text{--}10 \cdot 9$ /л, п/я – 1%, с/я – 53%, эозинофилы – 3%, лимфоциты – 39%, моноциты – 4%, СОЭ – 14 мм/час.

Клинический анализ мочи: количество – 70,0 мл, цвет – желтый, прозрачная, плотность – 1015, реакция – 6,0; белок, глюкоза и кетоновые тела – не обнаружены; лейкоциты – 4-5 в поле зрения, эпителий переходный 2-3 в поле зрения, слизи

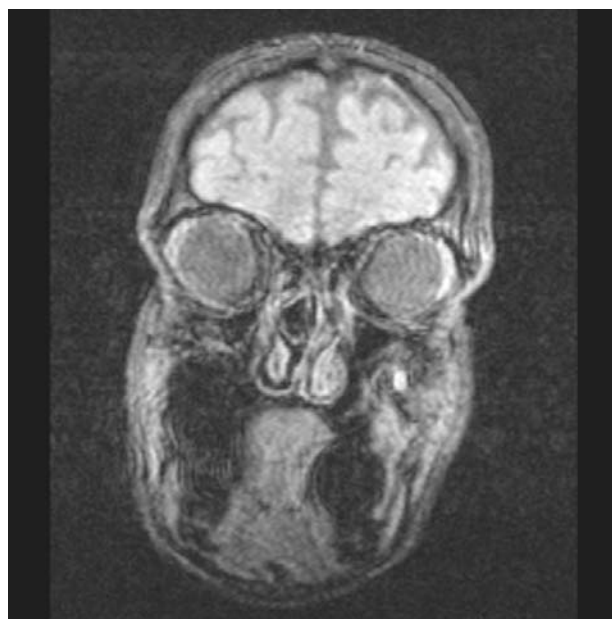


Рис. 4

– умеренное количество, соли – единичные оксалаты немного.

Биохимический анализ крови: глюкоза – 3,5 ммоль/л, общий белок – 79,4 г/л; билирубин общий – 14,31 мкмоль/л, конъюгированный – 1,96 мкмоль/л, АсАТ – 0.610 ммоль/час.л, АлАТ – 0,380 ммоль/час.л.

Лечение: бензилпенициллин натриевая соль 250 тыс. ед. 6 раз в сутки, ампициллин 0,5 млн. ЕД 1 раз на ночь – 2 суток. Затем разовая доза была увеличена до 500 тыс. ЕД 6 раз в сутки, ампициллин 1 млн. ЕД 1 раз на ночь – 1 сутки. После трех суток бензилпенициллина натриевая соль

вводилась по 1 млн. ЕД 6 раз в сутки, ампициллин 1 млн. ЕД 1 раз на ночь в течение 5 суток, после чего больной был переведен на лечение пенициллином G по 2 млн. ЕД 2 раза внутривенно 21 день. По окончании пенициллинотерапии был введен внутримышечно однократно ретарпен 2,4 млн. ЕД. В первые сутки после введения бензилпенициллина натриевой соли отмечалась реакция обострения – повышение температуры до 38,3 градусов по Цельсию.

На фоне лечения состояние больного значительно улучшилось. Уменьшилось двоение в глазах. Пациент стал читать газеты с мелким шрифтом. Внешне спокоен. Признаков психоза активно не выявляет. Адекватен ситуации. Приветлив. Фон настроения ровный. Аппетит и сон достаточные. В поведении упорядочен. Стал активнее. Проявилась мотивация к выздоровлению и желание вернуться к работе. Пытался водить свою автомашину.

При поступлении в стационар через месяц на 2-й курс лечения: РВ – положительная, титр 1:40 от 26.05.2010 г., РИФ – положительная, титр 1:1600, РМП – положительная.

Получал: пенициллин G 2 млн. ЕД 2 раза в/в – 21 сутки, затем ретарпен 2,4 млн. ЕД 1 раз в/м. Пирогенал в/м через день: 10 мг, 15 мг, 20 мг, 25 мг, 30 мг, 35 мг, 40 мг.

После лечения РВ – положительная в титре 1:20 от 16.06.2010 г.

Через 3 месяца после второго курса специфического лечения жалоб не предъявлял, болен, часто повторяет «всё хорошо». Устроился на работу охранником на птицефабрике в одном из районов Харьковской области вахтовым методом.

С работой справляется легко. Строит реальные планы на будущее.

При осмотре в неврологическом статусе сохраняется миоз и с. Арджил-Робертсона. Почерк улучшился. Иногда отмечает двоение в глазах или расплывчатость. Сухожильные рефлексы повышены. Болевая гиперестезия на тыле стоп. Путаёт счёт 2-3 пальцев на стопах. Пальценосовая проба в норме. В усложнённой позе Ромберга пошатывание больше влево. Походка слегка неуверенная, «штампуется пятками». При фланговой походке – отклонение влево на 20 градусов. Инструкции спешит выполнить, не дослушав до конца.

РВ – положительная от 21.09.2010 г. титр 1:20, РПГА-положительная, РИФ – положительная в титре 1:400.

Рекомендуется провести 3-й курс лечения с пиротерапией. По окончании – йодистые препараты. Диспансерное наблюдение в кожноотделении поликлиники по месту проживания.

Особенность данного наблюдения заключается в развитии неврологической симптоматики после стрессовой ситуации, связанной с работой пациента, имевшего в анамнезе черепно-мозговую травму. После лечения трудоспособность хотя и восстановилась, но пациент не смог вернуться к своей прежней работе. Данный случай еще раз подтвердил наблюдения других авторов [3, 4] о неблагоприятном исходе позднего нейросифилиса, малой эффективности специфического лечения и необходимости разработки новых технологий и методик специфической и синдромологической терапии и реабилитации больных с нейросифилисом.

ЛИТЕРАТУРЫ

1. Прохоренков В.И. Сифилис как причина смерти [Текст] / В.И. Прохоренков, М.В. Родиков, Т.Н. Гузей, Ю.В. Карачева, С.Н. Шаргин // Вестник дерматологии и венерологии. – 2001. – № 4. – С. 77-78.
2. Разнатовский К.И. Статистический анализ заболеваемости инфекциями, передающимися половым путем в России. Особенности контроля и профилактики на современном этапе [Текст] / К.И. Разнатовский, Т.С. Смирнова // Российский семейный врач. – 2000. – № 4. – С. 14-17.
3. Ретюнский К.Ю. Проблема диагностики и терапии больных поздним нейросифилисом в условиях психиатрического стационара [Текст] / К.Ю. Ретюнский, В.И. Сурганова, А.Г. Колчанов // Современная терапия психических расстройств. – 2009. – №2. – С.7-9.
4. Родиков М.В. Поздний нейросифилис (клинико-эпидемиологическая характеристика, механизмы развития, оптимизация терапии): автореф. дисс. на соиск. науч. степ. докт. мед. наук: 14.00.13 / Родиков Михаил Владимирович. – Иркутск, 2009. – 50 с.
5. Табакман В.И. Сложности диагностики нейросифилиса [Текст] / В.И. Табакман, С.В. Табакман, И.В. Кунцевская // Міжнародний неврологічний журнал. – 2009. – № 7. – С.81-84.
6. Терехова Ю.Б. Индикация молекулярных маркеров нейросифилиса [Текст] / Ю.Б. Терехова, А.Ю. Миронов, В.Г. Истратов, К.А. Осман // Курский научно-практический вестник «Человек и его здоровье». – 2007. – № 2. – С. 59-66.

ВИПАДОК ПІЗНЬОГО
МЕНІНГОВАСКУЛЯРНОГО СИФІЛІСУA CASE OF LATE
MENINGOVASCULAR SYPHILIS

**Г.І. Мавров, Г.О. Дунаєва,
В.О. Савоськіна, Г.М. Бондаренко**

**G.I. Mavrov, G.O. Dunayeva,
V.O. Savoskina, G.M. Bondarenko**

Резюме. Наведено випадок пізнього нейросифілісу у хворого, пролікованого у стаціонарі ДУ "Інститут дерматології та венерології АМН України". Особливість випадку – менінгovasкулярна форма сифілісу нервової системи із психічними порушеннями, яка останнім часом усе частіше зустрічається.

Resume. A case of late neurosyphilis in patient treated at the Institute of Dermatology and Venerology of the Academy of Medical Sciences of Ukraine is presented. A peculiarity of the case is considered to be a meningovascular form of syphilis combined with mental disorders which are often developed in such patients.

Ключові слова: сифіліс, нервова система, пізній менінгovasкулярний нейросифіліс.

Keywords: syphilis, neural system, late meningovascular syphilis.

Новини медицини

Створено штучні еритроцити

Американські вчені розробили наночастки, які повністю імітують ключові характеристики еритроцитів.

Ласкаво просимо в майбутнє – в світ синтетичної крові!

За допомогою нововинайденої технології, відомої як PRINT (Particle Replication in Non-wetting Templates – реплікація частинок в незмочувальних матрицях), Джозеф Десімон з Університету Північної Кароліни і його колеги навчилися виготовляти дуже м'які гідрогелеві частинки, які імітують розмір, форму і податливість червоних кров'яних клітин.

Випробування здатності частинок виконувати функції еритроцитів – транспортувати кисень і терапевтичні препарати – не проводилися. Відомо лише, що синтетичні тільця залишаються в серцево-судинній системі майже стільки ж, скільки реальні клітини.

Проте дослідники вважають, що вони досягли величезних висот, зробивши частинки настільки еластичними, – адже саме здатність до деформації дозволяє еритроцитам проходити через мікроскопічні пори в органах і вузькі кровоносні судини. Тільки до кінця життя клітини стають жорсткими і вже не можуть минути «фільтр» в селезінці.

Еритроцити живуть близько 120 днів, а період напіврозпаду їх самого гнучкого штучного побратима в організмі миші становила 93,29 години. Більш жорсткі частинки, як правило, закінчують життя в легенях, а новинка виводилася з організму за всіма правилами – селезінкою.

Імітація гнучкості важлива і для лікування онкологічних захворювань. Справа в тому, що ракові клітини м'якше здорових, і це дозволяє їм розповсюджуватися по всьому організму. Гнучкі частинки, що несуть протиракові ліки, стануть «симетричною відповіддю» онкологічній загрозі.

Діаметр штучного еритроцита складає 6 мкм.