

трудоспособности больных с последствиями полиомиелита и детскими церебральными спастическими параличами. – В кн.: Реабилитация больных с неврогенными заболеваниями опорно-двигательного аппарата. – М.: Медицина, 1973. – С. 12 - 16.

14. Чепкая Л.М., Дроздов Ю.А. Медицинская и социально-трудова реабилитация детей с последствиями полиомиелита и церебральными параличами. // Методические рекомендации. – Киев, 1982. – 39 с.
15. Чернов А.П. Восстановительное лечение последствий полиомиелита. // Автореф. дисс. ... докт. мед. наук. – Самара, 1992. – С. 67.
16. Mazziano E. Aspetti medico-sociali della riabilitazione. //Med.Soc.– 1985.– Vol. 35, № 2/4.– P. 75 – 77.

С.В. Котов¹, Е.В. Исакова¹,
Т.М. Шувалова², Л.Б. Важбин²,
О.В. Залевская², Ю.В. Елисеев¹

НЕЙРОСИФИЛИС: ПРОБЛЕМЫ ДИАГНОСТИКИ И ЛЕЧЕНИЯ НА СОВРЕМЕННОМ ЭТАПЕ

¹ Московский областной научно-исследовательский клинический институт им. М.Ф.Владимирского

² Московский областной кожно-венерологический диспансер

Среди большого числа спирохетозов (возвратный тиф, лептоспирозы, фрамбезия и др.) при которых неврологические расстройства преимущественно возникают вторично, в основном, вследствие микровакулопатии, геморрагических нарушений, лишь два заболевания – сифилис и болезнь Лайма характеризуются первичным инфекционным поражением нервной системы, недаром возникли медицинские термины «нейросифилис» и «нейроборрелиоз». До настоящего времени диагностика этих заболеваний опирается на косвенные признаки – качественные реакции, отражающие иммунный ответ организма на возбудитель. Отличительной особенностью этих двух заболеваний является и то, что эффективность простой и доступной антибиотикотерапии, назначенной вовремя, чрезвычайно велика. Задачей медиков, поэтому является как можно более раннее начало специфической терапии на этапе, предшествующем распространению инфекции на нервную систему. Подчеркнем, что, несмотря на высокую эффективность терапии, риск проникновения в мозг и персистенции инфекции за гематоэнцефалическим барьером велик, что в большей мере относится к нейросифилису, чем к нейроборрелиозу. Поэтому профилактические меры медицинского и социального плана, ранняя диагностика и своевременно начатое лечение являются важными факторами снижения заболеваемости [1, 4].

Проблема нейросифилиса после многих лет покоя, начавшихся после вспышки времен Великой Отечественной войны и послевоенных лет, вновь стала актуальной. В 1996 г. отмечен рост заболеваемости сифилисом по сравнению с «благополучным» докризисным 1987 г. более чем в 50 раз, в последние годы идет существенное снижение, однако показатель советского периода превышен более чем в 10 раз. В 1987 г. в Московской области показатель заболеваемости составил 4,9 случаев на 100.000 населения в год, в 1996 г. - 266,4, а в 2008 г. - 54,6 (в 1997 г. - 277,3 случая на 100 тыс. населения по данным ЦКВИ). Одновременно наблюдается рост нейросифилиса: если в 1987 г. нейросифилис был диагностирован у 0,31% всех больных, то в 2008 г. – у 0,99%, в 2009 г. – у 1,53%.

Показатель заболеваемости сифилисом в Московской области за последние три года снижается, если в 2007 г. зарегистрировано 67,5 случаев на 100.000 населения, в 2008 г. – 54,6, то в 2009 г. – 44,3, что, однако, почти в 10 раз выше аналогичных показателей советского периода. Недостаточная эффективность диагностики нейросифилиса, выявленная при анализе ситуации в регионе в 2007 г., потребовала проведения ряда организационных мероприятий. Действительно, обнаружено, что в ряде случаев пациенты, находившиеся в соматических стационарах области, у которых впервые были обнаружены положительные результаты серологических исследований на сифилис, тут же выписывались без дополнительных исследований и назначения специфического лечения, направлялись в районные КВД, до которых в ряде случаев не добирались. Результатом было увеличение продолжительности заболевания, возрастание риска специфического поражения нервной системы, а как следствие – снижение

эффективности терапии. Возрастал одновременно и риск распространения заболевания на здоровых лиц при половых контактах.

При анализе ситуации было выявлено, что в ряде случаев такие пациенты обнаруживались в неврологических стационарах, где находились с диагнозами «инсульт», «энцефаломиелит», «менингоэнцефалит», «энцефалопатия», «полиневрит» и др. К сожалению, снижение настороженности медиков в отношении выявления сифилиса и нейросифилиса, приводила к тому, что большинство таких пациентов не получали адекватного специфического лечения. Даже получив положительные серологические тесты на сифилис, врачи не расценивали имеющийся у пациента менингоэнцефалит как сифилитический!

Для повышения информированности медицинских работников было выпущено пособие для врачей по диагностике и лечению нейросифилиса, в котором была определена тактика диагностических и лечебных действий. Была проведена тематическая конференция Московской областной ассоциации неврологов, где детально рассмотрены не только диагностические и лечебные, но и организационные аспекты проблемы. Материалы по диагностике и лечению нейросифилиса включены в планы тематических усовершенствований кафедры неврологии ФУВ МОНИКИ им. М.Ф.Владимирского.

В результате проведенной работы существенно улучшилось выявление нейросифилиса: если в 2007 г. было выявлено всего 13 пациентов (0,3% от всех впервые выявленных), в 2008 г. – 35 (0,99%), то в 2009 г. – 45 (1,53%). Учитывая постоянное снижение заболеваемости, отмеченная динамика свидетельствует о повышении качества работы сифилидологов и неврологов в этом направлении.

Таблица 1

Показатели распространенности нейросифилиса в 2007-2009 г.г.

Форма заболевания	Число пациентов	Мужчин %	До 20 лет %	20-39 лет %	40 и старше %
Нейросифилис	94	75,5	0	36,4%	63,6
Сифилис – все формы	11064	50,7	6,7	68,8	24,5

Как видно из данных, приведенных в таблице, число больных нейросифилисом в 2007-2009 г.г. составило 0.85% от общего числа больных всеми формами сифилиса. При этом если в общей группе пациентов преобладание мужчин было незначительным, то среди страдающих нейросифилисом мужчины составили абсолютное большинство (75%). 70% пациентов были городскими жителями.

При сравнении возрастного состава пациентов, страдающих нейросифилисом, обнаружено, что большинство из них – это лица 30 лет и старше. В группе пациентов моложе 20 лет, больных сифилисом, неврологические проявления заболевания не выявлены ни в одном случае, на третьем десятилетии жизни – лишь у 5, на четвертом десятилетии жизни – у 29, в 40 лет и старше – 60 пациентов.

Паренхиматозный нейросифилис в настоящее время измеряется единичными случаями, за последние 3 года нами наблюдалась лишь 1 пациентка, страдающая прогрессирующим параличом. Это наблюдение достойно места в учебниках, поскольку диагноз заболевания с самого начала лежал на поверхности: было известно, что постоянный половой партнер пациентки более 5 лет назад заразился сифилисом, но отказался от лечения. Ее обследование в тот период дало ложноотрицательные результаты. Постепенно у женщины нарастали когнитивные нарушения, достигшие в последний год степени глубокой деменции – отсутствие контакта, импрессивной и экспрессивной речи, полный распад праксиса. При отсутствии разрезов конечностей пациентка не могла стоять, ходить, самостоятельно принимать пищу. Эти неуклонно прогрессирующие нарушения расценивались врачами местных ЛПУ как проявления дисциркуляторной энцефалопатии. На МРТ выявлялась картина внутренней и наружной гидроцефалии, вентрикуломегалии, атрофии серого и белого вещества головного мозга без очаговых изменений. Проведение ликворологического исследования подтвердило диагноз паренхиматозного нейросифилиса.

Следует отметить, что проведение специфической терапии даже на таком позднем этапе заболевания дало положительные результаты: после первого курса терапии пациентка смогла сидеть в постели, пользоваться ложкой, стала произносить отдельные слова и отвечать на простейшие вопросы. Лечение ее продолжается.

Нами изучена структура 131 случая сифилиса, которые были впервые выявлены в неврологических стационарах ЛПУ Московской области в 2007-2008 г.г., 93 мужчин и 38 женщин в возрасте от 24 до 65 лет (средний возраст 42.5 ± 4.3 года), проведена оценка эффективности диагностики и лечения.

49 пациентов были госпитализированы с диагнозом «Острое нарушение мозгового кровообращения» (ишемический инсульт в каротидном бассейне – 30, в вертебробазилярном бассейне – 18, ТИА – 1), 31 – с диагнозом «дисциркуляторная энцефалопатия», 24 – с диагнозами «цефалгия», «церебральный арахноидит», «атрофия головного мозга», «гипертензионный синдром», 27 – с другими диагнозами. Инсульт у пациентов с менингovasкулярным сифилисом не является редкостью. Без специфической терапии это проявление заболевания торпидно к самым современным методам лечения. Когнитивные нарушения при нейросифилисе также не редки, что объясняет постановку диагноза энцефалопатии некоторым пациентам [2, 3].

Ретроспективно анализируя диагностический процесс, отметим следующее. Ни один пациент не был направлен в стационар с диагнозом «нейросифилис». Предположение о специфическом характере заболевания не возникало, поскольку выраженных («цветущих») кожных проявлений не было, внимания на характерные признаки нейросифилиса врачи не обращали, а часто их и не было. При клиническом обследовании ни в одном случае не выявлен синдром Арджилла Робертсона, у половины пациентов обнаружена гипестезия/гиперестезия в зонах Гитцига, у 1/3 – угнетение или выпадение ахилловых рефлексов.

Неврологическая симптоматика в большинстве случаев укладывалась в банальную нозологическую картину. Диагноз сифилиса был установлен после получения положительного результата микрореакции на сифилис в крови (в обязательном порядке выполняемой всем госпитализируемым пациентам), далее для выявления нейросифилиса проводилось исследование спинномозговой жидкости.

При исследовании ликвора обращалось внимание на цитоз, уровень белка, серологические реакции – реакция иммунофлюоресценции (РИФ) и реакция Вассермана (РВ) или микрореакцию. Постановка РИФ осуществлялась с цельным ликвором. При нейросифилисе РВ позитивна примерно в 70% случаев и указывает на специфический характер поражения нервной системы. РИФ высоко чувствительна, её отрицательный результат фактически позволяет отвергнуть диагноз нейросифилиса. Подчеркнем, что диагноз нейросифилиса не может считаться достоверным без ликворологического подтверждения.

Из 131 пациента, у которых при обследовании в неврологических стационарах области выявили сифилис (при этом у 45 пациентов – неведомый сифилис, остальные предполагали или знали о своем заболевании и проходили специфическую терапию), наличие специфического поражения по данным РИФ в спинномозговой жидкости обнаружено у 49.

При РКТ/МРТ головного мозга 49 пациентов с клиническими проявлениями ишемического инсульта очаговые изменения вещества мозга выявлены лишь у 19. Ишемические очаги локализовались в зоне корковых ветвей средней мозговой артерии или в бассейне нижней задней мозжечковой артерии. У 12 пациентов выявлены признаки нормотензивной гидроцефалии, трансэпендимального отека белого вещества полушарий, расширение Вирхова – Робеновских пространств.

Во всех случаях, когда был диагностирован нейросифилис, была назначена специфическая терапия. Отмечен положительный ответ на вве-

дение натриевой соли бензилпенициллина в дозе 10 – 12 млн. ЕД 2 раза в сутки в течение 14 - 20 дней, который в некоторых случаях носил драматический характер – почти полный регресс гемипареза, афатических и других нарушений высших корковых функций, цефалгического синдрома в течение 2-4 недель. У 1 пациента с ранним нейросифилисом, сифилитическим менингоэнцефалитом в ответ на первое введение препарата возникла реакция Яриша – Геркстгеймера.

ПРИМЕР. Больной И., 41 год. Жалобы при поступлении на затруднение речи, слабость в правых руке и ноге. Считает себя больным с 01.2009, когда появилась слабость мышц правых руки и ноги. Позднее присоединилось нарушение речи, шаткость при ходьбе. В 05.2009 находился в муниципальной больнице с диагнозом: ишемический инсульт в корковых ветвях левой средней мозговой артерии и в бассейне вертебробазиллярных артерий с выраженной атаксией, моторной афазией. На фоне нейрометаболической терапии отмечено улучшение.

Повторное ухудшение с 07.2009, когда усилилась шаткость при ходьбе,росло нарушение речи. Тогда же впервые проведена микрореакция крови на сифилис, выявлен положительный результат. Направлен в неврологическое отделение МОНИКИ им. М.Ф.Владимирского для обследования на нейросифилис.

При поступлении: Общее состояние удовлетворительное. ЧСС-68 уд./мин, АД - 120/80мм.рт.ст. Неврологический статус: Менингеальных знаков нет. ЧМН: Глазные щели D=S, движения глазных яблок в полном объеме. Нистагма нет. Зрачки округлые, фотореакции D=S. Сглажена правая носогубная складка. Корковая дизартрия. Мышечный тонус не изменен. Мышечная сила в мышцах верхних и нижних конечностей 5 баллов. Сухожильные и периостальные рефлексы с рук и ног D>S, справа высокие. Патологических рефлексов нет. Координаторные пробы выполняет удовлетворительно. В позе Ромберга неустойчив. Четких

нарушений чувствительности не выявлено.

МРТ головного мозга (25.08.09): начальные проявления сосудистой энцефалопатии. Объемных образований головного мозга не выявлено.

HBS-Ag, ВИЧ (20.08.09) отрицательны. РВ крови (20.08.09) – положительная.

Анализ ликвора (21.08.09): цвет – желтоватый, прозрачность неполная, цитоз – 41/3 (лимфоциты – 35, нейтрофилы – 2, моноциты – 2, измененные клетки – 2), белок – 0,066 г/л, РИФ – резко положительна, антитела Ig G – резко положительны. РПГА резко положительная, титр 4+1/40960.

Развернутый анализ крови на сифилис (21.08.09): RPR – тест – положительный. ИФА-anti-pallidum сумм. – положительный. ИФА-anti-pallidum IgG – положительный.

Назначена специфическая терапия: бензилпенициллина натриевая соль 10 млн ЕД на 400 мл физ.р-ра в/в капельно дважды в день.

Через 2 часа после первого ведения пенициллина состояние пациента ухудшилось. Отмечена гипертермия до 38,4°C, появление менингеальных знаков: ригидность мышц шеи, симптом Кернига с двух сторон, верхний, средний, нижний симптомы Брудзинского. Черепные нервы: парез зрения вправо, насильственный поворот головы и глаз влево. Центральный парез VII, XII пары справа. Тотальная афазия. Мышечный тонус повышен в правых конечностях по спастическому типу. Правосторонний гемипарез до плечии в руке. Сухожильные и периостальные рефлексы с рук и ног D>S, высокие. Симптом Бабинского справа. Отмечались эпизоды психомоторного возбуждения, клонических судорог в мышцах правой руки.

МРТ головного мозга (16.09.09): признаки менингоэнцефалита в виде неравномерной плотности мозгового вещества, трансэпендимального отека, расширения Вирхов – Робеновских пространств. Очаговых изменений вещества мозга не выявлено.

После проведения дезинтоксикационной и десенсибилизирующей терапии лечение бен-

зилпенициллином было продолжено до общей курсовой дозы 400 млн. ЕД. На фоне специфической терапии отмечена положительная динамика: через 23 дня в неврологическом статусе остается монопарез руки до 4 баллов, корковая дизартрия. Пациенту продолжено восстановительное лечение.

Таким образом, у пациента с менинговазкулярным нейросифилисом с преобладанием менингоэнцефалитического компонента (что является из отсутствия видимого ишемического очага на повторных МРТ) на фоне специфической терапии отмечен хороший регресс симптомов. На первом этапе была совершена типичная диагностическая ошибка: появление сочетанной брахиофациальной и речевой симптоматики было воспринято как результат инсульта, а когда появились дополнительные симптомы, они также были расценены как результат нарушения мозгового кровообращения. Это наблюдение демонстрирует также высокий клинический эффект трепонемцидной терапии и ее типичное осложнение. S. Mehrabian и соавт. [5] также отмечают высокий эффект специфической терапии нейросифилиса несмотря на довольно частое развитие реакции Яриша – Герксгеймера, это касается не только очаговых симптомов, но и когнитивных функций.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ. Число больных нейросифилисом в последнее время возрастает, причем клинически отмечается преобладание васкулярной формы над менингеальной. Однако нейровизуализационные исследования позволяют в ряде случаев доказать не сосудистое, а воспалительное поражение вещества мозга, которое не сопровождается таким выраженным морфологическим дефектом, как при инсульте. Это определяет и значительно лучший исход при своевременном назначении адекватной терапии. Следует повысить настороженность врачей всех специальностей, особенно неврологов, по выявлению нейросифилиса. Особое внимание следует уделять мужчинам среднего возраста с инсультом без предшествующего

анамнеза сердечнососудистых заболеваний. Для предупреждения реакции Яриша – Геркгеймера очевидно имеет смысл начинать пенициллинотерапию с не трепонемоцидных дозировок препарата в первые дни лечения, например, с внутримышечного введения 1-2 млн ЕД х 2, затем 4, далее 6 раз в сутки по 2 дня на каждую дозировку, затем переходить к полноценному курсу внутривенного введения препарата по 10-12 млн. ЕД дважды в сутки.

ЛИТЕРАТУРА

1. Родиков М. В., Шпрах В. В. Нейросифилис // Журнал неврологии и психиатрии им. С.С. Корсакова. - 2009. - Т. 109, № 2. - С. 78-81
2. Feng W., Caplan M., Matheus M.G., Papamitsakis N.I. Meningovascular syphilis with fatal vertebrobasilar occlusion // Am. J. Med. Sci., 2009, V. 338, N 2, p. 169-171
3. Lee C.H., Lin W.C., Lu C.H., Liu J.W. Initially unrecognized dementia in a young man with neurosyphilis // Neurologist, 2009, V. 15, N 2, p. 95-97
4. Marra C.M. Update on neurosyphilis // Curr. Infect. Dis. Rep., 2009, V. 11, N 2, p. 127-134
5. Mehrabian S., Raycheva M.R., Petrova E.H. et al. Neurosyphilis presenting with dementia, chronic chorioretinitis and adverse reactions to treatment: a case report // Cases J., 2009, V 2, p 8334

Ю.В. Лобзин, Н.В. Скрипченко

РОЛЬ УЧЕНИЯ В.С. ЛОБЗИНА О НЕЙРОИНФЕКЦИЯХ В РЕШЕНИИ АКТУАЛЬНЫХ ПРОБЛЕМНЫХ ВОПРОСОВ СЕГОДНЯШНЕГО ДНЯ

ФГУ «НИИ детских инфекций ФМБА России», Санкт-Петербург

В 2009 году медицинская общественность России отмечала 85-летие выдающегося невролога профессора Владимира Семеновича Лобзина [1]. Как ученый-невролог с широким профессиональным кругозором В.С. Лобзин особое внимание уделял проблеме нейроинфекций, рассматривая «инфекционные заболевания нервной системы как область клинической медицины, находящуюся на стыке интересов инфекционистов, педиатров и невропатологов» (1985 г). То есть, проблему нейроинфекций он видел как мультидисциплинарную, в которой важное место уделял педиатрам, поскольку до 70% нейроинфекций встречаются в детском возрасте и именно педиатрам свойственно изучать патологию с учетом анатомо-физиологических особенностей детского организма [2]. В настоящее время совершенно очевидно, что течение и исходы нейроинфекций у детей определяются совокупностью организационных подходов к лечению, реабилитации и диспансеризации. Благодаря многолетнему мониторингу в отделе нейроинфекций НИИ детских инфекций за более чем 5000 случаями заболеваний, выявлено, что в структуре ИЗНС имеют место гнойные (32,7%) и серозные (22,9%) менингиты, вирусные энцефалиты (12,2%), демиелинизирующие заболевания центральной (4,9%) и периферической нервной системы (9,6%), инфекционные поражения спинного мозга (17,7%). Летальность при менингитах составила 6,8%, при энцефалитах – 11%, при демиелинизирующих заболеваниях – 6,7%. У реконвалесцентов в 58% случаев определялись очаговые нарушения в виде центральных парезов по гемитипу.