

Коган Захар Александрович,
ГУЗ «Областной клинический кожно-венерологический диспансер»,
г. Ульяновск

Ельнякова Венера Искяндяровна,
ГБУЗ «Областная психиатрическая больница им. К.Р. Евграфова»,
г. Пенза

ТАКТИКА ТЕРАПИИ ПАЦИЕНТОВ С РАЗЛИЧНЫМИ ФОРМАМИ НЕЙРОСИФИЛИСА

Аннотация: В статье представлены современные методы терапии пациентов с ранним и поздним нейросифилисом, с учетом особенностей нахождения в специализированных стационарах неврологического и психиатрического профиля. Материалы, представленные в статье могут быть интересны дерматовенерологам, неврологам, психиатрам.

Ключевые слова: сифилитическая инфекция, нейросифилис, пенициллинотерапия, сифилитическая инфекция.

Сифилис – общее инфекционное заболевание с волнообразным течением, со сменой периодов обострения, характеризующихся поражением кожи, слизистых оболочек, внутренних органов, костей и нервной системы, скрытыми периодами, когда клинические признаки болезни отсутствуют, и только положительные серологические реакции крови свидетельствуют о наличии инфекционного процесса. [1]

По данным официального государственного статистического наблюдения, эпидемиологическая ситуация по сифилису характеризуется постепенным снижением заболеваемости в целом по Российской Федерации (в 1998 г. – 233,8 случая на 100000 населения, в 2008 г. – 59,9 случая, в 2018 г. – 16,7 случая). На фоне снижения общей заболеваемости сифилисом отмечается



рост числа поздних форм заболевания (в 2010 г. – 2,5 случая на 100000 населения, в 2018 г. – 4,7 случая). Доля пациентов со специфическими поражениями нервной системы в общей структуре заболеваемости сифилисом возросла с 0,9% в 2008 г. до 5,9% – в 2018 г. При этом больные поздним нейросифилисом в 2008 г. составляли 65,6% от общего числа выявленных пациентов с нейросифилисом, а в 2018 г. – уже 85,1% [4].

Нейросифилис – симптомокомплексы, возникающие при поражении нервной системы бледной трепонемой, которые по мере прогрессирования заболевания трансформируются один в другой или сосуществуют в виде динамического состояния; данные поражения различны по патоморфологической картине, патогенезу, клинике, течению, прогнозу и связаны только единством этиологии. [2]

Согласно, классификации, различают сифилис нервной системы ранний (при давности сифилитической инфекции не более 5 лет) и поздний (при давности инфекции более 5 лет. [5]

Поражение нервной системы при сифилисе может наблюдаться в любом периоде и проявляться в различных клинических вариантах. Развитию нейросифилиса способствуют отсутствие или недостаточное лечение ранних форм сифилиса, травмы (особенно, черепно-мозговая), тяжелые психические переживания, длительное умственное переутомление, хронические сопутствующие инфекции, нарушение иммунного статуса, в том числе, ВИЧ – инфекция. [1,5]

Различают следующие клинические формы нейросифилиса: сифилитический менингит (бессимптомный, острый и хронический), сифилитический менингомиелит, гуммы головного мозга, сосудистые формы нейросифилиса, спинную сухотку, прогрессивный паралич. [5]

Следует помнить о возможности развития у больных сифилисом неврастении и некоторых форм психоза, а также о возможности возникновения у лиц, не болеющих сифилисом, сифилофобии, которая представляет собой один из типов фиксированной психопатии. [5,6]



Согласно статистическим отчетным формам, на территории Ульяновской области за период 2020-2022 было выявлено 6 случаев нейросифилиса (из них 5 случаев имели статус позднего). 4 случая было выявлено в Ульяновской областной психиатрической больнице им. В.А. Копосова, 2 случая – пациенты неврологических стационаров г. Ульяновска.

Всем больным диагноз нейросифилис был установлен на основании данных анамнеза, клинической симптоматики, клинико-лабораторных данных (серологическое исследование крови и ликвора при помощи трепоневных и нетрепонемных тестов). Учитывая неврологический и психиатрический профиль пациентов, были проведены консилиумы с участие врачей-дерматовенерологов, психиатров, неврологов. Также, все больные были проконсультированы оториноларингологами, офтальмологами, в 3 случаях была проведена магнитно-резонансная томография головного мозга с целью исключения объемных новообразований.

Для терапии применяли бензинпенициллина натриевую соль внутривенно, капельно, по 12 млн. ЕД 2 раза в день, 20 дней, в случае позднего нейросифилиса – проводился повторный курс терапии через 14 дней. [2,3]

После курсовой терапии отмечалась положительная клиническая и серологическая динамика, все пациенты состоят на диспансерном учете с периодическим серологическим обследованием крови и спинномозговой жидкости согласно клиническим рекомендациям и стандартам по лечению сифилиса.

Таким образом, лечение нейросифилиса должно осуществляться коллегиально и мультидисциплинарно, с учетом преобладающей симптоматики (при необходимости, в стационарах неврологического или психиатрического профиля, но при обязательном участии врача – дерматовенеролога). Больные с бессимптомными формами нейросифилиса могут проходить лечение в дерматовенерологическом стационаре. Клинико-серологический контроль и диспансерное наблюдение являются обязательным условием эффективной терапии нейросифилиса.



Список литературы:

1. Кожные и венерические болезни/В.П. Адашкевич, В.М. Козин. – М.: Мед. лит., 2006., - 672 с.
2. «Сифилис». Клинические рекомендации Общероссийской общественной организации "Российское общество дерматовенерологов и косметологов", 2020 г. – 76 с.
3. Клиническая дерматовенерология : в 2 т./под ред. Ю.К. Скрипкина, Ю.С. Бутова. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2009. –Т. 1
4. Ресурсы и деятельность медицинских организаций дерматовенерологического профиля. Заболеваемость инфекциями, передаваемыми половым путем, заразными кожными болезнями и заболеваниями кожи за 2017-2018 годы (статистические материалы). М., 2019. – 208 с.
5. Сифилис. А.Н. Родионов, 3-е изд. – СПб: Питер. 2007. – 320 с.
6. Дерматовенерология. Национальное руководство / под ред. Ю.К. Скрипкина, Ю. С. Бутова, О.Л. Иванова. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2013. – 1024 с.

