

КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ ПОЗДНЕЙ ФОРМЫ НЕЙРОСИФИЛИСА ПРОГРЕССИВНОГО ПАРАЛИЧА

А.М. Мурзалиев, М.К. Балтабаев, К.Э. Диканбаева

Кыргызская государственная медицинская академия им. И.К. Ахунбаева, Бишкек, Кыргызская Республика

Резюме: в статье описан случай нейросифилиса у больного 48 лет с доминированием в клинической картине прогрессирующих нервно-психических нарушений, проявившихся когнитивными и поведенческими расстройствами. Диагноз подтвержден результатами серологических тестов в крови и спинномозговой жидкости. После пенициллинотерапии отмечено уменьшение выраженности когнитивных, поведенческих нарушений. Обсуждается о необходимости обязательного серологического обследования на сифилис всех пациентов с психическими нарушениями в ситуации прогнозируемого в ближайшие годы роста числа случаев позднего нейросифилиса.

Ключевые слова: нейросифилис, прогрессирующий паралич.

НЕЙРОСИФИЛИСТИН ӨТҮШҮП КЕТКЕН ФОРМАСЫНЫН МИСАЛЫ-ПРОГРЕССИВДИК ПАРАЛИЧ

А.М. Мурзалиев, М.К. Балтабаев, К.Э. Диканбаева

Кыргызская мамлекеттик медициналык академиясы И.К. Ахунбаева атынд., Бишкек, Кыргыз Республикасы

Корутунду: бул макалада 48 жаштагы нейросифилис менен ооруган адамдын дарты суроттолгон. анын тез убакта акыл-эси жана журуш-турушу бузулган. Диагноз кандын жана жулун суусун серологиялык аныктамоо аркылуу такталган. Пенициллин менен дарылоодон кийин акыл-эси ажана журуш-турушунун бузулушу азайган. Баардык эс-учу, журуш-турушу бузулган орулууларга созсуз серологиялык аныктамоонун милдеттик турдо отуунун суроосу чакташтырылган.

Озгочо создор: нейросифилис, прогрессивдик паралич.

CLINICAL CASE OF LATE FORM OF NEUROSYPHILIS- PROGRESSIVE PARALISE

Mursaliev A.M., Baltabaev M.K., Dikanbaeva K.E.

Kyrgyz State Medical Academy by Ahunbaev I.K. Bishkek, Kyrgyz Republik

Resume: there was described case of neurosyphilis at 48 old patient with progressive psychiatric disorders, presented by cognitive and behavioral impairment. Diagnosis was proved by serological tests of blood and CSF.

After treatment with penicillinum was registered decreasing of cognitive and behavioural impairments. All patients with psychiatric disorders should be done serological tests for syphilis, because of predisposing situation in the future will be increase cases of late forms of neurosyphilis

Key words: neurosyphilis, progressive paralise.

Нейросифилис (НС)- общее название разнообразных клинических форм поражения нервной системы сифилитической природы, характеризующихся склонностью к прогрессированию при отсутствии адекватного лечения [1,2].

Согласно статистическому отделу Минздрава России, динамика заболеваемости сифилисом по сравнению с минимальным показателем в 1989г. (43 случая на 100 000 населения), возросла

в 1996 г. в 60 раз (264,6 случаев). В нашей Республике от 87 случаев в 1990 г., до 6680 случаев в 1996г [8]. Причинами роста заболеваемости сифилисом явились: крайне неблагоприятная эпидемиологическая ситуация, повышенная миграция населения, снижение жизненного уровня, безработица, проституция, алкоголизм, наркомания, падение моральных устоев, а также ухудшение качества медицинской помощи

В неврологической клинике Национального Госпиталя 1998 году был зарегистрирован один случай заболевания нейросифилисом в КР, в 2005 году 13, и 8 пациентов в 2010 году. За последние 5 лет увеличилось количество пациентов с поздними формами нейросифилиса, а именно прогрессивного паралича (ПП) с 2008 года, всего в клинике зарегистрировано 5 случаев. ПП может развиваться через 3-30 лет с момента заражения сифилисом (чаще 10-15 лет); он относится к поздним формам сифилитического поражения нервной системы [3,4]. Среди больных преобладают лица среднего и пожилого возраста. Выделение форм ПП (дементная, экспансивная, эйфорическая, депрессивная и т.д.) имеет значение только в начальной стадии заболевания. Неуклонно прогрессируя (отсюда и название «прогрессивный»), заболевание приобретает более сложную и тяжелую клиническую картину. Наряду с развивающейся деменцией и психическими расстройствами отмечаются дизартрия, акционный тремор, оживление рефлексов, атаксия и эпилептические припадки. К ним постепенно присоединяются нарушение письма, счета и чтения. Наиболее часто встречается дementная форма со свойственным ей полным распадом личности и всех форм психической деятельности. Обычно она имеет относительно доброкачественное течение. На ранних стадиях (до развития двигательных нарушений) заболевание трудно отличить от более часто встречающихся лобно-височных деменций другого генеза [3,9,10].

Целью работы было описание случая классической дementной формы ПП, выявленной в начальной стадии развития исключительно благодаря серологическому обследованию.

Больной Б., 50 лет. Обратился в клинику по настоянию родственников. Сам больной при поступлении жалоб не предъявлял. Родственники больного отмечали у него снижение инициативы при общении, трудности в понимании обращенной к нему речи, нарушения памяти, внимания, чтения, письма, неузнавания членов семьи, замедленность и неуверенность при ходьбе.

Из анамнеза жизни, стало известно пациент родился в срок. Беременность и роды у матери протекали нормально. Рос и развивался соответственно возрасту, от сверстников не отставал. Окончил 10 классов. Служил в армии. Пациент

дважды женат: с первой женой развелся 12 лет назад, имеет 4 детей, женился второй раз в 2007 году. В течении 12 лет жил с матерью, последний год отделился в связи с женитьбой. После женитьбы, собственную инициативу по контакту с родственниками не проявлял. Эпизодически мать сама навещала его. Последние 2 года родственники стали замечать изменение поведения больного, появилась эгоистичность в характере. Он приходил к матери и забирал ее вещи, все что попадется «под руки», говорил, что это все принадлежит ему. Затем родственники стали замечать грубые нарушения памяти на наиболее ближайшие события: не узнавал мать, сестру, братьев. Однако он с большой охотой рассказывал как он служил в армии 20 лет назад. В августе месяце по поводу вышеперечисленных жалоб была проведена магнитно-резонансная томография головного мозга (МРТ). Родственников стало еще больше беспокоить то, что он стал не всегда понимать обращенную к нему речь и отвечать на вопросы, и у него нарушилось чтение и письмо.

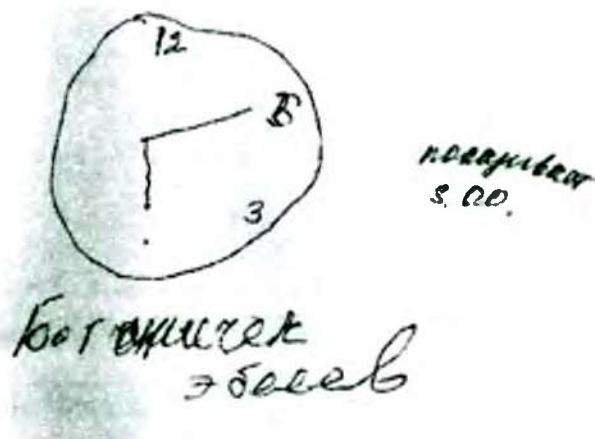


Рис. а (показывает время 3.00 дня и Ф.И.О).

Данное состояние связывали с хроническим алкоголизмом, пока в начале октября 2010 года больной не пропал, сел в автобус в Нарынской области и уехал в неизвестном направлении. Найден в одном из стационаров г. Бишкек с диагнозом: сотрясение головного мозга, туловища, груди и живота. Больной обстоятельства травмы не помнит, там же при серологическом исследовании в крови обнаружены положительные трепонемные тесты, в связи с чем направлен к венерологам в кож-венерологический диспансер, однако

учитывая имеющиеся грубые нарушения памяти был переведен в отделение неврологии №1 Национального Госпиталя. При поступлении изменений в соматическом статусе обнаружено не было. Неврологический статус: глазные щели S=D, зрачки узкие D=S, симптом Аргайл –Робертсона положительный, движение глазных яблок в пол-

ном объеме, язык по средней линии. Сухожильные рефлексы равномерно оживлены с обеих сторон. Мышечный тонус заметно не изменен. Мышечная сила достаточная. При проверке чувствительности из-за когнитивных нарушений отвечает с ошибками. В позе Ромберга устойчив.

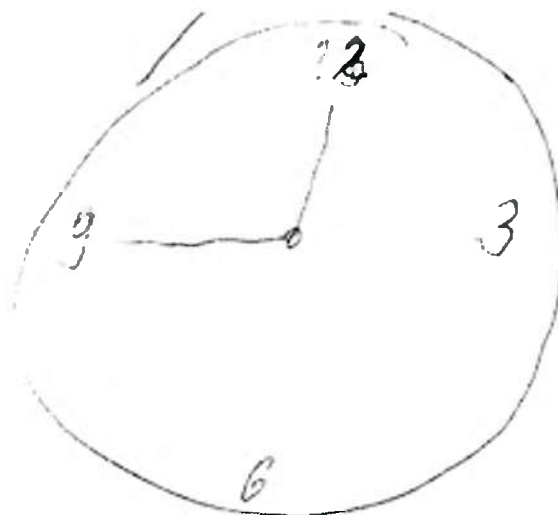


Рис. б (после лечения, правильно указывает время 9.00).

Нейронсихологический статус: пациент в ясном сознании, контакт несколько затруднен, полностью дезориентирован в месте, времени и частично в собственной личности: может назвать свое имя, фамилию, но не знает свой возраст и откуда он родом. Обращают на себя поведенческие особенности больного: негативное отношение к осмотру и снижение критики к своему состоянию. В беседе безынициативен. на вопросы отвечает односложно. Нейронсихологическое обследование затруднено из-за нарушений понимания заданий, значительно увеличено время реакции на внешние стимулы, резко снижено внимание, выражены замедленность и истощаемость. Отсутствует способность к обобщению: пациент не может выделить общее между столом и стулом, чашки и тарелки. Выполнить задание “написать свое имя и фамилию” не может- пишет с трудом с литеральными персеверациями. Отмечается утрата пространственных отношений- трудности повторения действий руками по показу, в тесте нарисования часов не может расставить цифры на циферблате (рис а).

МРТ головного мозга - субарахноидальные

пространства, сальвиевы и кортикальные борозды расширены с признаками субатрофии извилин. Субкортикально и перивентрикулярно отмечаются рассеянные мелкие до 3,0мм очаги демиелинизации и глиоза. Кровь на RPR-+3 резко положительный; на РИФ, КСР 1:16, РПГА 4+-резко положительный; ликвор на РИФ, КСР 1:2, РПГА- резко положительный 4+ ; общий анализ ликвора реакция Панди+, белок 0,33 г/л, цитоз 27/3 22/3 в 1 мкл сегмент, 5/3 в 1 мкл лимфоцитов.

Ликвор IgG-2,500(Норма до 0,242) IgM-отр ; Психиатр ДЗ: F 02,8 Деменция при других уточненных заболеваниях(нейросифилис, ЧМТ). Венеролог ДЗ нейросифилис под вопросом; Серологические анализы: время заражения сифилисом установить не удалось из-за выраженных когнитивных нарушений.

Пациенту было проведено два курса специфической терапии с перерывом 14 дней, терапия проведена Цефтриаксоном 2,0 в сутки в течении 14 дней, под прикрытием преднизолона по схеме 75мг-50мг-25мг внутримышечно для профилактики реакции Яриша –Герксгеймера

Через 10 дней после начала терапии, пациент

стал заметно активен, постепенно улучшилась память (начал узнавать родственников, ориентировался в пространстве и времени), при повторном проведении теста рисования часов- положительная динамика , правильно расставил цифры и показал запрашиваемое время (рис б).

Представленный случай иллюстрирует неврологическое и психопатологическое проявление III дементной формы на его ранней стадии, до присоединения двигательных нарушений. После проведенной специфической терапии у пациента отмечается заметное улучшение нервно-психологического статуса. Можно предположить, что у нашего больного течение ПП осложнилось провоцирующимися факторами, а именно хроническим алкоголизмом и перенесенной черепно-мозговой травмой. Уже в настоящее время многим неврологам и психиатрам приходится встречаться с разными формами нейросифилиса, которые ранее казались каузистикой. Между тем своевременная диагностика и адекватное лечение нейросифилиса позволяют предотвращать развитие необратимых изменений и добиваться значительного эффекта даже в тяжелых случаях.

ЛИТЕРАТУРА

1 Михелашвили Н А Поздний сифилис: обзорные иностранной литературы//Неврологический журнал-1999 -№6-С 59-62
 2 Яхно Н.Н., Дамулин И.В., Савушкина И Ю., Подчуфарова Е В , Захаров В В , Степкина Д А , Шмидт Т.Е., Левченко А.Г. Хронический сифилитический менингоэнцефалит с нормотензивной гидроцефалией («прогрессирующий паралич»)// Неврологический журнал-2009.-№40-С.34-41.
 3.Нарфенов В.А., Вахнина Н.В., Лосева О К.,

Аншукова А.В., Исаева А.А., Теремкова Т.И. Нейросифилис с психическими и двигательными расстройствами- менинговаскулярный сифилис или прогрессирующий паралич?//Неврологический журнал-2003-№3-С.29-32.

4.Бреднев А.Г., Каниненко Н.В Об эффективности комбинированного лечения прогрессирующего паралича пенициллином и тетравакциной.// Журнал невропатологии и психиатрии-1996-№5-С.768-772.

5.Шейфер М.С Патоморфоз прогрессирующего паралича//Журнал невропатологии и психиатрии-1967.-№11-С.272-274.

6 Красносельских Т.В , Соколовский Е.В Прогрессирующий паралич: клинко-серологические параллели и лечение//Вестник дерматологии-1998-№1-С.45-50.

7 Косов Е.С. прогрессирующий паралич (современные вопросы клиники, течения и терапии)// Журнал невропатологии и психиатрии-1970-№7-С.1077-1081.

8. Мурзалиев А.М., Андреева В.В , Юсупов Ф А О двух случаях нейросифилиса // Сборник научных трудов. Материалы международной научно- практической конференции «Современное состояние дерматовенерологической службы КР и перспективы его развития» Бишкек 27-28 октября 1998 г - С. 56-59.

9 Красносельских Т.В. Нейросифилис// суставной синдром в практике дерматовенеролога. Нейросифилис/ Под редакцией Е В Соколовского.-СПб: Сотис,2001 -С.72-271.

10 Гуревич М.О. Прогрессирующий паралич//Сифилис нервной системы/ Под ред. А.И. Абрикосова и др.-М.,Л.: Госиздат,1927 -С.156 -162.