Нейросифилис у больных психиатрического стационара

О.К. ЛОСЕВА[1], О.И. АЛЕЙНИКОВА[2], А.В. АНШУКОВ[3], Ю.Ю. УСТЬЯНЦЕВ[4]

[1]Медицинский институт усовершенствования врачей ФГОБУ ВПО МГУПП; [2]Городская психиатрическая больница №13, Москва; [3]Московский областной ККВД; [4]ГУ Центральная поликлиника ФТС России, Москва

Neurosyphilis in the patients of a psychiatric clinic

O.K. LOSEVA[1], O.I. ALEINIKOVA[2], A.V. ANSHUTKOV[3], YU.YU. UST'YANTSEV[4]

[1]Institute of Advanced Medical Training of the federal state budgetary educational institution of higher professional education Moscow State University of Food Production; [2]City Psychiatric Hospital No 13; [3]Moscow Regional Clinical Dermatovenerological Dispensary; [4]State facility Central Polyclinic of the Federal Customs Service of Russia

Освещены проблемы выявления, диагностики и лечения нейросифилиса у пациентов психиатрических стационаров, представлены клинические примеры. Подчеркивается необходимость исследования ликвора для установления диагноза нейросифилис у серопозитивных больных с психическими нарушениями.

Ключевые слова: нейросифилис, психиатрический стационар.

The problem of detection, diagnostics, and treatment of neurosyphilis in the patients of psychiatric clinics is considered and illustrated by concrete examples. The authors emphasize the necessity of liquorological studies for the establishment of definitive diagnosis of neurosyphilis in the seropositive patients presenting with psychic disorders.

Key words: neurosyphilis, psychiatric clinic.

Научное изучение сифилиса нервной системы началось в конце XIX столетия, когда А. Альцгеймер описал сифилитические поражения центральной нервной системы (ЦНС) — острый сифилитический менингомиелит и энцефалит [1]. В начале XX века изучали в основном поздние формы нейросифилиса (НС) — прогрессивный паралич (ПП), спинную сухотку, цереброспинальный сифилис. Больные НС в то время составляли существенную часть госпитализированных в неврологические и психиатрические стационары.

Заболеваемость сифилисом характеризуется волнообразной кривой, с чередующимися периодами подъемов и спадов. В XX веке наблюдалось несколько подъемов заболеваемости сифилисом, которые сопровождались повышением заболеваемости НС. В годы подъема в структуре заболеваемости превалируют ранние формы сифилиса с кожными проявлениями, которые составляют 75—85% от общего числа случаев. В периоды снижения заболеваемости увеличивается доля скрытых и поздних форм, включая НС. Поскольку для развития поздних форм НС требуются многие годы, увеличение числа случаев НС продолжается еще длительное время после снижения общей заболеваемости до фонового уровня.

Заболеваемость НС на много лет пролонгирует проблемы борьбы с сифилитической инфекцией и усложняет их, так как выявление, диагностика и ведение таких больных выходят далеко за рамки дерматовенерологии и касаются прежде всего таких специальностей, как неврология, психиатрия и офтальмология.

Последняя эпидемия сифилиса пришлась на 1990-е — начало 2000-х годов. Пик эпидемии отмечен в 1997 г., когда заболеваемость составила 277,3 случаев на 100 тыс. населения. В последующие годы происходило снижение заболеваемости, сначала интенсивное (до 20—25% в год), а с 2005 г. — более плавное (до 3—5% в год). В 2010 г. заболеваемость сифилисом в России составила 43,6 случаев на 100 тыс. населения — впечатляющее снижение по сравнению с пиком (более чем в 6 раз), однако современный уровень все еще на порядок выше до-

© Коллектив авторов, 2012

Klin Dermatol Venerol 2012;1:101

[1]e-mail loseva_ok@mail.ru
[2]e-mail aleynikovao@mail.ru
[3]e-mail Anshukov-AV@yandex.ru
[4]e-mail uran1986@list.ru

эпидемического (в 1988–1989 гг. – 4,3 случаев). На фоне снижения заболеваемости происходит изменение ее структуры — увеличение доли скрытых и поздних форм заболевания, включая НС.

В 2009 г. доля этих форм по отношению ко всем формам сифилиса почти достигла 60%. В то же время доля НС среди других форм непропорционально мала (в 2009 г. она составила лишь 0,9%). Это объясняется неполнотой выявления НС в современных условиях.

Существует несколько классификаций НС. Наиболее простой и логичной является классификация известного американского невролога H. Merritt [2]:

1) асимптомный НС;
2) менинговаскулярный НС (МВС):
— церебральный (менингит, инсульт);
— спинальный (менингомиелит, инсульт);
3) паренхиматозный НС:
— ПП;
— спинная сухотка;
— табопаралич;
— атрофия зрительных нервов;
4) гуммозный НС:
— головного мозга;
— спинного мозга.

НС делят на ранний (до 5 лет) и поздний (после 5 лет) от момента заражения соответственно. Ранние формы предполагают преимущественное поражение мезенхимы (оболочек, сосудов), поздние — паренхимы головного и спинного мозга.

Асимптомный НС протекает без клинических проявлений и выявляется только при исследовании ликвора по воспалительным и серологическим изменениям спинномозговой жидкости (СМЖ). Эта форма считается базой для возникновения манифестных форм НС как ранних, так и поздних.

Психические нарушения могут наблюдаться уже при ранних формах сифилиса, в частности вторичном, когда происходит генерализация инфекции с появлением обильных кожных высыпаний. Наиболее яркая клиническая картина сопровождает острый конвекситальный менингит, при котором отмечаются резкие головные боли, тошнота, рвота, возможны эпилептиформные припадки, гемипарезы, афазия, спутанность сознания, делирий [3]. Некоторые авторы [4] описывают такую форму раннего НС, как острый сифилитический менингоэнцефалит, который проявляется оболочечным синдромом в сочетании с очаговой мозговой симптоматикой. В частности, наблюдаются ядерные параличи глазодвигательного и других черепных нервов, расстройства речи, глотания, геми- и параплегии, атаксия, судорожные припадки, когнитивные и аффективные расстройства, снижение интеллекта, внимания, памяти, критики к своему состоянию, эпизоды периодического психомоторного возбуждения.

При поздних формах НС, поражающих паренхиматозные структуры головного мозга, психические расстройства становятся доминирующими: это церебральный вариант позднего МВС, ПП, табопаралич, гуммы головного мозга.

МВС, проявляющийся в виде ишемического (значительно реже — геморрагического) инсульта, представлен как очаговыми, соответствующими локализации поражения, так и общемозговыми симптомами: головной болью, головокружением, психомоторным возбуждением, бредом, снижением памяти, неадекватностью поведения, подозрительностью, агрессивностью, отсутствием критики к своему состоянию. Поздний МВС развивается в сроки от 5 до 12 лет после инфицирования.

Развернутая картина неуклонно развивающихся психических нарушений наблюдается при ПП, который представляет собой хронический прогрессирующий менингоэнцефалит. ПП манифестирует нарастающей астенизацией («препаралитическая астения»), проявляющейся утомляемостью, слабостью, усталостью, раздражительностью, забывчивостью, быстрой сменой настроений, изменением либидо. Прогрессирование процесса приводит к изменениям личности, появлению бестактности, цинизма, взрывчатости, булимии. Выявляются интеллектуальные расстройства: нарушения памяти, ошибки в счете и письме, неспособность замечать и исправлять эти ошибки. Отмечаются нарушения речи: замедленная речь, речь скороговоркой, логоклония, дизартрия. Совершаемые нелепые поступки приводят к социальной дезадаптации, и квалифицированные, вполне успешные в прошлом работники теряют свою работу.

На завершающих этапах болезни развивается выраженная деменция, появляется бред (считается характерным бред величия, хотя он встречается только у каждого пятого больного ПП), галлюцинации, фобии. По характеру доминирующих симптомов различают следующие формы: дементную, экспансивную, ажитированную, депрессивную. Заболевание завершается летальным исходом на фоне нарастающего маразма. Течение ПП может быть быстрым, с внезапным началом и галопирующим продолжением, когда летальный исход наступает уже через несколько месяцев. В других случаях симптоматика развивается постепенно — в течение 3—5 лет.

Доминирующим симптомом гумм головного мозга является головная боль. Отмечаются нарушение внимания, ухудшение памяти, снижение критики, депрессия, нарушение ориентации, спутанность сознания, прогрессирующая деменция.

Даже при спинальной форме позднего НС (спинная сухотка) описаны психические нарушения — так называемые табетические психозы, связанные с поражением мозговых оболочек. Состояния

эти характеризуются лабильностью настроения, подозрительностью, забывчивостью, рассеянностью, необоснованной эйфорией. Возможны галлюцинаторное возбуждение, делириозные состояния. Табетические психозы в отличие от других проявлений поздних форм НС, кратковременны.

Наличие психических нарушений приводит к тому, что больные поздним НС оказываются в поле зрения психиатра. Чаще всего это пациенты с ПП или поздним МВС. В прошлом они составляли непременную и немалую долю больных психиатрических стационаров. Так, в допенициллиновую эру больные ПП составляли 5—15% всех пациентов психиатрических больниц. После введения пенициллина в арсенал противосифилитических средств доля их существенно снизилась — до 0,3%. В 70—80-е годы XX века случаи НС стали большой редкостью. Казалось, что с этой патологией покончено. Главы, посвященные НС, были даже изъяты из учебников. Эпидемия сифилиса 90-х — 2000-х годов XX века вернула врачей к проблеме НС. Однако за это время пришло новое поколение врачей, не знакомое с клинической картиной НС и не вооруженное техникой исследования ликвора, которое представляет центральное звено в диагностике НС.

Цель настоящего исследования — оценка современного состояния работы по выявлению, диагностике и лечению НС у пациентов психиатрического стационара.

Материал и методы

Проведен анализ историй болезни, а также отчетной документации психиатрического стационара на 1600 коек за 2007—2010 гг.

Результаты и обсуждение

Характеристика больных, госпитализированных в больницу за эти годы, представлена в табл. 1.

Ежегодно в данный стационар госпитализируется около 8 тыс. больных, в общей сложности за 4 года — 32 249 человек. Отмечаются достаточно высокие показатели сочетания психической патологии с рядом социально значимых заболеваний. Так, ВИЧ-инфекция имела место у 0,4—0,6%, поступивших в стационар, гепатит В — у 2—2,9%, туберкулез — у 0,3—0,5% госпитализированных. Особенно высок уровень заболеваемости гепатитом С, которым страдает каждый десятый поступивший в психиатрический стационар. Серопозитивными по сифилитической инфекции оказались 2,0—6,3% больных. Приведенные показатели значительно превышают заболеваемость этими инфекциями в популяции. Высокие показатели уровня перечисленных инфекций отчасти могут быть объяснены повторной госпитализацией одних и тех же пациентов в течение года. Однако все эти показатели характеризуют группу больных психиатрического стационара как группу риска по социально значимым инфекциям.

Обращает на себя внимание, что при большом ежегодном количестве пациентов, серопозитивных по сифилису, доля впервые выявленных больных сифилисом среди них незначительна (в разные годы 1,6—8,4%). Это свидетельствует о том, что подавляющее большинство серопозитивных пациентов составляют лица, перенесшие сифилис в прошлом, как правило, леченые. Среди впервые выявленных больных сифилисом преобладали больные НС, что вполне согласуется с профилем стационара.

В течение рассматриваемого периода в общей сложности выявлены 35 больных НС (0,1% — от всех госпитализированных пациентов).

Среди выявленных больных НС преобладали мужчины (28 человек, 80%). Возраст пациентов: 20—29 лет — 2 человека, 30—39 лет — 8, 40—49 лет — 12, 50—59 лет — 8, 60—69 лет — 5. Таким образом, 80% больных (28 человек) составили лица в возрасте от 30 до 59 лет.

Диагнозы, установленные пациентам при поступлении, представлены в табл. 2.

Больше половины больных при поступлении имели алкогольный психоз или шизофрению (табл. 2). Только 3 пациента поступили с уже установленным диагнозом МВС. Во многих случаях (у 23 больных) психическим нарушениям сопутствовала неврологическая симптоматика, причем преобладали расстройства координации, мозжечковые расстройства и патология сухожильных рефлексов. Это наводит на мысль о возможном сочетании в случаях позднего НС симптомов ПП и спинной сухотки. Более детально сопутствующая неврологическая симптоматика представлена в табл. 3.

Представляет интерес анамнез выявленных больных НС. Значительное их количество (13 человек, 38%) уже получали лечение по поводу ранних

Таблица 1. **Характеристика больных**

Год	Количество госпитализированных	ВИЧ-инфекция		Гепатит В		Гепатит С		Туберкулез		Серопозитивность по сифилису		Выявлено больных	
		абс.	%	абс.	%	абс.	%	абс.	%	абс.	%	сифилисом	НС
2007	8245	36	0,43	240	2,9	956	11,6	46	0,55	204	2,5	13	12
2008	8112	38	0,46	214	2,6	809	10,0	25	0,3	190	2,3	16	12
2009	8035	31	0,38	188	2,3	878	10,9	32	0,4	163	2,0	5	5
2010	7857	50	0,64	161	2,0	811	10,3	29	0,4	495	6,3	8	6

Таблица 2. **Диагнозы при поступлении**

Диагноз	Количество пациентов	
	абс.	%
Алкогольный психоз	11	31,4
Шизофрения	8	22,8
Органическое заболевание головного мозга	4	11,4
Органическое расстройство личности	3	8,5
Острое бредовое расстройство	2	5,7
Острое психопатическое расстройство	1	2,9
Амнестический синдром	1	2,9%
Деменция смешанного генеза (болезнь Альцгеймера)	1	2,9
Токсическая энцефалопатия	1	2,9
МВС*	3	8,6

Примечание. *Диагноз установлен до поступления.

Таблица 3. **Сопутствующая неврологическая симптоматика**

Симптоматика	Количество случаев
Симптом Ромберга	8
Мозжечковые расстройства	7
Патологии сухожильных рефлексов	7
Патология черепных нервов	6
Зрачковые нарушения	5
Патология органов зрения	5
Нарушения походки	4
Полинейропатия	3
Менингеальные симптомы	3
Гемипарез (ОНМК)	2
Тремор головы, нижних конечностей	2
Эписиндром	2

Примечание. ОНМОК — острое нарушение мозгового кровотечения.

форм сифилиса. Черепно-мозговые травмы в анамнезе имели 9 (26%) человек, хроническим алкоголизмом страдала половина больных (17, 48,5%). Может возникнуть вопрос: почему НС развился у лиц, ранее леченных по поводу сифилиса? Объяснение заключается в том, что при ранних формах сифилиса у части больных (0—10% в зависимости от стадии заболевания) изначально имеется недиагностированный асимптомный менингит, который может быть выявлен только при исследовании ликвора. Асимптомный менингит является базой для развития в дальнейшем всех манифестных форм НС. Поскольку в настоящее время больным ранними формами сифилиса исследование ликвора не проводится, асимптомный менингит остается не выявленным. Что касается черепно-мозговых травм и алкоголизации, то эти факторы всегда считались провоцирующими в развитии НС.

Пациентам, поступающим в стационар, проводилось скрининговое серологическое обследование, в соответствии с приказом МЗ РФ №87 «О совершенствовании серологической диагностики сифилиса» от 26.03.01, двумя тестами — кардиолипиновым (РМП — реакция микропреципитации) и трепонемным (иммуноферментный анализ IgM+IgG). При выявлении позитивности одного или обоих тестов проводилось диагностическое серологическое обследование с использованием кардиолипиновых тестов РМП и/или реакция связывания комплемента (РСК), а также трепонемных тестов — реакции иммунофлюоресценции (РИФ) и реакции пассивной гемагглютинации (РИБТ).

При исследовании ликвора наиболее часто выявлялись положительные серологические реакции: РИФ с цельным ликвором (РИФц) оказалась положительной у 34 пациентов, РИБТ — у 31 и РСК — у 25. Глобулиновые реакции Панди и Нонне—Апельта были позитивны у 14 больных. Так же часто было повышено содержание белка (у 14 пациентов). Наиболее редким оказалось увеличенное содержание клеток (в 3 случаях). Подобная картина изменений ликвора типична для поздних форм НС.

Если серологическое обследование и исследование ликвора проводилось в соответствии с современными требованиями, то инструментальное обследование было выполнено лишь в единичных случаях: компьютерная томография — у 2 больных, магнитно-резонансная томография — у 3, электроэнцефалография — у 4.

По результатам клинического, серологического и ликворологического обследований пациентам были выставлены следующие диагнозы: поздний асимптомный НС (1 человек), МВС (21), в том числе ранний (2), поздний (10) и неуточненный (9). Диагноз ПП получили 5 больных, сифилис ЦНС поздний — 8. Таким образом, преобладали поздние и неуточненные формы МВС. Клинический опыт свидетельствует о том, что не уточненные по срокам формы сифилиса обычно оказываются поздними. В немногих случаях был установлен ПП. Обращает на себя внимание недифференцированный диагноз «сифилис ЦНС поздний», под которым может скрываться как ПП, так и МВС. Известно, что дифференциальная диагностика позднего МВС и ПП нередко весьма затруднительна. Следует стремиться к

уточнению формы НС, что, возможно, только при тесном сотрудничестве дерматовенеролога и психиатра.

Лечение больным НС проводилось почти исключительно цефтриаксоном. Этот препарат в силу удобства введения и высокой биодоступности вытесняет пенициллин при лечении сифилиса, в том числе и НС, хотя исследования, результаты, подтверждающие его высокую терапевтическую эффективность при поздних формах сифилиса, не опубликованы. Из 35 больных только 1 получал инфузионную пенициллинотерапию (вне психиатрического стационара). Следует отметить, что внутривенное капельное введение пенициллина остается методом выбора при лечении НС, в том числе и по зарубежным стандартам. Остальные пациенты получали цефтриаксон внутримышечно (по 1,0 в сутки — 4 человека, по 2,0 — 30 пациентов). Длительность курса составила 14 сут — у 7 больных, 20 сут — у 27. Большинство больных (20 человек) получили 2 курса цефтриаксона, 9 пациентов — 3 курса. Одним курсом были пролечены 2 больных, а 4, 5 и 6 курсами — по одному больному. Многочисленные повторные курсы не оказывали заметного положительного влияния на состояние пациента. Если улучшение наступало, то оно было заметно уже к концу 1-го курса. Оптимальной длительностью представляются 2—3 курса лечения. Из 35 больных 18 были госпитализированы однократно, 17 — повторно.

Целесообразно обратить внимание на применение раствора йодистого калия 2—5% внутрь в постепенно повышающейся дозировке в промежутках между курсами антибиотика. Это старинное средство оказывает положительное влияние на динамику клинических проявлений НС.

По нашим данным, значительное улучшение после лечения наблюдалось у 14 человек, в число которых входили как больные поздним МВС, так и больные ПП. Некоторое улучшение отмечено у 12 больных. Таким образом, улучшение наблюдалось более чем у 70% больных. Этот высокий показатель должен служить стимулом для врачей к раннему выявлению НС. Улучшения не было отмечено у 10 больных, у которых сохранялись стойкие грубые психические и неврологические дефекты.

Клинико-серологический контроль после окончания лечения больных НС представляет серьезную проблему. Наблюдение должно продолжаться не менее 3 лет, контрольные спинномозговые пункции выполняться 1 раз в 6 мес. Последнее требование обусловлено тем, что после санации ликвора может наблюдаться рецидив патологических изменений, что требует дополнительного лечения. Однако в настоящее время контроль таких больных осуществляется крайне неудовлетворительно. Больные НС часто имеют резидуальные психические нарушения, наблюдаются психиатрами и практически не посещают дерматовенерологические учреждения. Таким образом, серологический контроль (регулярное исследование крови) отсутствует, и ни дерматовенерологи, ни психиатры не проводят контрольных пункций.

В заключение приводим клинические наблюдения, которые иллюстрируют основные положения этой статьи.

Наблюдение 1. *Больной Л.*, 1955 г. рождения, поступил 09.04.07. Диагноз при поступлении: органическое заболевание ЦНС.

Анамнез. Полиомиелит в возрасте 1,5 года, после чего — укорочение правой ноги, инвалидность. Окончил 10 классов, 2 курса МВТУ им. Н.Э. Баумана, после чего женился, бросил институт. В армии не служил. Работал ведущим конструктором 8 лет, потом — механиком по оборудованию, затем — директором кирпичного завода. Последнее место работы — механик по эксплуатации автомобилей. Злоупотреблял алкоголем до 1996 г. В 2006 г. — черепно-мозговая травма.

После травмы начались психические нарушения: разговаривал с кем-то невидимым, ходил голым по улице, кричал с балкона. В 2007 г., управляя автомобилем, внезапно забыл, где находится. Отмечались снижение памяти (не мог найти свой дом), а также эпизоды возбуждения, бессонница. Разговаривал с «белой головой». Родственники вызвали скорую медицинскую помощь, которая и доставила его в больницу.

Статус при поступлении: лежит в постели с закрытыми глазами, пытается отвечать на вопросы, но не всегда по делу, формально. На замечания раздражается, становится злобным, склонен к агрессии. Не ориентируется в датах, с трудом — в месте. Память снижена на текущие и прошедшие события. Галлюцинации отрицает, но рассказывает, что из подвала вылезают маленькие белые человечки, которые воруют. Считает, что жена ворует у него деньги. Критика к своему состоянию отсутствует.

Неврологический статус без патологии.

При серологическом обследовании: КСР 4+,4+,4+; титр РМП - 1/64; РПГА — 4+; РИФ200/абс. 4+/4+; реакция иммобилизации бледных трепонем (РИБТ) — 69%. На ЭЭГ — умеренные диффузные изменения функционального состояния подкорково-стволовых структур. Ликвор: цитоз 95/3 мм^3, белок 0,3 г/л, реакции Панди и Нонне—Апельта 4+, RW 4+ титр $^1/_5$, РМП 4+ титр $^1/_2$, РИФц – 4+, РИБТ — 70%.

Диагноз: поздний НС, дифференциальный диагноз между МВС и ПП.

Лечение: 3 курса цефтриаксона внутримышечно по 2,0 в сутки ежедневно в течение 20 дней с интервалом между курсами 2 нед. В первые 3 сут лечения — преднизолон внутримышечно 1 раз в день в дозах

90, 60 и 30 мг соответственно. Параллельно — сосудистая и нейрометаболическая терапия. По окончании 2-го курса получал йодотерапию в виде 3% раствора йодистого калия по 1 столовой ложке 3 раза в сутки в течение 1-й недели, затем — по 2 столовые ложки 3 раза в сутки в течение следующей недели, на 3-й неделе — 10% раствор йодистого калия по 1 столовой ложке 3 раза в сутки.

Уже после 1-го курса отмечено значительное улучшение состояния. Психический статус после проведенного лечения: отмечается значительное улучшение состояния, исчезла раздражительность, галлюцинации, улучшилась память, появилась критика к своему состоянию. В беседе адекватен, но отмечаются плаксивость, обстоятельность, многоречивость. Имеется некоторое мнестико-интеллектуальное снижение.

Наблюдение 2. *Больной И.*, 1965 г. рождения, поступил 10.04.10 в психиатрический стационар. Диагноз при поступлении: шизофрения, кататоно-бредовый синдром?

Анамнез. Наследственность не отягощена. Родился первым ребенком в семье. Окончил 8 классов, затем — автомеханический техникум, служил в армии. Работал в конструкторском бюро, потом многие годы занимался частным извозом. Состоит во втором браке. От первого брака имеет дочь. К бывшей жене относится негативно, отношения с ней и дочерью не поддерживает. Психические изменения появились с 2007 г.: ворчливость, негативизм, недовольство всем. С августа 2009 г. похудел, жаловался на головные боли, спал 2—3 ч в сутки. Отмечались слуховые галлюцинации, был тревожен, возбужден, высказывал нелепые суждения. Выражал идеи величия, утверждал, что он композитор, у которого украли все песни. Называл себя Иисусом. Лечился у участкового психиатра галоперидолом и циклодолом без эффекта. С марта 2010 г. психические нарушения усилились: разговаривал с телевизором, жаловался на голоса, закрывал шторы, сидел в темноте, говорил шепотом, к чему-то прислушивался. Выкручивал электрические пробки. Часто принимал ванну. Говорил, что заряжается энергией, которую передает людям. Пил чай с воображаемым гостем, ставил на стол две чашки. Жена вызвала скорую медицинскую помощь, которая и доставила пациента в больницу.

Психический статус при поступлении: текущей даты не знает, выглядит растерянным, полагает, что находится в больнице «дня четыре», причины поступления в больницу не знает. Смотрит в одну точку, беспокоен, возбужден. Был фиксирован в постели.

Невролог: зрачки равномерные, движения глазных яблок в полном объеме, слабость конвергенции. Легкая асимметрия носогубных складок. Отмечены симптомы орального автоматизма.

Серологическое обследование: КСР 4+; РПГА положительная, титр 1/320; РИФ 4+/4+; РИБТ — 76%. Ликвор: цитоз 4/3 мм^3, белок — 0,3 г/л, реакции Панди и Нонне—Апельта положительные, RW 4+ в разведении ½ и 4+ в разведении $^1/_5$; РИФц — 4+, РИБТ — 50%.

Диагноз: поздний НС — ПП.

Лечение. Три курса цефтриаксона (роцефина) по 2,0 внутримышечно ежедневно, 1 и 2-й курсы — по 20 инъекций, 3-й курс — 14 инъекций. Интервал между курсами 2 нед. Традиционные нейролептики не получал в связи с их непереносимостью.

В процессе лечения улучшений не наблюдалось. Поведение оставалось нелепым, отмечался негативизм, страхи. Прятался под кровать, где слышал «голос президента», слышал голоса из репродуктора в коридоре («Всех Татьян убили...»). Наблюдалось выраженное интеллектуальное снижение до степени слабоумия, нарушение критики и прогностических способностей. Нейропсихологическая экспертиза выявила выраженное снижение мнестико-интеллектуальных функций по органическому типу. При освидетельствовании признан инвалидом 2-й группы.

Психический статус при выписке из стационара: сознание не помрачено, двигательно спокоен. Выглядит растерянным, не улыбается, мимика галлюцинаторная. Контакту доступен формально из-за выраженных мнестико-интеллектуальных расстройств. Инструкции выполняет, на вопросы отвечает не всегда, своих переживаний не раскрывает. Наличие голосов то подтверждает, то отрицает. Память и интеллект грубо нарушены. Слабоумен. Критика утрачена. С учетом психического состояния нуждается в длительной реабилитации.

В декабре 2010 г. — повторная госпитализация, в январе 2011 г. отправлен в загородную больницу на реабилитацию.

Комментарии к клиническим примерам. Главное, что обращает на себя внимание, — это разная эффективность специфического лечения, проведенного больным с аналогичными диагнозами по одной и той же методике. Это можно объяснить большей длительностью заболевания до установления этиологического диагноза и начала лечения у второго пациента. Скрининг на сифилис производится в первые дни после поступления в психиатрический стационар. Такой же скрининг должен проводиться и амбулаторным пациентам психиатрического диспансера. Серопозитивными могут быть как никогда не леченные больные сифилисом, так и лица, лечившиеся по поводу сифилиса ранее. В обоих случаях они должны быть проконсультированы дерматовенерологом, и им следует провести пункцию для подтверждения или исключения диагноза НС. Более $^1/_3$ больных поздним НС уже получали лечение по поводу ранних форм сифилиса, поэтому леченый сифилис в анамнезе не должен служить причиной для

отказа от исследования ликвора. Клинически психические нарушения не обладают специфичностью и могут имитировать различные психические расстройства. Ранняя диагностика НС увеличивает шансы благоприятного исхода терапии. Во втором рассмотренном случае пациент мог быть серологически обследован еще на стадии амбулаторного лечения, что могло бы повысить эффективность специфического лечения.

Выводы

Пациенты психиатрических клиник, по результатам обследования на социально значимые заболевания (ВИЧ-инфекция, туберкулез, сифилис, гепатиты), представляют группу повышенного поведенческого риска инфицирования инфекциями, передаваемыми половым путем, в частности сифилисом. Среди них высока доля лиц, серопозитивных по сифилису.

Безусловными показаниями для исследования ликвора серопозитивных пациентов психиатрических стационаров являются:

— впервые выявленная позитивность нетрепонемных и трепонемных тестов;

— сифилис в анамнезе;

— наличие сопутствующей неврологической симптоматики;

— ВИЧ-инфекция у серопозитивного больного с психическими нарушениями.

При своевременном выявлении НС и его адекватном лечении положительный эффект отмечается более чем в 70% случаев.

ЛИТЕРАТУРА

1. Нейросифилис. Современные представления о диагностике и лечении. Руководство для врачей. Под ред. А.В. Самцова. СПб: СпецЛит 2006; 126.
2. *Merritt H.M., Adams R., Solomon H.* Neurosyphilis. New York 1946.
3. *Лурье З.Л.* Сифилис нервной системы. В кн.: Многотомное руководство по дерматовенерологии. Т.1. Кн. 1. Венерические болезни. М: Медгиз 1959; 224—277.
4. *Лукьянов А.М.* Нейросифилис. Современные аспекты клиники, диагностики, терапии. Минск: Парадокс 2009; 392.