Проблемы выявления, диагностики и ведения больных нейросифилисом в Москве

Н.Н. ПОТЕКАЕВ[1], О.К. ЛОСЕВА[2], А.А. ПОЛЯКОВА[1], Т.В. ЧИСТЯКОВА[1], Г.А. ЛЕБЕДЕВА[1]

[1]ГБУЗ «Московский научно-практический центр дерматовенерологии и косметологии» Департамента здравоохранения Москвы; [2]ФГОБУ ВПО МГУПП «Медицинский институт усовершенствования врачей»

The problem of detection, diagnostics, and treatment of patients with neurosyphilis (NS) in the city of Moscow

N.N. POTEKAEV, O.K. LOSEVA, A.A. POLYAKOVA, T.V. CHISTYAKOVA, G.A. LEBEDEVA

State budgetary health facility «Moscow Research and Practical Centre of Dermatovenerology and Cosmetology»; Federal state educational institution of higher professional education «Institute of Advanced Medical Training», Moscow State University of Food Production

В статье представлены статистические данные о регистрируемой заболеваемости нейросифилисом в Москве за 2000—2010 гг. в сравнении с аналогичными показателями в среднем по России. Авторы делают вывод о неполном выявлении нейросифилиса в Москве. Проанализированы истории болезни всех больных нейросифилисом, выявленных в Москве в 2010 г. Отмечены недостатки выявления, диагностики и лечения этих больных. Представлены рекомендации по повышению качества медицинской помощи больным нейросифилисом.

Ключевые слова: нейросифилис, диагностика, ликворологическое обследование.

Statistical data on the registered neurosyphilis morbidity in Moscow for the period from 2000 to 2010 are compared with the averaged morbidity data for the whole country. It is concluded that the incidence of neurosyphilis in Moscow is underestimated. The medical histories of all the patients with neurosyphilis identified in Moscow during 2010 were analysed with special reference to the drawbacks in the detection, diagnostics, and treatment of such cases. The recommendations are proposed for the improvement of the quality of medical aid for the patients presenting with neurosyphilis.

Key words: neurosyphilis, diagnostics, liquorological examination.

Официальные статистические данные и публикации последнего десятилетия свидетельствуют о том, что на фоне продолжающегося снижения общей заболеваемости сифилисом увеличивается заболеваемость скрытыми и поздними его формами, в том числе нейросифилисом (НС) [1, 2]. Тяжесть этой патологии и возможность успешной терапии только при ранней диагностике делают чрезвычайно актуальными вопросы своевременного выявления, качественной диагностики и адекватного лечения НС в современных условиях.

В то же время многие исследователи при анализе современной ситуации с заболеваемостью указывают на неполноту выявления НС и, следовательно, заниженную его регистрацию [2—4]. Неполная регистрация НС не только создает неверное представление о структуре заболеваемости сифилисом и значении НС в современной эпидемиологической ситуации. Недиагностированный асимптомный НС является основой для формирования в дальнейшем поздних форм НС с тяжелыми клиническими симптомами (парезы, параличи, психические нарушения, потеря зрения и слуха и др.) [5]. Единственной возможностью выявления асимптомного НС (скрытого сифилитического менингита) является ликворологическое обследование. Патология в ликворе при ранних формах сифилиса встречается в 20—70% случаев, т.е. весьма часто. Ее обнаружение при ликворологическом обследовании позволяет провести адекватное лечение НС и предупредить поздние проявления заболевания. Однако в настоящее время ликворологическое обследование исчезло из практики дерматовенерологов. Основными причинами этого стали длительная благополучная ситуация по заболеваемости НС (1970—1980) и приход нового поколения врачей, не владеющих техникой спинно-

© Коллектив авторов, 2012

Klin Dermatol Venerol 2012;2:48

[1]e-mail: klinderma@mail.ru
[2]e-mail:loseva_ok@mail.ru

мозговой пункции и не оценивающих ее значения. При отсутствии ликвородиагностики (хотя бы у лиц с давностью заболевания более 6 мес) лечение, проводимое по схемам раннего сифилиса, оказывается в ряде случаев неадекватным и не предупреждает поздних проявлений НС. Согласно данным литературы [6, 7], доля больных НС, которые лечились ранее по поводу других форм сифилиса, весьма высока и составляет 24—32%.

Есть основания говорить о неполном выявлении не только асимптомного, но и НС с симптомами. Отмечено, что даже характерные для НС клинические состояния, например ишемический инсульт у больного с выявленной серопозитивностью по сифилису, как правило, не вызывают у неврологов предположения о НС [8], исследование ликвора не проводится, и консультантом-дерматовенерологом ставится диагноз скрытого раннего или неуточненного сифилиса у больного с острым нарушением мозгового кровообращения. Естественно, что специфическое лечение и в этом случае оказывается неадекватным, НС не диагностируется и прогрессирует.

Цель исследования — изучение динамики заболеваемости и процесса выявления, диагностики и лечения НС в Москве.

Материал и методы

В исследовании использовали официальные статистические данные по заболеваемости сифилисом и НС в Российской Федерации и Москве за 2000—2010 гг. по ежегодным сборникам «Заболеваемость, ресурсы и деятельность дермато-венерологических учреждений», издаваемым ФГУ ЦНИИ организации и информатизации здравоохранения, а также годовым отчетам дерматовенерологических учреждений Москвы, обобщаемым оргметодотделом КВД №1.

Результаты и обсуждение

Заболеваемость НС в Российской Федерации до 2002 г. регистрировалась без деления на ранний и поздний НС. Учитывалось лишь общее число больных с этой патологией. С 2002 г. имеются раздельные данные по раннему и позднему НС (табл. 1).

С 2002 по 2009 гг. общее число больных НС увеличилось в 2,1 раза, причем ранним НС — в 1,4 раза, а поздним — в 2,7 раза, т.е. превалировал рост числа случаев позднего НС, что вполне логично в ситуации угасания затянувшейся эпидемии сифилиса 1990–2000-х годов (nf,k/ 1). В то же время заболеваемость ранним НС также ощутимо увеличилась. Число зарегистрированных случаев НС в Москве за те же годы (2000—2010) представлено в табл. 2.

Общее число больных НС в Москве с 2002 по 2010 г. увеличилось в 3,4 раза. При этом ранний НС регистрировался в единичных случаях, и практически все больные НС в Москве выявлялись на поздних стадиях заболевания.

Интенсивные показатели заболеваемости НС на 100 тыс. населения в Российской Федерации и в Москве представлены в табл. 3.

Результаты сравнительного анализа свидетельствуют о том, что интенсивные показатели регистрируемой заболеваемости НС в Москве из года в год были в 2—3 раза ниже, чем в среднем по России.

Информативным является также показатель доли НС в структуре всех форм сифилиса (табл. 4).

Представленные данные свидетельствуют о том, что доля НС в структуре заболеваемости сифилисом в Москве за 10 лет существенно выросла, но ежегодно была в 1,5—3 раза меньше, чем в среднем по Российской Федерации.

В 2010 г. в Москве были зарегистрированы 24 больных НС (20 мужчин, 83,3%): 19 (79%) человек в возрасте от 30 до 50 лет, 5 — старше 50 лет. Все 24 пациента страдали поздним НС, ни одного случая раннего НС, как и в предыдущие годы, зарегистрировано не было. У большинства больных (13 человек) поздний НС проявлялся психическими нарушениями (бред, галлюцинации, деменция) и выявлялся в психиатрических стационарах, в основном в психиатрической больнице №13, где консультант-дерматовенеролог имеет настороженность в

Таблица 1. **Число больных НС в Российской Федерации**

НС	Год										
	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010
Ранний			189	281	225	210	187	212	271	268	
Поздний			220	227	313	397	476	460	518	604	
Всего больных	122	179	409	508	538	607	663	672	789	872	

Таблица 2. **Число больных НС в Москве**

НС	Год										
	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010
Ранний				2							
Поздний			7	10	14	9	16	20	30	22	24
Всего больных	6	13	7	12	14	9	16	20	30	22	24

***Таблица 3*. Интенсивные показатели заболеваемости НС (на 100 тыс. населения) в Российской Федерации и в Москве**

Регион	Год										
	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010
Российская Федерация					0,4	0,4	0,4	0,6	0,6		
Москва	0,07	0,15	0,1	0,14	0,13	0,08	0,15	0,19	0,29	0,21	0,22
Нет данных											

***Таблица 4*. Показатель доли (%) НС в структуре всех форм сифилиса**

Регион	Год										
	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010
Российская Федерация					0,47	0,62	0,71	0,74	0,9	1,2	
Москва	0,05	0,12	0,08	0,17	0,24	0,18	0,34	0,43	0,73	0,7	0,85
Нет данных											

отношении НС и при показаниях проводятся ликворологическое обследование и адекватное лечение.

При анализе выписок из историй болезни обращает на себя внимание, что серопозитивным больным с неврологической симптоматикой, характерной для НС, нередко устанавливался диагноз скрытого сифилиса, а ликворологическое обследование проводилось с опозданием и не включало все необходимые тесты.

Пример 1. Больная *Б.*, 32 года, находилась в неврологическом отделении ГКБ №67 с 08.04.10 по 23.04.10 г. Была доставлена скорой медицинской помощью из дома после судорожного припадка. На компьютерной томограмме головного мозга — признаки энцефалита, которые были отнесены за счет токсоплазмоза. По некоторым данным, в прошлом употребляла героин.

Неврологические нарушения: левосторонний гемипарез, в позе Ромберга неустойчива. Пальценосовая проба с интенцией. Расстройство чувствительности по полиневротическому типу. *Серологические тесты в крови*: РМП 4+, т. 1:4; РПГА 4+. *Исследован ликвор*: цитоз — 3/3, белок — 0,3 г/л, RW в ликворе — «в работе». Выявлены антитела к ВИЧ. *Диагноз:* энцефалопатия сложного генеза (гипоксическая, токсическая) с симптоматической эпилепсией. Токсоплазмоз головного мозга. Токсическая полинейропатия. Скрытый сифилис. Цирроз печени с портальной гипертензией. Астеноневротический синдром.

Лечение: витамины B_1, B_{12}, B_6, сульфат магния внутримышечно, хлористый калий, рибоксин, пирацетам, физиотерапия. По окончании пребывания в стационаре была направлена в КВД №7, куда 26.04.10 г. явилась мать пациентки с выпиской из стационара и просьбой госпитализировать дочь в специализированный (неврологический) стационар. 29.04.10 г. на приеме в КВД №7 был заподозрен НС. ГКБ №67 отказала в госпитализации в неврологическое отделение.

30.04.2010 г. больная была госпитализирована в венерологическое отделение ГКБ №52, где находилась по 19.05.10 г. Получен результат серологического исследования ликвора из ГКБ №67: ИФА положительный. Выявлены антитела к HCV. ВИЧ-инфекция подтверждена в иммуноблоте от 12.05.10 г. *Диагноз:* НС с симптомами. Энцефаломиелополинейропатия сложного генеза. Нейроциркуляторная астения. Хронический гепатит сложного генеза (вирусный, токсический) умеренно выраженной клинической активности. Портальная гипертензия. *Лечение:* пенициллина натриевая соль по 10 млн ЕД в виде внутривенных инфузий 2 раза в сутки в течение 14 дней. Пирацетам, циннаризин, эгилок, энап, омез, поливитамины.

03.06.10 г. в связи с тяжелым общим состоянием направлена в Московский Центр по профилактике СПИД. 09.06.10 г. пациентка умерла.

Комментарий к примеру 1. Нельзя отрицать трудности диагностики у пациентки со столь тяжелой сочетанной патологией. Однако нельзя также не отметить неполноту диагностических мероприятий и незаинтересованность врачей в оказании пациентке адекватной помощи, прежде всего со стороны неврологов, которые в частности оказались некомпетентны в вопросах клиники НС. Так, дебют неврологической симптоматики в виде эпилептиформного припадка у больной с положительными серологическими тестами на сифилис характерен именно для НС. Положительный тест на ВИЧ также мог бы заставить предположить НС, поскольку известно, что сочетание ВИЧ-инфекции и сифилиса увеличивает частоту сифилитического поражения нервной системы. Исследование ликвора было проведено, но для диагностики НС двух тестов (цитоз и белок) недостаточно, а серологическое исследование до конца пребывания пациентки в стационаре оставалось «в работе», т.е. не было использовано. Позже выяснилось, что исследовали ИФА. Этот тест не является обязательным, в то время как кардиолипиновый тест (VDRL или РСК) и РИФ с цельным ликвором для диагностики обязательны. Нормальные показатели числа клеток и

белка не противоречат диагнозу НС, так как встречаются при поздних его формах.

Очевидно также отсутствие желания неврологов провести адекватное обследование на НС. Возможно, намек на такое желание просматривается в том, что был исследован серологический тест в ликворе. В то же время его результаты не были востребованы. В итоге «обследования» был поставлен диагноз скрытый сифилис серопозитивной пациентке с выраженной неврологической симптоматикой. Продолжение тактики «отталкивания» больных НС проявилось в отказе госпитализировать тяжелую больную в неврологическое отделение для дообследования и лечения.

Пример 2. В КВД №16 обратилась 24.11.10 г. мать больного *М.*, 57 лет, с выпиской из ГКБ №7, где он находился по поводу повторного инфаркта головного мозга. Во время пребывания в стационаре 25.10.10 г. были получены положительные результаты серологических тестов на сифилис. Клинически у больного левосторонний гемипарез (в руке — 4 балла, в ноге — 3,5 балла). Зрачки точечные, фотореакции отсутствуют, сглажена левая носогубная складка, язык девиирует вправо. Сухожильные рефлексы D<S, угнетены. Поза Вернике—Манна. Табетическая походка. Левосторонняя гемигипестезия. Передвигается с тростью-опорой. Синкинезия в нижних конечностях. Положительные рефлексы орального автоматизма. Правильный диагноз поздний НС и адекватное лечение больной получил только через 2 мес, при повторной госпитализации (на этот раз в неврологическое отделение ГКБ №64).

Комментарий к примеру 2. Несмотря на развернутую тяжелую клиническую картину с характерными для НС симптомами (повторные ишемические инсульты, отсутствие фотореакций, табетическая походка и др.) в сочетании с положительными серологическими тестами в крови, больной был выписан из неврологического отделения ГКБ №7 без ликворологического обследования, без диагноза и без лечения.

Выводы

Результаты сопоставления статистических данных по заболеваемости НС в Москве и Российской Федерации в целом свидетельствуют о том, что в Москве имеет место существенное недовыявление случаев НС. Тот факт, что в Москве практически отсутствуют ранние формы НС и выявляются почти исключительно поздние его формы с превалированием психических расстройств, свидетельствует о значительных пробелах в оказании качественной медицинской помощи больным с сифилитическим поражением центральной нервной системы.

Анализ процесса выявления НС в неврологических стационарах указывает на неосведомленность неврологов относительно актуальности данной проблемы и в вопросах клиники и диагностики этой патологии. Не выполняются положения Приказа МЗ РФ №291 от 30.07.01 г. «О мерах по предупреждению распространения инфекций, передаваемых половым путем» по взаимодействию дерматовенерологов и неврологов в процессе диагностики и лечения НС.

Для повышения качества медицинской помощи больным НС в Москве необходима разработка нового детального регламентирующего документа о взаимодействии дерматовенерологической службы и врачей других специальностей в процессе диагностики и лечения больных этого профиля.

Все серопозитивные по сифилису пациенты неврологических, офтальмологических и психиатрических стационаров должны получать консультацию дерматовенеролога и проходить, при отсутствии противопоказаний, ликворологическое обследование для исключения или подтверждения диагноза НС.

ЛИТЕРАТУРА

1. *Иванова М.А., Лосева О.К., Малыгина Н.С. и др.* Заболеваемость сифилисом в Российской Федерации за период с 2000 по 2008 гг.: основные тенденции. Клин дерматол и венерол 2009; 6: 26—30.
2. *Лукьянов А.М.* Нейросифилис. Современные аспекты клиники, диагностики, терапии. Минск: Парадокс 2009; 391.
3. *Котов С.В., Исакова Е.В., Шувалова Т.М. и др.* Нейросифилис: проблемы диагностики и лечения на современном этапе. Вестн Урал гос мед акад 2010; 21: 251—256.
4. *Залевская О.В.* Совершенствование диагностики нейросифилиса в неврологических стационарах (на примере лечебно-профилактических учреждений Московской области): Автореф дис. ... канд. мед. наук. М 2010; 24.
5. *Кочетков В.Д.* Актуальные вопросы современного нейросифилиса. Вестн дерматол и венерол 1974; 3: 69—73.
6. *Тактамышева Э.Ш.* Современные методы диагностики и лечения нейросифилиса: Автореф. дис. ... канд. мед. наук. М 1999; 25.
7. *Залевская О.В., Важбин Л.Б., Лосева О.К., Шувалова Т.М.* Сифилис нервной системы у пациентов, лечившихся по поводу сифилиса в прошлом. Клин дерматол и венерол 2010; 3: 76—81.
8. *Шувалова Т.М., Важбин Л.Б., Лосева О.К., Залевская О.В.* Клинико-эпидемиологические особенности больных сифилисом, выявляемых при скрининге в соматических стационарах разных профилей. Клин дерматол и венерол 2010; 1: 53—54.