

APS was demonstrated in 130 patients. Social factors and disturbances of the specific feminal functions revealed no statistically significant features. Gynecological pathology was mostly presented by cervical erosion in 23.1% cases and chlamydian infection – in 15.4%. Indicators of hormonal status and hemostasis were not statistically significant. Elevated levels of antibodies to phospholipids and antiphospholipid-associated proteins were detected in 30.8% of patients. Ultrasound examination revealed the features of anembryonia in 61.5% of patients. In the results of morphological examination of abortive substrate revealed purulent inflammation in 30.4% cases and thrombotic changes – in 23,1%. Identified APS made it possible to administrate a specific anticoagulant therapy in 30.8% of females and keep the pregnancy of 61.5%.

Analysis of the structure of the risk factors for miscarriage, including the first episode, demonstrated the value of thrombophilic disorders as plausible reasons for pregnancy loss. Our results confirm the point that rational diagnostic algorithm of APS screening just after the first episode of pregnancy loss could be used as a method of pre-clinical diagnosis of recurrent miscarriage.

Key words: Antiphospholipid syndrome (APS), miscarriage, antibodies to phospholipids and antiphospholipid associated proteins, thrombophilia.

УДК: 616.831 - 002.6 – 036

РЫКОВА А.И.

## ОСОБЕННОСТИ КЛИНИЧЕСКОЙ КАРТИНЫ НЕЙРОСИФИЛИСА

Кафедра психиатрии, наркологии и медицинской психологии  
(зав. кафедрой – профессор Казакова С.Е.)

ГЗ «Луганский государственный медицинский университет»  
г. Луганск, Украина

**Резюме.** Под наблюдением находились 50 пациентов, перенесших нейросифилис. Во время исследования осуществлялся анализ особенностей проявления психических расстройств у

группы пациентов за период с 2000 по 2013 гг. Исследовались особенности изменения современного течения клинической картины нейросифилиса. Во время исследования применялись следующие психометрические методики: MMSE, HDRS. При оценке качества жизни использовался опросник Шихана.

**Ключевые слова:** нейросифилис, прогрессивный паралич, психические эпизоды, мараническая деменция.

**Введение.** Нейросифилис вызывается инвазией бледной трепонемы в организм плода (при врожденном сифилисе) или взрослого человека (приобретенный сифилис) с последующим вторичным поражением центральной или периферической нервной системы [1, 18]. Термин нейросифилис подразумевает целый ряд симптомов поражения нервной системы, которые по мере прогрессирования заболевания трансформируются один в другой или существуют в виде динамического состояния [8].

Данные поражения различны по патологоанатомической картине, патогенезу, клинике, течению, прогнозу и связаны только единством этиологии [11, 13]. Организм человека реагирует на инвазию бледной трепонемы по-разному и зачастую при отсутствии адекватного лечения – непредсказуемо. В основе этой реакции лежат индивидуальные особенности иммунной нервной системы пациента [16].

Как известно, в конце XIX – начале XX века ведущее место среди инфекций, поражающих нервную систему, занимал сифилис [10]. Ссылаясь на литературные данные, можно выделить три периода, в каждом из которых распространенность сифилитического поражения нервной системы значительно отличалась от предыдущего. Однако во всех периодах показатель заболеваемости нейросифилисом напрямую зависит от уровня общей заболеваемости населения и качества проводимой терапии [3]. В свою очередь зарубежные исследователи связывают увеличение распространенности нейросифилиса с учащением агрессивного течения нейросифилиса, ассоциированного с ВИЧ-инфекцией. Особенно это актуально для США, где зараженность нейросифилисом среди ВИЧ инфицированных, по данным, колеблется от 3 до 35%. По данным литературы (30 исследований) заболеваемости ВИЧ среди пациентов с диагнозом

первичный сифилис) средняя распространенность данной инфекции в США (по результатам серологических исследований) составляет 15,7%.

Одновременно с общим ростом заболеваемости сифилисом в начале XXI века в психиатрических больницах были зарегистрированы немногочисленные поступления пациентов с нейросифилисом, не более 0,3% от всех впервые поступивших [10], что, возможно, связано с недостатками диагностики. Несмотря на снижение заболеваемости населения Украины в целом, количество случаев позднего и неуточненного сифилиса возрастает [2].

В настоящее время не существует единой классификации нейросифилиса. В соответствии с характером преобладающей в начале заболевания психопатологической симптоматики выделяют четыре основные формы: экспансивную (маниакальную) – с явлениями эйфории, грандиозным бредом величия; дементную (простую) – с прогрессирующим слабоумием без бреда и психомоторного возбуждения; депрессивную – с подавленным настроением, ипохондрическим бредом и бредом самообвинения, и ажитированную – с резким психомоторным возбуждением и помрачением сознания. Ранее считавшаяся классической экспансивная форма болезни с картинами пышного бреда в настоящее время стала встречаться довольно редко (10–17%), в то время как частота дементной формы возрастает (до 60–75%) [2, 5, 12].

Очевидно, что актуальность проблемы нейросифилиса в настоящее время обусловлена не только стремительным ростом выявленных случаев, но и изменением клинического течения, патоморфоза нейросифилиса. В психиатрии обсуждался главным образом лекарственный патоморфоз аффективных и параноидных синдромов [6]. Исследователями отмечено превалирование ранних форм нейросифилиса, увеличение случаев заболевания среди взрослого трудоспособного населения, сложностью дифференциальной диагностики из-за схожести клинической картины нейросифилиса и проявлений деменции альцгеймеровского типа, а также выраженной прогрессивностью дементирующего процесса, приводящего к стойкой инвалидизации и высокой частоте летального исхода [4, 7, 8].

Классическая ранее экспансивная форма болезни с карти-

нами пышного бреда в настоящее время стала встречаться достаточно редко (10–17%), в то время как частота дементной формы возрастает до 60–75% [2, 5, 10, 15]. Одним из возможных объяснений этого факта может служить широкий прием пациентами антибиотиков в связи с интеркуррентными заболеваниями, что приводит к предотвращению развития психопатологической симптоматики, но не дементного синдрома [5].

Наряду с типичными формами прогрессивного паралича, некоторые авторы выделяют галлюцинаторно-параноидную форму (1–5%), требующую дифференциальной диагностики с шизофренией, эпилептиформную (3,5%), ювенильную, прогностически неблагоприятную из-за развития дементного синдрома в 0,8% случаев [13, 15, 17,], табопаралич, характеризующийся сочетанием синдромов, присущих прогрессивному параличу с проявлением спинальной сухотки (0,4%) [9], паралич Лисауэра (0,8%) – при преимущественной локализации патологического процесса не в лобных долях, а в затылочных, нижнетеменных отделах, мозжечке и зрительном бугре, что сопровождается дополнительными симптомами (агнозия, апраксия, афазия, мозжечковые расстройства).

**Целью** данной работы является выявление особенностей течения нейросифилиса.

**Методы и материалы.** Обследовано 50 пациентов, перенесших нейросифилис. Во время исследования осуществлялся анализ особенностей проявления психических расстройств у группы пациентов за период с 2000 по 2013 гг. Пациенты были исследованы с помощью клинических методов, психометрических шкал. Во время исследования применялись следующие психометрические методики: MMSE, HDRS, CDR. Все пациенты подписали информированное согласие на участие в исследовании. Статистическая обработка фактического материала проводилась на персональном компьютере Pentium при помощи программы Excel 2010.

**Результаты и обсуждение.** Пациенты были разделены по возрастному и половому принципам (табл. 1).

Из приведенных в таблице 1 данных следует, что число случаев заболевания в возрастной группе 30–40 лет является наиболее высоким, и составляет 58%, несколько ниже заболе-

ваемость в возрастной группе от 40 до 50 лет – 32%. В возрасте более 50 лет процентное соотношение лиц с данной патологией составило 6%. Наряду с этим отмечается, что заболеваемость среди женщин составила лишь 4%.

Таблица 1 – Разделение пациентов по возрастному и половому принципам

Возраст	30–40 лет		40–50 лет		50 и более лет	
	Абс.	Отн.%	Абс.	Отн.	Абс.	Отн.
Мужчины	29	58%	16	32%	3	6%
Женщины	-	-	-	-	2	4%

На основании выше изложенного можно сделать вывод, что пик заболеваемости пришелся в исследуемой группе на возраст 30–40 лет. Анамнестически известно, что 100% респондентов ранее обращались за помощью к врачам-интернистам, таким как дерматолог, невролог, терапевт; 8% – состояли на диспансерном учете и проходили курс лечения у врача невролога до поступления в психиатрический стационар. Во время обращения к невропатологу диагностировались в 2% случаев токсическая энцефалопатия, выраженный дементный синдром, эписиндром; 2% – АСГМ с нарушением интеллектуальных функций; 4% – ВСД. Данные о ранее перенесенных венерических заболеваниях в 100% случаев отсутствуют, 60% имели случайные половые связи, 35% – злоупотребляли крепкими спиртными напитками. При обращении к психиатру 10% пациентов являлись до поступления в стационар трудоустроенными, в 100% случаев отрицали случайные половые связи и ранее перенесенные венерические заболевания. На приеме высказывали жалобы, отраженные в таблице 2.

Таблица 2 – Основные жалобы пациентов

№ п/п	Жалобы	Основная группа	
		Абс.	%
1	Нарушение внимания	5	10%
2	Снижение работоспособности	3	6%
3	Быстрая утомляемость	50	100%
4	Головокружение	50	100%
5	Сниженное настроение	13	26%
6	Слезливость	10	20%
7	Раздражительность	15	30%
8	Нарушение сна	30	60%

Как иллюстрировано в таблице, жалобы в большинстве случаев – невротический синдром. При этом более чем в 90% случаев отмечается общее прогрессирующее снижение психической деятельности с утратой ранее приобретенных навыков (пациенты становятся нелепыми в поведении, не справляются с повседневными обязанностями). Во время тестирования по шкале MMSE – 46% опрошенных набрали от 11 до 19 баллов, что соответствует деменции умеренной степени, 24% – тяжелой деменции и 30% – деменции легкой степени. Аффективные расстройства оценивались путем тестирования по шкале HDRS: 62% – легкое депрессивное расстройство, 38% – депрессивное расстройство тяжелой степени.

В клинической картине доминировали следующие психопатологические симптомы: транзиторная спутанность сознания (85%), несистематизированные бредовые идеи отношения, обкрадывания (90%), ранее описанные в литературе мегаломанические бредовые идеи отмечались лишь в 15% случаев, при этом были достаточно нестойкими. В фабуле их доминировал бытовой характер (владелец автопарка, водитель известного человека, миллионер), истинные зрительные обманы восприятия (65%), конфабуляторные расстройства (80%), у 100% отмечалось снижение критичности, недержание аффекта и интеллектуально – мнестическое снижение в разной степени выраженности. В 8% случаев отмечался эписиндром. Характерной особенностью контрольной группы пациентов, страдающих нейросифилисом, являлось отсутствие характерной симптоматики в неврологическом статусе: патологических зрачковых рефлексов, резко неравномерных сухожильных рефлексов, монопарезов. Наряду с этим в неврологическом статусе отмечалась неврологическая микросимптоматика в виде нерезкого экзофтальма (35%), нерезкой асимметрии носогубных складок (20%), хваткости в позе Ромберга (100%). Во время осмотра окулистом глазного дна у 96% патологических изменений не отмечалось, и лишь у 2% – положительный симптом Робертсона, 2% – атрофия дисков зрительного нерва. Летальность в группе составила 4%.

Пациентам была проведена медикаментозная терапия согласно общепринятым схемам лечения. Назначали ноотропные препараты, антиоксиданты, антигипоксанты, вазопротекторы,

препараты, содержащие магний, витамины группы В и С, рассасывающие средства. Качество жизни определяли с помощью опросника Шихана: проявления заболевания значительно мешали работе, общению с другими людьми и выполнению домашних обязанностей.

Наиболее быстро уменьшались параноидная и аффективная симптоматика, наряду с этим у 80% пролеченных пациентов отмечается выраженное снижение уровня личности.

**Выводы.** Известные трудности в настоящее время вызваны патоморфозом клинического течения нейросифилиса, процентным увеличением дементной формы заболевания, начинающейся исподволь в сочетании с отрывочными бредовыми идеями ущерба. Когнитивный дефицит появляется и усугубляется с увеличением возраста пациентов. Среди факторов риска чаще других встречаются артериальная гипертензия, атеросклероз, их сочетание, заболевания сердца, наследственный фактор.

#### ЛИТЕРАТУРА:

1. Показники лікувально-профілактичної допомоги хворим шкірними і венеричними захворюваннями в Україні // Центр медичної статистики МОЗ України. – К., 1993-2007.
2. Бреднев А.Г., Калинин Н.В. Об эффективности комбинированного лечения прогрессивного паралича пенициллином и тетравакциной // Журн невропатол и психиатр. – 1996; 5:768 – 772.
3. Кубанова А.А. Анализ эпидмиологической ситуации по заболеваемости инфекциями передаваемых половым путем, болезнями кожи и подкожной клетчатки населения Российской Федерации, по данным Официальной государственной статистики / А.А. Кубанова // Весн. Дерматологии и венерологии. – 2008. № 5. – С. 8-19.
4. Кулагин В.И., Селицкий Г.Д., Богущ П.Г., Хубиева Ф.В., Шапаренко М.В. Проблема сифилиса нервной системы // Вестник дерматологии и венерологии. – 2003. – № 3. – С. 63-66.
5. Косов Е.С. Прогрессивный паралич (современные вопросы клиники, течения и терапии). Журн невропатол и психиатр 1970; 7:1077-1081.
6. Левинсон А.Я. Возникновение циркулярности как проявление патоморфоза шизофрении // Журнал неврологии и психиатрии – 1976. – № 12. – С. 1843-1847.
7. Одинак О.М., Попов А.К. Неврологические особенности течения нейросифилиса в современных условиях // Автореферат на соискание ученой степени канд. мед. наук. – Санкт-Петербург, 2000. – 28 с.

8. Родиков М. В., Прохоренков В. И. Нейросифилис: от диагноза к лечению. Часть I. Эпидемиология, патогенез, клиника / Родиков М.В., Прохоренков В.И. – № 1, 2010.

9. Романенко Г.Ф., Котов С.В., Кряжева С.С. и др. Случай спинной сухотки с элементами прогрессивного паралича (табо-паралич) с отрицательными серологическими реакциями и РИБТ. Вестн дерматол 1995; 6:47-49.

10. Шейфер М.С. Патоморфоз прогрессивного паралича. Журн невропатол и психиатр 1983; 272-274.

11. Britton L.J., Joyner B.E., Ewart A.H. Neurosyphilis: not to be forgotten. Intern Med J 2004; 34: 5: 299-300.

12. Hinojosa J.C., Nunez M., Bartolome A. et al. Atypical form of late neurosyphilis. Med Clin Barc 2004; 122: 15: 595.

13. Lerner V., Witztum E. J Med Biogr 2003; 11: 3: 170-180.

14. Marra C.M. Neurosyphilis / C.M. Marra // Curr Neurol Neurosci Rep. Nov 2004. 46. –P. 435-440.

15. Postrach F., Kittel J. Psychopathology of progressive paralysis. Remarks on some personal cases. Psychiatrie, neurologie und Medizinische Psychologie.– 1987;39:8:481-486.

16. Rosso S. M., Rocs G., Stevens M. et all. Complex compulsive behavior in the temporal variant of frontotemporal dementia // J. Neurol. – 2001. – Vol. 248. – P. 965-970.

17. Satkova V., Brauerova E. Juvenile progressive paralysis. Ceskoslovenska Pediatrie 1971; 26:10:500-501

18. Trotta M., Sterrantino. Progressive paralysis. A case report. Minerva Medica 1996; 87:3:113-115.

## Summary

RYKOVA A.

### CLINICAL FEATURES OF NEUROSYPHILIS

SE «Lugansk State Medical University»

Lugansk, Ukraine

We observed 50 patients undergoing neurosyphilis. During the investigation carried out analysis of the characteristics of manifestation of mental disorders in a group of patients over a period of 2000 by 2013. Peculiarities of changes in contemporary course of the clinical picture of neurosyphilis. During the study, we used the following psychometric methods: MMSE, HDRS. In assessing the quality of life questionnaire was used Sheehan.

Key words: neurosyphilis , progressive paralysis, psihticheskie episodes maranicheskaya dementia.