

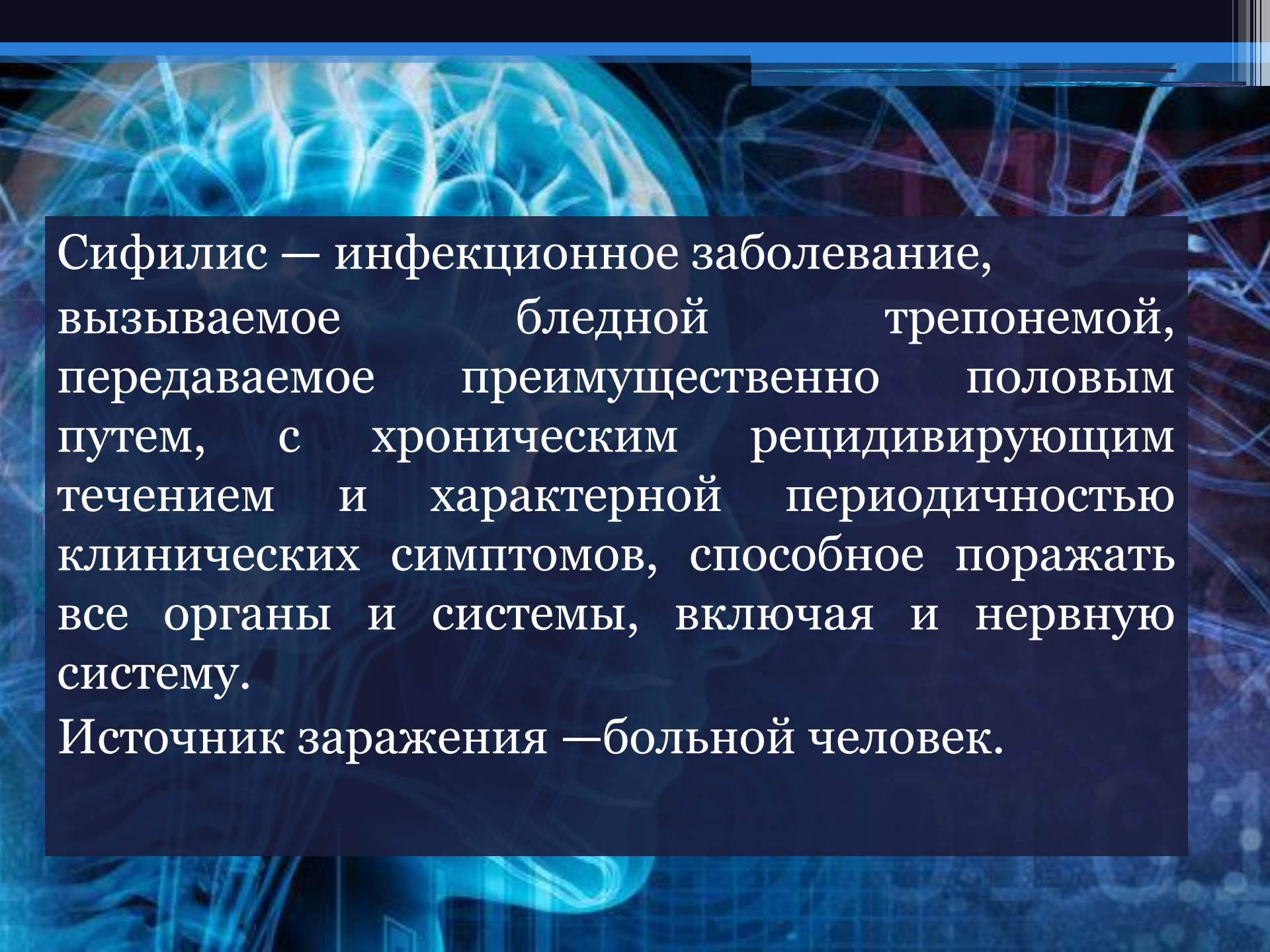
Министерство здравоохранения Украины
ГУ «Луганский государственный медицинский университет»
Кафедра неврологии и семейной медицины

Заведующий кафедрой:
проф., д.м.н. Романенко И.
В.

Доклад на тему:
Нейросифилис

Подготовила:
Студентка 3 группы 4 курса
Медицинского факультета
Солод Екатерина
Владимировна





Сифилис — инфекционное заболевание, вызываемое бледной трепонемой, передаваемое преимущественно половым путем, с хроническим рецидивирующим течением и характерной периодичностью клинических симптомов, способное поражать все органы и системы, включая и нервную систему.

Источник заражения — больной человек.

Классификация.

- Сифилис первичный (серонегативный, серопозитивный).
- Сифилис вторичный (свежий, рецидивный, латентный).
- Сифилис третичный (активный, скрытый).
- Сифилис врожденный (ранний, поздний, латентный).
- Нейросифилис.

Клиническая картина.

У нелеченых больных сифилис длится многие годы. В классическом течении болезни выделяют 4 периода:

1. Инкубационный
2. Первичный
3. Вторичный
4. Третичный

Инкубационный период – 20-40 дней с момента заражения до появления твердого шанкра.

Первичный период продолжается от момента появления твердого шанкра до возникновения генерализованных высыпаний (6-7 нед.).

Латентный (асимптомный) нейросифилис характеризуется изменениями в цереброспинальной жидкости (лимфоцитарный плеоцитоз, увеличение содержания белка) при отсутствии каких бы то ни было неврологических нарушений. Латентный нейросифилис выявляется чаще в первые несколько лет после инфицирования у больных с ранним сифилисом (первичным, вторичным, ранним латентным).

Вторичный период характеризуется генерализацией инфекции и длится 3-4 года. Поражения нервной системы во вторичном периоде называют ранним нейросифилисом. Характерно поражение мозговых оболочек и сосудов (сифилитический менингит, менинговаскулярный сифилис, сифилитические невриты и полиневриты).

Третичный период развивается у 40% больных на 3-4-м году заболевания и продолжается неопределенно долго. Возникают ложные воспалительные инфильтраты в виде бугорков и гумм.

НЕЙРОСИФИЛИС (LUES NERVOSA)

- органические поражения ЦНС и ПНС, вызванные инвазией бледной трепонемы в организм плода (врожденный сифилис) или взрослого человека (приобретенный сифилис), различные по патологоанатомической картине, патогенезу, клинике, течению, прогнозу и связанные только единством этиологии.

Причины, затрудняющие верификацию НС:

1. Отсутствие специфичности клинических симптомов и изменений, обнаруживаемых параклиническими методами (МРТ, КТ, ЭЭГ, ВВКП)
2. Превалирование а- и малосимптомных форм НС
3. Недостаточное использование ликворологического обследования, утрата дерматовенерологами навыков СМП
4. Отстраненная позиция неврологов (психиатров)
5. Недостаточная подготовка специалистов по вопросам клиники и диагностики
6. Неполющенность статистики заболевания

Острый сифилитический менингит

- редкое состояние, проявляющееся в первые 1-2 года после инфицирования:

- головная боль
- тошнота, рвота
- менингеальные знаки.
- пятнисто-папулезная сыпь – 10% случаев
- лихорадка , часто отсутствует.
- воспаление черепных нервов (зрительный, глазодвигательный, лицевой, слуховой).
- в ликворе выявляется лимфоцитарный плеоцитоз, повышение содержания белка.
- гидроцефалия с внутричерепной ликворной гипертензией и застойными дисками зрительных нервов.

Менинговаскулярный сифилис может развиваться спустя несколько месяцев после инфицирования, однако чаще на седьмом году болезни. В мозговых сосудах всех калибров развивается сифилитический эндоартериит, вызывая концентрическое сужение крупных артерий, а также локальное сужение или расширение мелких артерий. Менинговаскулярный сифилис проявляется внезапно клиникой ишемического, реже геморрагического инсульта. Нарушение кровообращения чаще происходит в бассейне средней мозговой артерии. За несколько недель или месяцев до инсульта отмечается :

- головная боль
- головокружение
- расстройство сна,
- эмоциональная лабильность
- личностные изменения.

Возможны нарушения в системе артерий спинного мозга, например тромбоз передней спинальной артерии с развитием синдрома Преображенского (парапарез, диссоциированная параанестезия, нарушение функции сфинктеров тазовых органов).

Сифилитический менингомиелит

- характеризуется медленно прогрессирующим нижним спастическим парапарезом, сопровождающимся нарушениями глубокой чувствительности и функции тазовых органов. Иногда симптомы развиваются остро и асимметрично, с чертами синдрома Броун-Секара, что более характерно для тромбоза бороздчатой артерии (ветвь передней спинной артерии).

Спинальная сухотка (tabes dorsalis)

Инкубационный период составляет от 5 до 50 лет, в среднем 20 лет.

В основе спинной сухотки лежат воспалительная инфильтрация и дегенерация задних корешков в зоне их вхождения в спинной мозг и задних канатиков спинного мозга.

Характерными симптомами являются:

- стреляющие корешковые боли
- нарушения глубокой чувствительности с выпадением глубоких рефлексов и сенситивной атаксией
- нейрогенные расстройства
- расстройства тазовых органов
- синдром Аргайла Робертсона (узкие, неправильной формы зрачки, не реагирующие на свет и с сохранной их фотореакцией на конвергенцию и аккомодацию)
- нейрогенные артропатии (сустав Шарко)
- трофические язвы на нижних конечностях

Все эти симптомы могут оставаться и после антибактериальной терапии.

Прогрессивный паралич

позднее проявление инфекции, обычно развивается спустя 10-20 лет после инфицирования. Он представляет собой энцефалитическую форму нейросифилиса, связанную с непосредственным проникновением трепонем из периваскулярных пространств в клетки мозга, и проявляется медленно нарастающими нарушениями когнитивных функций (памяти, мышления) с изменениями личности вплоть до развития деменции. Нередко встречаются маниакальные и депрессивные состояния, бредовые идеи, галлюцинации. В неврологическом статусе выявляется синдром Аргайла Робертсона:

- дизартрия
- интенционный тремор
- снижение мышечного тонуса
- силы мышц
- нарушения функции тазовых органов
- эпилептические припадки.

Болезнь неуклонно прогрессирует, приводя к летальному исходу в течение нескольких месяцев или лет. Признаки прогрессивного паралича и спинной сухотки могут сочетаться, в таких случаях диагностируют табопаралич.

Сифилитическая гумма

- может локализоваться в области базальных ликворных цистерн и приводить к сдавлению черепных нервов на основании головного мозга.

Клиническая картина напоминает признаки объемного поражения мозга с прогрессирующей внутричерепной гипертензией.

Иногда гумма локализуется в спинном мозге, вызывая:

- нарастающий нижний парапарез
- парагипестезию
- нарушения функции тазовых органов.

Диагностика нейросифилиса

Кроме типичной клинической картины различных вариантов нейросифилиса ведущим методом диагностики является серологическая (реакция Вассермана, микрореакция преципитации с кардиолипиновым антигеном, реакция иммунофлюоресценции - РИФ, реакция иммобилизации трепонем - РИТ). В целом диагностика нейросифилиса требует наличия 3 критериев:

- положительных нетрепонемных и/или трепонемных реакций при исследовании сыворотки крови;
- неврологических синдромов, характерных для нейросифилиса;
- изменений цереброспинальной жидкости (положительная реакция Вассермана, воспалительные изменения ликвора с цитозом свыше 20 мкл и содержанием белка свыше 0,6г/л, положительная РИФ).

КТ и МРТ головного мозга при нейросифилисе выявляют неспецифические изменения (усиление контрастирования мозговых оболочек, инфаркты, мультифокальные поражения белого вещества, гидроцефалию, гомы, атрофию мозга) и служат главным образом для исключения других заболеваний.

Дифференцировать необходимо с серозным менингитом другой этиологии

- Васкулитами
- Саркоидозом
- Клещевым боррелиозом
- Руцеллезом и др.

ЛЕЧЕНИЕ

РНС

- Пенициллин по 12 млн. ЕД, в/в, капельно, 2 раза в день, 20 дней
- Пенициллин по 4 млн. ЕД×6, в/в, струйно, 20 дней
- Преднизолон 90-60-30 мг в сутки, 3 дня

ПНС

- 2 аналогичных курса, интервал 2 недели
- Альтернативное лечение: цефтриаксон по 2,0 в/м, 20 дней, или 2 курса по 20 дней

Литература

1. Нервные болезни: учебн. пособие / А.А.Скоромец, А.П. Скоромец, Т.А.Скоромец. — 4-е изд. — М.: МЕДпресс-информ, 2010. — 560 с.: ил.
2. Болезни нервной системы: Руководство для врачей: В Б 79 2-х т. — Т. 1/ Под ред. Н. Н. Яхно, Д. Р. Штульмана. — 2-е изд., перераб и доп. — М.; Медицина, 2001, — с. 744.