

УДК: 616.831-012.6-026.31

А. И. Рыкова

ПРОБЛЕМЫ РЕАБИЛИТАЦИИ ПАЦИЕНТОВ С НЕЙРОСИФИЛИСОМ

Г. І. Рикова

ПРОБЛЕМИ РЕАБІЛІТАЦІЇ ПАЦІЄНТІВ З НЕЙРОСИФІЛІСОМ

H. I. Rykova

PROBLEM OF EARLY DIAGNOSIS OF NEUROSYPHILIS

С целью совершенствования ранней диагностики нейросифилиса и реабилитации больных нейросифилисом с когнитивным дефицитом проведено клинико-психопатологическое и патопсихологическое обследование.

Показано, что трудности диагностики 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 больных. Среди факторов риска чаще других встречаются артериальная гипертензия, атеросклероз, их сочетание, заболевания сердца, наследственный фактор.

Ключевые слова: нейросифилис, когнитивные расстройства, патоморфоз, ранняя диагностика, реабилитация

З метою вдосконалення ранньої діагностики нейросифілісу та реабілітації хворих на нейросифіліс з когнітивним дефіцитом проведено клініко-психопатологічне і патопсихологічне обстеження.

Показано, що труднощі діагностики на сучасному етапі обумовлені патоморфозом клінічного перебігу нейросифілісу, відсотковим збільшенням дементної форми захворювання, що починається поволі, у поєднанні з уривчастими маревними ідеями збитку. Когнітивний дефіцит з'являється та посилюється із збільшенням віку хворих. Серед факторів ризику частіше за інших зустрічаються артеріальна гіпертензія, атеросклероз, їх поєднання, захворювання серця, спадковий чинник.

Ключові слова: нейросифіліс, когнітивні розлади, патоморфоз, рання діагностика, реабілітація

In order to improve an early diagnosis of neurosyphilis and rehabilitation of patients with neurosyphilis and cognitive deficiency a clinical-psycho-pathological and pathopsychological examination was carried out.

It was demonstrated that current diagnostic difficulties are resulted from a pathomorphosis of a clinical course of neurosyphilis, a percentage growth of a dementia form of the disease with a gradual onset in combination with fragmentary delusional ideas of harm. The cognitive deficiency is manifested and aggravated with an increasing of patients' age. Arterial hypertension, atherosclerosis, their combination, cardiac diseases, hereditary factor occur more often among risk factors.

Key words: neurosyphilis, cognitive disorders, pathomorphosis, early diagnosis, rehabilitation

Актуальность проблемы нейросифилиса обусловлена не только стремительным ростом числа выявляемых случаев, но и изменением клинического течения, его патоморфозом. Зарубежные исследователи связывают увеличение распространенности нейросифилиса с учащением агрессивного течения нейросифилиса, ассоциированного с ВИЧ-инфекцией. С общим ростом заболеваемости сифилисом, в начале XXI века в психиатрических больницах были зарегистрированы немногочисленные поступления больных с нейросифилисом, не более 0,3 % от всех впервые поступивших [6]. Несмотря на снижение заболеваемости населения Украины в целом, количество случаев позднего и неуточенного сифилиса возрастает [1]. В психиатрии обсуждался, главным образом, лекарственный патоморфоз аффективных и параноидных синдромов [3]. Исследователи отмечают превалирование ранних форм нейросифилиса сложностью дифференциальной диагностики из-за схожести клинической картины нейросифилиса и проявлений деменции альцгеймеровского типа, а также выраженной прогрессирующей дементирующего процесса, приводящего к стойкой инвалидизации и высокой частоте летального исхода [2, 4, 5].

Цель настоящего исследования: ранняя диагностика нейросифилиса в условиях современного патоморфоза, реабилитация пациентов с когнитивным дефицитом.

Проводилось тестирование с помощью психометрических шкал: MMSE, HDRS, CDR. Все больные подписали информированное согласие на участие в исследовании. Статистическую обработку фактического материала проводили на персональном компьютере Pentium при помощи программы Excel 2010.

Наиболее высокая заболеваемость — в возрастной группе 30—40 лет (58 %), от 40 до 50 лет — 32 %, в возрасте более 50 лет — 6 %. Заболеваемость среди женщин — 4 %. Пик заболеваемости — возраст 30—40 лет. Анамнестически известно, 100 % респондентов ранее обращались за помощью к врачам-интернистам (дерматолог, невролог, терапевт); 8 % — состояли на диспансерном учете и проходили курс лечения у врача-невролога до поступления в психиатрический стационар. В 2 % случаев была диагностирована токсическая энцефалопатия, выраженный дементный синдром, эписиндром; 2 % — атеросклероз сосудов головного мозга с нарушением интеллектуальных функций; 4 % — вегетососудистая дистония. 60 % пациентов имели случайные половые связи, 35 % — злоупотребляли крепкими спиртными напитками. 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 установлено: у 46 % пациентов — деменция умеренной степени, у 24 % — тяжелая деменция и у 30 % — деменция легкой степени. Аффективные расстройства также диагностированы у всех пациентов: у 62 % — легкое депрессивное расстройство, у 38 % — депрессивное расстройство тяжелой степени. У обследованных пациентов выявлены транзиторная ранзиторная спутанность сознания (85 %); несистематизированные бредовые идеи отношения, обкрадывания (90 %); ранее описанные в литературе мегаломанические бредовые идеи — 15 % случаев (в фабуле доминировал бытовой характер); истинные зрительные обманы восприятия (65 %); конфабуляторные расстройства (80 %). У 100 % пациентов

отмечалось снижение критичности, недержание аффекта и интеллектуально-мнестическое снижение различной степени выраженности. В 8 % случаев отмечался эпизиндром. В неврологическом статусе: нерезкий экзофтальм (35 %), нерезкая асимметрия носогубных складок (20 %), шаткость в позе Ромберга (100 %). Во время осмотра глазного дна: 96 % — без патологических изменений, 2 % — положительный симптом Робертсона, 2 % — атрофия дисков зрительного нерва. У 80 % пролеченных пациентов отмечается выраженное снижение уровня личности.

В процессе лечения применялись методы рациональной психотерапии, тренинги индивидуальных социальных навыков.

В качестве диагностических тестов состояния когнитивных функций были использованы тесты MMSE, рисования часов, БЛД, для оценки качества жизни — опросник SF-36 (The Short Form-36 or Medical Outcomes Study 36-item short form health survey).

По результатам повторного тестирования положительная динамика отмечалась в группе пациентов только с легкой степенью деменции — 5 %. В группе пациентов с умеренной и тяжелой деменцией положительная динамика отсутствовала.

Выводы: трудности диагностики 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 больных. Среди факторов риска чаще других встречаются артериальная гипертензия, атеросклероз, их сочетание, заболевания сердца, наследственный фактор.

Список литературы

1. Кубанова А. А. Анализ эпидемиологической ситуации по заболеваемости инфекциями, передаваемых половым путем, болезнями кожи и подкожной клетчатки населения Российской Федерации, по данным Официальной государственной статистики / А. А. Кубанова // Вестник дерматологии и венерологии. — 2008. — № 5 — С. 8—19.
2. Прогрессивный паралич (современные вопросы клиники, течения и терапии) / Е. С. Косов // Журнал невропатологии и психиатрии. — 1970. — № 7. — С. 1077—1081.
3. Одинак О. М., Попов А. К. Неврологические особенности течения нейросифилиса в современных условиях : автореф. на соискание ученой степени канд. мед. наук. — СПб., 2000. — 28 с.
4. Родиков М. В. Нейросифилис: от диагноза к лечению. Часть I. Эпидемиология, патогенез, клиника. / М. В. Родиков, В. И. Прохоренков // Вестник дерматологии и венерологии. — 2010. — № 1. — С. 28—34.
5. Случай спинной сухотки с элементами прогрессивного паралича (табопаралич) с отрицательными серологическими реакциями и РИБТ / [Романенко Г. Ф., Котов С. В., Кряжева С. С. и др.] // Вестник дерматологии. — 1995. — № 6. — С. 47—49.
6. Britton L. J. Neurosyphilis: not to be forgotten / Britton L. J., Joyner B. E., Ewart A. H. // Intern Med J 2004. — № 34. — P. 299—300.

Надійшла до редакції 03.04.2014 р.

РИКОВА Анна Ивановна, клинический ординатор кафедры психиатрии и наркологии Государственного заведения «Луганский государственный медицинский университет», Украина, г. Луганск; e-mail: magnikummm@mail.ru

RYKOVA Hanna Ivanivna, Resident of the Department of Psychiatry and Narcology of the State Institution "Luhans'k State Medical University, Luhans'k"; e-mail: magnikummm@mail.ru