

УДК: 616-002.622

# Нейросифіліс: клінічний випадок

## ■ Кисіль В.І.

інтерн кафедри неврології і рефлексотерапії  
Національної медичної академії післядипломної освіти імені П.Л. Шупика

## ■ Нечкалюк М.В.

лікар-невролог відділення «Неврологія судинної патології»  
КЗ КОР «Київська обласна клінічна лікарня»

## ■ Дригант Л.П.

к.мед.н., доцент кафедри неврології і рефлексотерапії  
Національної медичної академії післядипломної освіти імені П.Л. Шупика

## ■ Середа В.Г.

к.мед.н., доцент кафедри неврології і рефлексотерапії  
Національної медичної академії післядипломної освіти імені П.Л. Шупика

## Резюме

Нейросифіліс (нейролюїс) – це хронічне прогресуюче інфекційне захворювання центральної нервової системи. Розвиток патології обумовлений проникненням в організм збудника сифілісу – блідої трепонеми. Сифіліс вражає всі відділи центральної і периферичної нервової системи, а клінічна картина захворювання проявляється цілою низкою неврологічних симптомів. На сьогоднішній день сифіліс ефективно лікується, але якщо ми маємо справу із прогресуючими формами, то можливі і летальні наслідки, що зумовлено високою смертністю при нейросифілісі. Проблема сифілісу не втратила своєї актуальності і дотепер. Цьому сприяють низький соціальний та економічний розвиток країни, військові події. Окрім того, збільшується кількість випадків захворювання, що мають атипичний перебіг. В статті наведено клінічний випадок із клінічної практики щодо діагностики, тактики ведення та лікування хворого з нейросифілісом.

**Ключові слова:** нейросифіліс, синдром Аргайля-Робертсона, бензилпеніцилін, діагностика нейросифіліса.

Під нейросифілісом розуміють інфекційне захворювання центральної нервової системи, що становить 1-7% органічних уражень нервової системи і розвивається у 5-10% хворих на сифіліс, які не лікувалися під час гострої стадії патологічного процесу. Розвиток патології обумовлений проникненням в організм збудника сифілісу – блідої трепонеми. Сифіліс вражає всі відділи центральної і периферичної нервової системи. Клінічна картина захворювання може проявлятися цілою низкою неврологічних порушень: запамороченням, м'язевою слабкістю, паралічем, судомами, вираженими когнітивними розладами. Кілька десятиліть тому сифіліс вважався вироком для хворих, але завдяки стрімкому розвитку науки, цю хворобу сьогодні можна вилікувати за кілька тижнів. Проте, запущені форми нерідко стають причиною летального наслідку [1,2,3].

Нейросифіліс зустрічається набагато рідше, ніж у минулому столітті, що обумовлено поліпшенням якості діагностичних заходів, профілактичними обстеженнями населення. Однак, проблема сифілісу не втратила своєї актуальності і дотепер, особливо, коли ми переживаємо військові події на сході країни. Окрім того, збільшується кількість випадків захворювання, що мають атипичний перебіг (зміни строку інкубації, прихований перебіг, множинні первинні сифіліди, нетипова локалізація висипу) [4].

Основними шляхами проникнення інфекції є статевий (найпоширеніший), коли збудник проникає через слизові оболонки і мікропошкодження на шкірних покривах; гемотрансфузійний (при переливанні крові, стоматологічних маніпуляціях); побутовий (при тісному контакті з хворою людиною); трансплацентарний (передача від матері до плоду через плаценту); професійний (медичні працівники)

[5]. Нейросифіліс підрозділяється на ранню та пізню форми. У деяких пацієнтів нейросифіліс протікає в латентній (прихованій) формі і не має клінічних проявів, однак, при дослідженнях цереброспинальної рідини, визначаються патологічні зміни.

### Класифікація нейросифілісу:

1. Ранній нейросифіліс, що розвивається у пацієнтів з первинним або вторинним сифілісом в перші 2-3 роки після інфікування блідою трепоневою. При цьому уражаються судини і оболонки головного мозку. Він має наступні клінічні форми: асимптомний нейросифіліс, сифілітичний менінгіт, менінговаскулярний сифіліс, гума головного і спинного мозку.
2. Пізній нейросифіліс розвивається у пацієнтів з третинним сифілісом через 5-7 років після інфікування. Ураження відбувається в паренхімі мозку (нервові клітини, нервові волокна), що проявляється такими клінічними формами: сухотка спинного мозку, прогресуючий параліч, сифілітичні гуми.

### Клінічний випадок

Клінічний випадок описаний на базі кафедри неврології і рефлексотерапії НМАПО імені П.Л. Шупика - КЗ КОР «КОКЛ», відділення захворювань центральної нервової системи.

Хвора А., 45 років, проживає в Києво-Святошинському районі Київської області (безробітна). Була госпіталізована планово 25 грудня 2015 р. з попереднім діагнозом: «Нейросифіліс». При поступленні хвора скаржилася на періодичний головний біль, погіршення пам'яті, швидку втомлюваність, тремор голови та плечей протягом 25 років з повільно-прогресуючим перебігом та хиткістю при ході.

**Анамнез захворювання:** вважає себе хворою з 21 року, коли вперше з'явилися скарги на незначний тремор голови. Пацієнтка не надавала цьому значення, до лікаря не зверталась. Починаючи з 2000 р. відмічала періодичні погіршення самопочуття, наростання тремору голови. З 2010 р. з'явився тремор плечей, незначна хиткість при ході. У 2015 р. тремор плечей посилювався, з'явилась значна хиткість при ході, почала відмічати погіршення пам'яті. В вересні 2015 р. була госпіталізована в районну лікарню з діагнозом: «Паркінсонізм». Лікування було неефективним. В грудні 2015 р. була госпіталізована у відділення «Неврологія судинної патології» КЗ КОР «Київська обласна клінічна лікарня» в плановому порядку для дообстеження та встановлення діагнозу.

**Анамнез життя:** Туберкульоз, вірусні гепатити, цукровий діабет заперечує. Венеричні захворювання не заперечує. В 22 роки народила хлопчика. Зі слів пацієнтки, у дитини дитячий церебральний параліч.

Шкідливі звички: помірне вживання алкоголю в анамнезі.

**Спадковий анамнез:** зі слів сімейного лікаря пацієнтки, у матері хворої був тремор рук. До лікаря не зверталась. Молодша сестра померла у віці 16 років. Старша сестра повністю здорова.

**Алергологічний анамнез:** не обтяжений.

**Об'єктивний огляд при поступленні:** загальний стан хворої середнього ступеню важкості. Нормостенічної тілобудови. Слизові оболонки блідо-рожеві, вологі, чисті. При аускультатії легень дихання везикулярне, хрипів немає. При аускультатії серця – тони ритмічні, приглушені. АТ 120/80 мм рт.ст., пульс – 64 ударів за хвилину. Живіт при пальпації м'який, безболісний у всіх відділах. Симптоми подразнення очеревини негативні. Симптом Пастернацького негативний з обох сторін. Фізіологічні відправлення в нормі. Набряки відсутні.

**Неврологічний статус:** Свідомість ясна. Помірна астения, помірні когнітивні порушення, дискриптивна. Орієнтована в часі та просторі. Емоційно лабільна. Очні щілини та зіниці D=S, фотореакції живі. Синдром Аргайля-Робертсона. Рухомість очних яблук в повному об'ємі. Обличчя симетричне. Субкортикальні рефлекси: хоботковий рефлекс «+». Язик при висовуванні по середній лінії. Гіпертонус шийного та плечового відділів. Сухожилльні та періостальні рефлекси D=S. Черевні рефлекси відсутні. М'язева сила у верхніх та нижніх кінцівках D=S, 5 балів. Патологічні стопні рефлекси: с-м Штрюмпеля «+» з 2-х сторін, с-м Пуссепа «+» з 2-х сторін. Поверхнева чутливість не порушена. Виявлені ознаки порушення суглобово-м'язевої чутливості. Координаторні проби: пальце-носову пробу виконує невпевнено, виражена хиткість в позі Ромберга. Менінгеальний симптомокомплекс негативний.

### Лабораторні методи обстеження.

- Загальний аналіз крові (20.12.15): НЬ - 88 г/л, Ер - 3,83\*10<sup>12</sup>/л, L - 7,2\*10<sup>9</sup>/л, ШОЕ - 29 мм/год. Група крові - А(II) Rh (-). RW (20.12.15): позитивна (+ + +).
- Біохімічний аналіз крові (20.12.15): білірубін загальний - 20,5 мкмоль/л, прямий - 3,2 мкмоль/л, загальний білок - 72,0 г/л, креатинін - 64 мкмоль/л, сечовина - 3,4 ммоль/л, холестерин - 5,1 ммоль/л.
- Загальний аналіз сечі (20.12.15): прозора, кисла, білок (-), цукор (-), питома вага - 1016, L - 2-4 в полі зору.
- Аналіз спинномозкової рідини РІФ (30.12.15): (+) та РІБТ (30.12.15): (+)

**Інструментальні методи обстеження.**

ФГ (20.12.15): Патологічних змін з боку ОГК не виявлено.

ЕКГ (24.12.15): Ритм синусовий, правильний, з ЧСС 87 уд/хв. Помірні зміни в міокарді.

ЕхоЕГ (24.12.2015): Ехографічних даних, що вказують на зміщення серединних структур головного мозку, гідроцефалію не виявлено. Коефіцієнт пульсації 44,8% (норма – не більше 20%).

ЕНМГ нижніх кінцівок (29.12.15): Відмічається зниження амплітуди м'язової відповіді згиначів обох стоп збережена до 100%, розгиначів правої стопи до 100%, лівої – до 86%. Рефлекторне збудження спінальних альфа1-мотонейронів поперекового потовщення справа 100%, зліва- 28,2% (норма- 17-27%).

**Диференціальна діагностика.** Діагноз нейросифілісу встановлюється на підставі критеріїв: клініч-

них проявів, позитивних результатів лабораторних досліджень на сифіліс та наявних змін в спинно-мозковій рідині. При ретельному неврологічному обстеженні пацієнта важливе діагностичне значення має дослідження полів зору і огляд очного дна. З лабораторних досліджень виконують стандартний набір тестів на сифіліс (реакція Васермана, реакція імунофлюоресценції - РІФ, реакція імобілізації трепонем - РІТ). Диференціальний діагноз нейросифілісу слід проводити з менінгітами іншої етіології, бруцельозом, саркоїдозом, та пухлинами головного і спинного мозку [1-4]. Серед основних клінічних форм нейросифілісу особливу увагу приділяють диференціальній діагностиці спинної сухотки, яку необхідно проводити з алкогольною полінейропатією, атаксією Фрідрайха, фунікулярним мієлозом і розсіяним склерозом (табл. 1).

**Таблиця 1.**  
**Диференціальний діагноз нейросифілісу**

Нозологія/клінічна картина	Нейросифіліс	Алкогольна полінейропатія	Атаксія Фрідрайха	Розсіяний склероз
Сухожильні та періостальні рефлексії	Не змінені	Гіпорексія, арефлексія	Гіпорексія, арефлексія	Гіпорексія, арефлексія
Черевні рефлексії	Відсутні	Викликаються	Викликаються	Відсутні
Розлади чутливості	Порушення суглобово-м'язової чутливості	Порушення пропріоцептивної чутливості	Не характерні	Характерні
Сенситивна атаксія	Характерна	Характерна	Характерна	Характерна
Реакція Васермана	Позитивна, інколи негативна	Негативна	Негативна	Негативна
Лікування	Прокаїн-бензилпеніцилін	Симптоматичне	Симптоматичне	Плазмаферез, імуноглобулін в/в
Відновлення	Відносно швидке (через 1-2 місяці після початку лікування)	Відносно швидке (через 2-3 тижні після досягнення фази плато)	Тривале	Тривале

**Після проведення обстежень та диференційної діагностики, було встановлено клінічний діагноз:** Нейрольоїс на фоні імунodefіциту з двохсторонньою пірамідною недостатністю, енцефалопатією II-III стадії з помірною змішаною атаксією, гіперкінезом голови і тулуба, психоорганічним синдромом, помірним астено-невротичним синдромом, мнестичними порушеннями.

**Лікування.** Хворій проводилося внутрішньо-м'язеве введення новокаїнової солі бензилпеніциліну (прокаїн-бензилпеніцилін) 2 400 000 ОД на добу разом з пробенецидом протягом 10-14 днів з подальшим внутрішньо-венним введенням 2 400 000 ОД ретарпена (бензатин-бензилпеніциліну) 1 раз в тиждень протягом 3 тижнів. Загальнозміцнююча та симптоматична терапія включала препарат йоду (3 % розчин натрію йодиду по 1 столовій ложці 3 рази в день) протягом 20-30 днів, вітаміни групи В, аскорбінову кислоту, антихолінестеразні засоби, судинні препарати. Також було призначено фізіотерапевтичні методи лікування, ЛФК, масаж.

**Висновок.** Нейросифіліс є серйозним ускладненням сифілісу, який може розвинути в будь-який момент протягом прогресування сифілісу. Діагностика нейросифілісу може бути складним завданням. Обов'язковим є комплексна діагностика з нейровізуалізацією, які повинні допомогти неврологу в діагностиці нейросифілісу: наприклад, церебральні гуми можуть імітувати менінгіоми скроневої області або герпетичний енцефаліт. Чітке розуміння клінічних проявів, наведених в клінічному випадку, і аналіз діагностичних тестів є важливими інструментами в практиці невролога.

#### Література

1. Stephens R.S., Tam M.R., Kuo C.C., Nowinski R.C. Monoclonal antibodies to Chlamydia trachomatis: antibody specificities and antigen characterization// J. Immunol. - 1982 Mar;128(3):1083-1089
2. Lukehart S.A., Tam M.R., Hom J., Baker-Zander S.A., Holmes K.K., Nowinski R.C. Characterization of monoclonal antibodies to Treponema pallidum// J. Immunol. 1985 Jan;134(1):585-592.
3. Hook E.W., Roddy R.E., Lukehart S.A. Holmes Detection of Treponema pallidum in lesion exudate with a pathogen-specific monoclonal antibody//J. Clin Microbiol. - 1985. - Aug; 22(2): 241-244.
4. Мингалеев А.А. Третичный сифилис. Учебное пособие для врачей / А.А. Мингалеев, Г.И. Мавлютова, Р.М. Газизов. Казань. - Меддок, 2010. - С. 24.
5. Марданлы С. Г., Дмитриев Г. А. Лабораторная диагностика сифилиса (информационно-методическое пособие). - М.: Транзит-Икс. - 2009. - 28 с.

#### Нейросифилис: клинический случай

##### ■ Кисель В.И.

интерн кафедры неврологии и рефлексотерапии  
Национальной медицинской академии последипломного образования имени П.Л. Шупика

##### ■ Нечкалюк М.В.

врач-невролог отделения «Неврологии сосудистой патологии»  
КЗ КОР «Киевская областная клиническая больница»

##### ■ Дрыгант Л.П.

к.мед.н., доцент кафедры неврологии и рефлексотерапии  
Национальной медицинской академии последипломного образования имени П.Л. Шупика

##### ■ Середа В.Г.

к.мед.н., доцент кафедры неврологии и рефлексотерапии  
Национальной медицинской академии последипломного образования имени П.Л. Шупика

#### Резюме

Нейросифилис - это хроническое прогрессирующее инфекционное заболевание центральной нервной системы человека. Развитие патологии обусловлено проникновением в организм возбудителя сифилиса - бледной трепонемы. Сифилис поражает все отделы центральной и периферической нервной системы, а клиническая картина заболевания проявляется целым рядом неврологических симптомов. На сегодняшний день сифилис эффективно лечится, но если мы имеем дело с запущенными формами, то возможны и летальные последствия, что обусловлено высокой смертностью при нейросифилисе. Проблема сифилиса не утратила своей актуальности и до сих пор. Кроме того, увеличивается количество случаев заболевания, имеющие атипичное течение. В статье описан клинический случай из практики - диагностика, тактика ведения и лечения больного с диагнозом нейросифилис.

**Ключевые слова:** нейросифилис, синдром Аргайля-Робертсона, бензилпенициллин, диагностика нейросифилиса

## Neurology: the clinical case

### ■ Kysil' V.

Department of Neurology and Reflexology,  
Shupyk National Medical Academy of Postgraduate Education

### ■ Nechkaluk N.

Neurologist, Kyiv Regional Hospital

### ■ Drigant L.

Department of Neurology and Reflexology,  
Shupyk National Medical Academy of Postgraduate Education

### ■ Sereda V.

Department of Neurology and Reflexology,  
Shupyk National Medical Academy of Postgraduate Education

---

## Summary

Neurosyphilis - chronic, progressive infection of the central nervous system of humans. The development of the pathology caused by penetration of the body causative agent of syphilis - *Treponema pale*. Syphilis affects all parts of the central and peripheral nervous system, and the clinical picture of the disease is manifested by a number of neurological symptoms. Today syphilis treated well, but if we are dealing with advanced forms and the possible consequences. Particularly relevant for neurosyphilis high mortality. The problem of syphilis has not lost its relevance now. This is facilitated by low social and economic development, military events. Besides increasing the number of cases with atypical course. The article described the case of clinical practice - diagnosis and treatment tactics of patients diagnosed with neurosyphilis.

**Keywords:** neurosyphilis, Argail-Robertson's syndrome, benzylpenicillin, diagnostics of neurosyphilis

---