

динамики не сопровождалось значимыми изменениями ЭНМГ. В связи с этим основная оценка в отличие от пациентов с заболеваниями ЦНС осуществлялась на основе опроса больных. Оценка по шкалам мышечной силы также не показательна, так как положительная динамика происходит медленно и выражается прежде всего в улучшении постурологической регуляции пациента, выраженном увеличении самоконтроля.

Физиологическая постурологическая регуляция пациентов с тяжелыми двигательными нарушениями направлена на то, чтобы происходило формирование дополнительных механизмов компенсационной регуляции, выражающееся в появлении синергии между верхними и нижними конечностями, а также в верхних и нижних конечностях между правой и левой стороной. При условии сохранения какой-либо двигательной моторики в нижних конечностях механизмы приспособительной компенсации при движениях направлены не на стимуляцию работы отдельных мышечных групп, а на включение в работу конечности как целого сегмента без дифференцировки на отдельные мышечные группы агонистов-антагонистов и т.д. Таков механизм постоянной и нормальной компенсации тяжелых двигательных нарушений, вследствие чего реабилитация затрудняется и становится малоэффективной, поскольку любая работа, направленная на включение мышц нижних конечностей, сильно нивелируется синергичной работой других мышечных групп. На фоне работы с использованием метода ФРД происходит запрос на регуляцию двигательной активности в глубоко лежащие структуры ЦНС, что приводит к включению программ физиологической регуляции мышечных взаимоотношений. Это, в свою очередь, ведет к полноценному включению проприо-, ноцицептивного круга обратной регуляции в поддержании функциональной регуляции движений [3, 4, 8-10]. Клинически это выражается в появлении у больного массы собственных ощущений от самостоятельной работы на первых же сеансах применения методики.

Заключение.

1. Разработана новая методика восстановительного лечения нарушений функции движения у больных с поражением спинного мозга, представляющая собой индивидуальную методику с применением со-

дружественной работы анатомически отдаленных мышечных групп.

2. Преимущество методики заключается в гибком индивидуализированном подходе, позволяющем менять схему воздействия метода с учетом физических возможностей пациента без потери эффективности лечебного воздействия.

3. Преимуществом методики является также быстрое формирование оптимального компенсаторного двигательного стереотипа за счет исключения физиологических механизмов компенсационной синергии, что способствует увеличению эффективности мероприятий восстановительного лечения.

4. Разработанная методика экономически выгодна за счет сокращения длительности лечения пациента, благодаря выраженному эффекту восстановления функции движения и, как следствие, снижению степени ограничения его физических возможностей.

Библиографический список

1. Дифференцированная методика восстановления опорной функции и коррекции укорочения нижних конечностей у детей с неврологическими заболеваниями / В.В. Кармазин, Д.А. Киселев, Е.Ю. Сергеевко [и др.] // Научно-практический журнал «Детская Больница». 2006. № 1 (23). С. 30-40.
2. Реабилитация детей с неврологическими заболеваниями с использованием стабилотрии и метода ликвидации патологической синергии / В.В. Кармазин, Д.А. Киселев, В.В. Кузин [и др.] // Научно-практический медицинский журнал «Доктор. Ру». 2007. № 5. С. 22-29.
3. Крыжановский Г.Н. Общая патофизиология нервной системы: Руководство-К85. М.: Медицина, 1997. 352 с.
4. Крыжановский Г.Н. Детерминантные структуры в патологии нервной системы. М., 1980. 34 с.
5. Bara V.G., Bosco F.M., Bucciarelli M. Developmental pragmatics in normal and abnormal children // Brain Lang. 1999. № 68 (3). P.507-528.
6. Dursun E., Dursun N., Alican D. Effects of biofeedback treatment on gait in children with cerebral palsy // Disabil Rehabil. 2004. № 26 (2). P. 116-120.
7. Laibow R. Medical applications of neurobiofeedback // Introduction to quantitative EEG and Neurofeedback / Eds.: J.R. Evans & A. Abarbanel Academic Press, 1999. P. 83-102.
8. Анохин П.К. Очерки по физиологии функциональных систем. М.: Медицина, 1974. 446 с.
9. Лурия А.Р. Основы нейропсихологии: Учеб. пособие для студ. высш. учеб. заведений. 3-е изд., стер. М.: Изд. центр «Академия», 2004. 384 с.
10. Гранит Р. Основы регуляции движений. М.: Мир, 1973. 350 с.

УДК 616.8-002.6-071-085 (045)

Обзор

НЕЙРОСИФИЛИС: ПРОБЛЕМЫ ДИАГНОСТИКИ И КЛАССИФИКАЦИИ

О.В. Колоколов – ГОУ ВПО Саратовский ГМУ им. В.И. Разумовского Росздрава, доцент кафедры нервных болезней, кандидат медицинских наук; **И.И. Шоломов** – ГОУ ВПО Саратовский ГМУ им. В.И. Разумовского Росздрава, заведующий кафедрой нервных болезней, доктор медицинских наук, профессор; **А.Л. Бакулев** – ГОУ ВПО Саратовский ГМУ им. В.И. Разумовского Росздрава, профессор кафедры кожно-венерических болезней, доктор медицинских наук; **С.С. Кравченя** – ГОУ ВПО Саратовский ГМУ им. В.И. Разумовского Росздрава, заведующий отделением клиники кожных и венерических болезней, кандидат медицинских наук; **А.М. Колоколова** – ГОУ ВПО ГМУ им. В.И. Разумовского Росздрава, лаборант кафедры нервных болезней.

NEUROSYPHILIS: PROBLEMS OF DIAGNOSTICS AND CLASSIFICATION

O.V. Kolokolov – Saratov State Medical University n.a. V.I. Razumovsky, department of nervous diseases, assistant professor, candidate of medical science; **I.I. Sholomov** – Saratov State Medical University n.a. V.I. Razumovsky, head of department of nervous diseases, professor, doctor of medical science; **A.L. Bakulev** – Saratov State Medical University n.a. V.I. Razumovsky, department of skin and venereal diseases, professor, doctor of medical science; **S.S. Kravchenya** – Saratov State Medical University n.a. V.I. Razumovsky, clinic of skin and venereal diseases, head of department, candidate of medical science; **A.M. Kolokolova** – Saratov State Medical University n.a. V.I. Razumovsky, the laboratorian of chair of nervous illnesses.

Дата поступления – 10.06.2010 г.

Дата принятия в печать – 16.09.2010 г.

Колоколов О.В., Шоломов И.И., Бакулев А.Л., Кравченя С.С. Колоколова А.М. Нейросифилис: проблемы диагностики и классификации // Саратовский научно-медицинский журнал. 2010. Т. 6, № 3. С. 632–636.

Проведено обследование 1315 больных с различными формами сифилиса. У 282 больных диагностирован нейролюэс. Дано подробное описание клинической картины заболевания, приведены результаты лабораторных

исследований. Рассмотрены вопросы тактики ведения больных, современной классификации форм нейросифилиса. Обсуждены мероприятия, позволяющие увеличить вероятность благоприятного исхода заболевания.

Ключевые слова: сифилис, нейросифилис, нервная система, патоморфоз, классификация.

Kolokolov O.V., Sholomov I.I., Bakulev A.L., Kravchenya S.S., Kolokolova A.M. Neurosyphilis: problems of diagnostics and classification // Saratov Journal of Medical Scientific Research. 2010. Vol. 6, № 3. P. 632–636.

The study involved 1315 patients with various forms of syphilis. In 282 patients neurosyphilis was diagnosed. The detailed description of clinical picture of disease and the results of laboratory studies are given. Questions of tactics of medical examination, modern classification of neurosyphilis forms are discussed. The actions are discussed, allowing to increase probability of a favorable outcome of disease.

Key words: syphilis, neurosyphilis, nervous system, pathomorphosis, classification.

Нейросифилис считается одной из наиболее непредсказуемых болезней. По мнению многих исследователей, проникновение трепонемы в ткани нервной системы происходит уже на ранних стадиях сифилиса [1-3]. Внедрение трепонемы в ткани нервной системы может протекать бессимптомно или проявиться симптомами нейросифилиса на любой стадии заболевания; описана спонтанная санация нервной системы [4-9]. Считается, что симптомы поражения нервной системы могут появиться не менее чем у 20% больных различными формами люэса [10, 11]. Однако точного ответа на вопросы о том, с какой частотой поражается нервная система и в какие сроки наиболее вероятно появление неврологической симптоматики, нет до сих пор.

В конце XX столетия во многих странах наблюдался подъем заболеваемости сифилисом. В Российской Федерации (РФ) данный показатель превышал уровень 250: 100 000 населения [2, 5, 7]. Неудивительно, что спустя несколько лет наметился рост заболеваемости нейросифилисом [4, 12, 13]. Если 20 лет тому назад на всей территории Российской Федерации регистрировали не более 20 случаев нейролюэса в год, то на протяжении последних 10 лет около 20 новых случаев сифилитического поражения нервной системы ежегодно фиксируется только по данным клиники кожных и венерических болезней (ККВБ) СГМУ. Очевидно, что даже при снижении заболеваемости манифестными формами сифилиса, нейролюэс еще долгие годы останется актуальной проблемой медицины.

За десятилетний период (1999-2009) в условиях ККВБ СГМУ обследовано 1315 больных сифилисом. Все пациенты осмотрены венерологом и неврологом, окулистом и терапевтом. Проведено серологическое исследование на сифилис – реакция микропреципитации (РМП), реакция связывания комплемента (РСК) с кардиолипидными и трепонемными антигенами, иммуноферментный анализ Ig M+G (ИФА), реакция пассивной гемагглютинации (РПГА). По показанием в 471 случае осуществлялась люмбальная пункция с последующим проведением общего анализа ликвора, определением уровня глюкозы и хлоридов, постановкой РМП, РСК, ИФА, РПГА с ликвором. При необходимости проводились консультации ЛОР-врачом и психиатром, дуплексное сканирование (ДС) брахиоцефальных артерий и дуплексное трансраниальное сканирование (ДТС) артерий головного мозга, магнитно-резонансная томография (МРТ) головы, электроэнцефалография (ЭЭГ), вызванные потенциалы (ВП).

Созданный электронный регистр больных сифилисом и результаты комплексного обследования пациентов позволил установить диагноз нейролюэса у

282 человек (21,4% от обследованных больных). У 182 из них диагноз установлен впервые. Создание регистра позволило не только отслеживать состояние пациентов в динамике, но и прогнозировать развитие нейролюэса у больного с впервые диагностированным сифилисом.

Средний возраст больных нейросифилисом составил $41,01 \pm 13,97$ лет, при этом преобладали лица в возрасте от 20 до 40 лет (50,4%). Гендерных различий не наблюдалось (женщины составили 51,2%). Почти половина (48,0%) больных получали ранее амбулаторное лечение по поводу сифилиса, как правило (в 77,8%), дюранными антибиотиками, часть больных получали специфическую терапию стационарно, около трети (35,0%) лечения не получали. У подавляющего большинства (97,5%) лечившихся пациентов сформировалась серорезистентность.

Изучен клинический патоморфоз нейросифилиса. Патогномоничных клинических проявлений нейросифилиса у подавляющего числа больных не обнаружено. Исключение составили 20 больных (16,3%) с синдромом Аргайл – Робертсона. У 80,5% пациентов обнаружены те или иные нарушения функции черепных нервов: расстройство зрения (62,6%), глазодвигательные нарушения (44,7%), недостаточность функции лицевого нерва (32,5%), снижение слуха (9,5%), недостаточность функции подъязычного нерва (9,5%) и др. Часто встречались расстройства вегетативных функций (83,7%) и неврозоподобные нарушения (72,3%). У многих (79,0%) больных отмечена различной степени выраженности атаксия, но лишь у 17 больных она носила сенситивный характер. Почти у половины (46,3%) больных выявлена пирамидная недостаточность, у пяти из них достигавшая степени пареза. У других пациентов обнаружено снижение коленных (14,7%) и ахилловых (24,4%) рефлексов, обычно сопровождающееся снижением мышечного тонуса. Нарушения чувствительности выявлялись не часто (18,7%). Иногда выявлялись корковые расстройства (11,1%).

Верификация диагноза во всех случаях проводилась путем исследования крови и ликвора на сифилис с использованием РМП, РСК, ИФА, РПГА. Для уточнения формы нейросифилиса проводили ДС брахиоцефальных артерий и ДТС артерий головного мозга, МРТ головы, выполняли ЭЭГ, исследовали зрительные, слуховые и соматосенсорные ВП, привлекали к обследованию ЛОР-врача и психиатра.

В результате комплексного обследования у большинства (60,2%) больных выявлены признаки менинговаскулярного нейросифилиса с рассеянной неврологической симптоматикой. Довольно часто (28,5% случаев) встречались классические формы нейросифилиса с четко очерченными клиническими проявлениями. У 18,7% пациентов диагностирован васкулярный нейросифилис, проявляющийся острыми нарушениями мозгового кровообращения. Только у

Ответственный автор – Колоколов Олег Владимирович.
Адрес: г. Саратов, ул. Б.Горная, 43.
Тел.: (845-2) 28-88-12.
E-mail: kolokolov@inbox.ru

пяти больных обнаружен специфический базальный менингит. В 5 случаях диагностирована классическая спинная сухотка, в двух случаях – прогрессивный паралич. У части больных (11,4%) выявлен асимптомный нейролюэс.

Несмотря на длительную историю изучения нейросифилиса, ряд проблем, связанных с систематизацией, диагностикой и лечением этой патологии, остаются нерешенными.

По мнению многих авторов [6, 12-15], клиническая картина современного нейросифилиса существенно претерпела изменения и отличается от описанной клинической картины в середине прошлого столетия. Тем не менее в доступной большинству практикующих врачей справочной литературе эти особенности отражены недостаточно полно. Собственный опыт диагностики нейросифилиса у большинства неврологов амбулаторного звена невелик, так как на протяжении нескольких десятилетий нейросифилис практически не регистрировался на территории Советского Союза. В городских стационарах случаи нейросифилиса уже не редкость, однако довольно часто развитие инсульта у больного с сифилисом не трактуется как васкулярный нейросифилис. Диагностические ошибки приводят к отсутствию своевременного адекватного лечения и серьезным последствиям для пациентов.

В наших наблюдениях довольно часто (28,5% случаев) встречались классические формы нейросифилиса. Диагностика их не вызывает затруднений, а симптомы описаны в литературе (сифилитический базальный и генерализованный менингит, менингомиелит, васкулярный сифилис с развитием инфаркта головного мозга, спинная сухотка, прогрессивный паралич, табопаралич) [6, 12-15]. Критериями достоверной диагностики нейросифилиса в этих случаях можно считать: во-первых, клинические признаки поражения нервной системы у больных сифилисом, соответствующие определенной форме нейролюэса, выявленные при стандартном неврологическом обследовании; во-вторых, положительные серологические и рахилогические реакции, традиционно используемые для диагностики сифилиса и нейросифилиса (РМГ, РСК, ИФА, РПГА).

Как и в исследованиях других авторов, среди наших пациентов доминировали случаи с рассеянной очаговой неврологической симптоматикой, которые в основном относятся к менинговаскулярному нейросифилису. Однако при отсутствии четко очерченных клинических проявлений достоверно доказать специфическое поражение церебральных сосудов, оболочек и вещества головного и (или) спинного мозга бывает весьма сложно. Даже используемые нами современные методики (ДС брахиоцефальных артерий и ДТС артерий головного мозга, МРТ головы, ЭЭГ, зрительные, слуховые и соматосенсорные ВП) не во всех случаях позволяют визуализировать структурные изменения в мезенхиме и паренхиме нервной системы и тем более доказать их специфическую этиологию. В некоторых сложных случаях доказать наличие у больного нейросифилиса удалось лишь после повторного (спустя несколько месяцев) исследования ликвора.

Истинный асимптомный нейросифилис, вероятно, встречается редко (по нашим данным – в 11,4% случаев). Гипердиагностика его связана с дефектами сбора анамнеза, недостаточно подробным обследованием (физикальным и параклиническим). При более детальном обследовании пациентов, не предъ-

являющих никаких жалоб, обычно удается выявить те или иные признаки повреждения нервной системы. Однако диагностика клинически манифестного нейросифилиса не должна сводиться к простой формуле: любые неврологические расстройства + сифилис = нейросифилис. В каждом таком случае необходимо уточнить этиологию неврологических нарушений и по возможности доказать их специфический характер при помощи дополнительных методов исследования.

На наш взгляд, важнейшее практическое значение в работе венерологов и неврологов имеет решение следующих вопросов: в каких случаях следует подозревать у больного сифилис нервной системы; каков объем обследования больного при подозрении на нейросифилис; каковы показания и сроки проведения люмбальной пункции; каковы критерии диагностики нейросифилиса; где и в течение какого времени должны лечиться больные нейролюэсом.

Заподозрить сифилис нервной системы можно у больного с любой формой сифилиса при наличии жалоб на головную боль и сопровождающие ее общемозговые феномены, нарушение зрения, головокружение, снижение слуха, при наличии жалоб невротического характера или связанных с вегетативной дисфункцией (включая синкопальные состояния), при наличии менингеальной и (или) любой очаговой неврологической симптоматики, особенно если эти жалобы и симптомы появились или выросли после заражения сифилисом и не имеют явной связи с сопутствующей патологией.

Во всех случаях подозрения на нейросифилис после осмотра дерматовенерологом и неврологом (желательно до начала антибактериальной терапии) требуется консультация окулистом (с осмотром глазного дна), консультация ЛОР-врачом (с проведением тональной аудиометрии), консультация терапевтом (на предмет наличия висцерального и сосудистого сифилиса). По показаниям проводится консультация психиатром, МРТ головы, ДС брахиоцефальных артерий и ДТС артерий головного мозга, ЭЭГ. Диагностическая ценность ВП, а также определения уровня маркеров повреждения мозговой ткани (например, белка S-100) требует дальнейшего изучения.

По большому счету все больные сифилисом нуждаются в осмотре неврологом, так как возможны малосимптомные формы или формы, при которых у больных отсутствуют жалобы, а клинические проявления нейролюэса имеют место.

Облигатными показаниями для проведения люмбальной пункции (после осмотра дерматовенерологом и неврологом, установления диагноза «сифилис» и желательно до начала антибактериальной терапии) можно считать следующие признаки: наличие клинических симптомов поражения нервной системы у больных сифилисом; длительность заболевания сифилисом более одного года при отсутствии (или при недостаточно адекватной) антибактериальной терапии; наличие серорезистентности; наличие у больного лейкодермы или алопеции. Кроме того, клинический и рахилогический контроль необходим через каждые 6 месяцев на протяжении не менее трех лет после установления впервые диагноза нейросифилиса.

Чем раньше будет проведено исследование цереброспинальной жидкости и подтвержден диагноз сифилиса нервной системы, тем раньше будет назначена адекватная специфическая терапия, а стало быть, выше шансы на выздоровление.

Не вызывает сомнений, что поражение нервной системы может наблюдаться в любом периоде сифилиса и проявляться в разных клинических формах. Такой клинически полиморфизм затрудняет стройную систематизацию форм нейросифилиса [16-18].

Существенное противоречие заложено в современном делении нейросифилиса на ранние и поздние формы согласно существующей в Российской Федерации классификации.

Дерматовенерологи, стремясь к созданию стройной классификации сифилиса, предложили все формы нейросифилиса, развившиеся в первые пять лет от момента заражения люэсом, считать ранними, а развившиеся спустя пять и более лет от момента заражения люэсом – поздними. С другой стороны, морфологи и неврологи традиционно дифференцировали мезенхимные (ранние) и паренхиматозные (поздние) формы сифилиса нервной системы, основываясь на характере патологических изменений в нервной системе, что хронологически не совпадает с обычной периодизацией сифилиса [12, 13, 19-24]. Со временем эти классификации слились воедино, что породило массу противоречий: паренхиматозную форму нейросифилиса спинную сухотку, развившуюся спустя 4 года от момента заражения люэсом, надо было считать ранним нейросифилисом, а асимптомный сифилитический менингит, диагностированный спустя 6 лет от момента заражения люэсом, – поздним нейросифилисом. Это не может не затруднять определение тактики лечения пациентов.

С целью устранения описанных проблем предлагаем усовершенствовать систематизацию нейросифилиса, отказавшись от деления на «ранние» и «поздние» формы.

В пользу отказа от существующей классификации есть и другие доводы. В настоящее время не существует методик, которые позволяют при жизни больного достоверно отличить мезенхимные (ранние) формы нейросифилиса от паренхиматозных (поздних). Кроме того, даже при изучении результатов аутопсий выявлено преобладание переходных форм нейролюэса: на ранних стадиях заболевания помимо признаков поражения мезенхимы часто обнаруживаются признаки поражения паренхимы, при поздних (паренхиматозных) формах признаки поражения мезенхимы сохраняются. Помимо этого, во многих случаях установить время возможного заражения сифилисом не представляется реальным вовсе, что может привести в диагностический тупик: как узнать, прошло ли 5 лет от момента возможного заражения сифилисом, если неизвестно, когда оно случилось?

Пожалуй, наиболее удачной, из предложенных ранее, можно считать классификацию Merritt (1946) [25]:

1. Асимптомный нейросифилис.
2. Сифилитический менингит.
3. Менинговаскулярный сифилис (МВС).
 - 3.1. Церебральный МВС (менингит, инсульт).
 - 3.2. Спинальный МВС (менингомиелит, инсульт).
4. Паренхиматозный нейросифилис.
 - 4.1. Прогрессивный паралич.
 - 4.2. Спинная сухотка.
 - 4.3. Табопаралич.
 - 4.4. Атрофия зрительного нерва.
5. Гуммозный нейросифилис.
 - 5.1. Гумма головного мозга.
 - 5.2. Гумма спинного мозга.

Однако за прошедшие более чем 60 лет появились новые данные о патогенезе, морфологии и кли-

нической картине нейросифилиса, что позволяет внести в эту классификацию некоторые уточнения.

Дифференцировка форм в рамках менинговаскулярного нейросифилиса в настоящее время также усложняется. Согласно канонам классической неврологии диагноз «менингит» можно установить лишь при наличии воспалительных изменений в ликворе. А как быть в ситуации, когда люмбальная пункция проводится спустя несколько дней от момента начала массивной антибактериальной терапии, уже назначенной по поводу манифестного сифилиса? С другой стороны, несмотря на развитие совершенных методов нейровизуализации [12, 13, 26-31], отличить васкулярную форму нейросифилиса от менинговаскулярной при отсутствии явных клинических и параклинических признаков инсульта, дифференцировать прогрессивный паралич и васкулярный нейросифилис с множественными очагами инфарктов головного мозга крайне затруднительно. Так же сложно точно определить этиологию нарушения мозгового кровообращения у больного сифилисом, страдающего атеросклерозом и (или) артериальной гипертензией. Кроме того, в связи с появлением множества «стертых» случаев нейросифилиса появилась необходимость отдельно выделить малосимптомную (олигосимптомную) форму менинговаскулярного нейросифилиса.

Систематизация форм нейросифилиса:

1. Менинговаскулярные формы:

☆ **с преимущественным поражением оболочек мозга:**

• менингиты:

- ✓ генерализованный менингит,
- ✓ базальный менингит,
- ✓ локальный гранулематозный менингит (гумма);

• менингоэнцефалиты, менингомиелиты, менингоэнцефаломиелиты;

☆ **с преимущественным поражением сосудов мозга:**

- острые нарушения мозгового кровообращения;
- хронические нарушения мозгового кровообращения;

☆ **с преимущественным поражением периферической нервной системы:**

- радикулопатии;
- невропатии;
- полиневропатии;

☆ **с диффузным поражением нервной системы:**

- с рассеянной неврологической симптоматикой;
- олигосимптомная форма;

☆ **асимптомная форма.**

2. Паренхиматозные формы:

- ☆ **спинная сухотка;**
- ☆ **прогрессивный паралич;**
- ☆ **табопаралич.**

Как правило, сифилис характеризуется диффузным поражением нервной системы, однако во многих случаях при менинговаскулярных формах целесообразно указать распространенность и локализацию

патологического процесса: церебральная, спинальная или цереброспинальная форма. Это касается прежде всего форм с преимущественным поражением оболочек мозга (церебральные и цереброспинальные менингиты, гуммы головного и спинного мозга, менингоэнцефалиты, менингомиелиты и менингоэнцефаломиелиты), а также форм с преимущественным поражением сосудов мозга (церебральные и спинальные инсульты, хроническая ишемическая болезнь головного мозга и сосудистая миелопатия).

При уточнении форм с преимущественным поражением периферической нервной системы необходимо указать характер и локализацию патологического процесса согласно общепринятым правилам (например, специфическая правосторонняя радикулопатия C₅-C₇ или специфическая невропатия левого лицевого нерва).

В некоторых случаях для определения тактики ведения больного, планирования медицинской помощи и реабилитации целесообразно указать ведущие неврологические синдромы: болевой синдром, атаксия, гемипарез, парапарез, симптоматическая эпилепсия, атрофия зрительных нервов, нейросенсорная тугоухость, когнитивные нарушения и др.

Уточнение стадии спинной сухотки и формы прогрессивного паралича необходимо проводить в соответствии с канонами классической неврологии и психиатрии.

К сожалению, даже после адекватного специфического лечения в 30% случаев возможен клинический и серологический рецидив нейролюэса. Дополнительные сложности в лечении таких больных возникают в связи с тем, что в стандарты помощи, разработанные для лечения больных сифилисом в условиях венерологических стационаров, не входят нейротропные препараты, а схемы антибактериальной терапии нейросифилиса не в полной мере учитывают современные особенности заболевания. Изменение подходов к диагностике и систематизации нейролюэса позволит оптимизировать схемы лечения, принятые при нейросифилисе.

Таким образом, своевременная точная диагностика и рациональная комплексная терапия позволяет рассчитывать на успех в лечении больных сифилисом нервной системы.

Библиографический список

1. Прохоренков В.И., Гринштейн А.Б., Родиков М.В. Современные аспекты нейросифилиса. Красс ГМА, 1999. 120 с.
2. Сифилитический менингомиелит / Д.Р. Штульман, О.К. Лосева, Д.В. Артемьев [и др.] // Неврологический журнал. 1998. № 1. С. 24-30.
3. Marra C.M. Neurosyphilis // University of Washington, Seattle, USA-Current Neurology and Neuroscience Reports. 2004. № 4. P. 435-440.
4. Проблема сифилиса центральной нервной системы / Кулагин В.И., Селицкий Г.Д., Богуш П.Г. [и др.] // Вестник дерматологии. 2003. № 2. С. 63-65.
5. Лосева О.К., Тактамышева Э.Ш. Современный нейросифилис: клиника, диагностика, лечение // Русский медицинский журнал. 1998. № 15. С. 11-13.
6. Милич М.В. Эволюция сифилиса. М.: Медицина, 1987. 158 с.
7. О некоторых спорных вопросах эволюции сифилиса / В.И. Прохоренков, С.Н. Шерегин, Ю.В. Карачаева, Л.А. Охотникова // ИППП. 2003. № 1. С. 17-20.
8. Burke J.M., Schaberg D.R. Neurosyphilis in the antibiotic era // Neurology. 1985. № 35 (9). P. 1368-1371.
9. Hook E.W., Marra C.M. Acquired syphilis in adults // N. Engl. J. Med. 1992. № 16. P. 1060-1069.
10. Современная ситуация по болезням, передаваемым половым путем, в России и тенденции ее развития / Н.И. Брико, И.П. Иваненко, А.И. Громыко, Л.И. Тихонова // Эпидемиология и инфекционные болезни. 1999. № 1. С. 4-6.
11. Central nervous system involvement in early and late syphilis: The problem of asymptomatic neurosyphilis / E.C. Wolters, E.A. Hische, J.A. Tutuarima [et al.] // J. Neurol. Sci. 1988. № 88 (1-3). P. 229-239.
12. Самцов А.В., Теличко И.Н., Иванов А.М. Нейросифилис: Современные представления о диагностике и лечении: Руководство для врачей / Под ред. А.В. Самцова. СПб.: Спецлит, 2006. 128 с.
13. Яковлев Н.А., Дубенский В.В. Нейросифилис (клиника, диагностика и лечение) / Под ред. В.В. Дубенского. Тверь, 2004. 175 с.
14. Маргулис М.С. Хронические инфекционные и паразитарные заболевания нервной системы. М.: Медгиз, 1938. С. 9-159.
15. Нейросифилис (патогенез, диагностика, лечение) / В.И. Прохоренков, Д.Н. Мисенко, Ю.В. Карачаева [и др.] // Вестник дерматологии и венерологии. 2003. № 2. С. 57-60.
16. Карлов В.А., Паршина Н.И., Дрепа О.И. Случай табопаралича // Неврологический журнал. 1998. № 6. С. 11-12.
17. Нейросифилис с психическими и двигательными расстройствами – менинговаскулярный сифилис или прогрессивный паралич? / В.А. Парфенов, Н.В. Вахина, О.К. Лосева [и др.] // Неврологический журнал. 2003. № 3. С. 29-32.
18. Хронический сифилитический менингоэнцефалит с нормотензивной гидроцефалией («прогрессирующий паралич») / Н.Н. Яхно, И.В. Дамулин, И.Ю. Савушкина [и др.] // Неврологический журнал. 2009. № 4. С. 34-41.
19. Инфекции, передающиеся половым путем / Руководство для врачей. Под ред. Ю. К. Скрипкина. М., 2000. 206 с.
20. Инфекции, передающиеся преимущественно половым путем / Под ред. С.И. Данилова. М.: СПбГИА им. И.И. Мечникова, 2001. 40 с.
21. Клиника, диагностика и лечение сифилитического поражения нервной системы: Учеб.-метод. пособие / Под ред. Г.А. Хачатуряна [и др.]. Краснодар, 1999. 80 с.
22. Кожные и венерические болезни: Руководство для врачей: В 4 т. Т. 4 / Под ред. Ю.К. Скрипкина. М.: Медицина, 1996. 352 с.
23. Кожные и венерические болезни / Под ред. О.К. Шапошникова. М.: Медицина, 1985. 368 с.
24. Нейросифилис: Клинические формы, течение, диагностика: Учебное пособие / Под ред. Т.Г. Маховской [и др.]. Хабаровск, 1998. 27 с.
25. Merritt H.H., Adams R.D., Solomon H.C. Neurosyphilis. New York: Oxford University Press, 1946.
26. Diffuse cerebral white matter T2-weighted hyperintensity: A new finding of general paresis / F. Alam, H. Yasutomi, H. Fukuda [et al.] // Acta Radiologica. 2006. № 47 (6). P. 609-611.
27. Srivastava T., Thussu A. MRI in syphilitic meningomyelitis // Neurology India. 2000; № 48 (2). P. 196-197.
28. Yu Mi Jeong, Hee Young Hwang, Hyung Sik Kim. MRI of Neurosyphilis Presenting as Mesiotemporal Abnormalities: a Case Report // Korean J. Radiol. 2009. № 10 (3). P. 310-312.
29. Quinn P., Weisberg L. Cerebral Syphilitic Gumma // N. Engl. J. Med. 1997. № 336. P. 1027-1028.
30. Intracranial syphilitic gumma resembling malignant brain tumour / B.S. Darwisha, A. Fowler, M. Onga [et al.] // Journal of Clinical Neuroscience. 2008. № 15 (3). P. 308-310.
31. Neurosyphilis With Unilateral Optic Tract Lesion Causing Homonymous Hemianopia / K. Iwamoto, J. Aoyagi, T. Kiyozuka [et al.] // The Neurologist. 2009. № 15 (6). P. 345-346.