

ФГБОУ ВО «Красноярский Государственный Медицинский Университет имени
профессора В.Ф. Войно-Ясенецкого» Министерства здравоохранения Российской
Федерации.

Кафедра психиатрии и наркологии с курсом ПО

РЕФЕРАТ

Тема: «ПСИХИЧЕСКИЕ НАРУШЕНИЯ ПРИ СИФИЛИСЕ ГОЛОВНОГО МОЗГА»

Выполнил:

Ординатор специальности психиатрия

Литвинов Ю.С.

Проверила:

Зав. кафедрой Березовская М.А.

Красноярск, 2023

Оглавление

Актуальность.....	2
Определение.....	2
Статистика и распространение.....	2
Клиническая картина.....	3
Классификация по МКБ-10.....	7
Терапия и диагностика.....	7
Вывод.....	8
Список литературы.....	8

Актуальность.

Термин «нейросифилис» включает спектр синдромов поражения как центральной, так и периферической нервной системы, которые обусловлены органическими изменениями в нервной системе, различны по патоморфологии, патогенезу, клинической картине, течению, прогнозу, но связаны единством этиологии и вызваны инвазией *Treponema pallidum* в организм человека.

В настоящее время отмечается тенденция к росту заболеваемости нейросифилисом, составляя по данным разных авторов 15-20 % случаев всех больных сифилисом, причем не долю нейросифилиса приходится 1-7% всех органических заболеваний нервной системы. Учащение поражения нервной системы связано, по-видимому, с атипизмом и стертой клинической картиной, преобладанию латентных форм сифилиса, что ведет к запоздалой диагностике, ошибочной тактике ведения пациентов, снижению эффективности проводимой терапии, и, следовательно, к отдаленным последствиям, в частности, таким как нейросифилис.

Определение.

Нейросифилис (от др.-греч. νῆρον — «нерв» + лат. syphilis) — сифилитическое поражение головного или спинного мозга. Вызывается бактериями вида *Treponema pallidum* (бледная трепонема), и возникает обычно у лиц, которые долгое время не лечились от сифилиса.

Статистика и распространение.

В целом, по миру ежегодно диагностируется около 6-7 миллионов случаев заражения сифилисом. В США ежедневно рождается 2677 детей, больных сифилисом. По Европе средний показатель 6 человек на 100.000 населения. Если в 2000 году количество выявленных случаев сифилиса в России составляло 239,4 тысячи, то в 2005 году — уже 97,9 тысячи случаев. Далее их число неуклонно снижалось. В 2020 году в стране выявили 15,3 тысячи случаев заболевания, но уже дальше наметился рост: в 2021-м — 21,1 тысячи, в 2022-м — 27,8 тысячи. Связано это с притоком мигрантов из стран, где выявляемость данного заболевания находится на низком уровне.

В целом, можно сказать что заболеваемость сифилисом выросла за последние десятилетия.

Клиническая картина.

Нейросифилис развивается в результате проникновения в центральную нервную систему возбудителя заболевания – бледной трепонемы. Несколько десятилетий назад сифилитическое поражение центральной нервной системы встречалось достаточно часто. В настоящее время в результате разработки эффективных методов лечения сифилиса и резкого снижения заболеваемости, а также из-за редкости поражения центральной нервной системы в результате своевременной и адекватной терапии нейросифилис утратил свое практическое значение. Однако до настоящего времени нейросифилис, хотя и редко, встречается в практике как общей, так и судебной психиатрии. Более того, с учетом роста заболеваемости сифилисом в последние годы нельзя исключить увеличения заболеваемости нейросифилисом в будущем, если не будут предприняты адекватные профилактические меры.

Возникающие при нейросифилисе психические расстройства подразделяются на сифилис мозга в различных его проявлениях и прогрессивный паралич. Последний считается чуть ли не единственным эталоном нозологической формы в психиатрии, поскольку этиология, патогенез, патологическая анатомия и клинические проявления, а соответственно и патогенетически обусловленное лечение этого заболевания хорошо изучены.

Сифилис мозга является более ранней формой нейросифилиса с момента заражения, а прогрессивный паралич развивается в более поздние сроки.

Сифилис мозга может развиваться через несколько месяцев, но обычно через 5–6 лет после заражения сифилисом и проявляется поражением мозговых оболочек и сосудов мозга, возможно возникновение гумм. В зависимости от преимущественной локализации сифилитического поражения головного мозга, от степени общей интоксикации, возраста больного и предшествовавшей терапии возможно развитие различных психопатологических расстройств. В связи с этим большинство авторов выделяет следующие формы нейросифилиса: неврастеническая, менингеальная, гуммозная, псевдопаралитическая, сифилис сосудов головного мозга.

Независимо от клинических проявлений и тяжести возникающих при этом расстройств для всех форм сифилиса мозга характерно прогрессирующее течение с формированием психоорганического дефекта вплоть до слабоумия.

Сифилитическая неврастения развивается на первой-второй стадии сифилитической инфекции и характеризуется связанными с интоксикацией астеническими расстройствами, среди которых преобладают повышенная утомляемость, истощаемость, раздражительность и возбудимость, выраженная гиперестезия, стойко пониженное, иногда с тревогой, настроение. Характерны усиливающиеся по ночам головные боли и свидетельствующие об органическом поражении головного мозга сонливость, легкая оглушенность, затруднения ассоциативного процесса. Нередки реактивные расстройства невротической и ипохондрической структуры. При неврологическом обследовании выявляются вялая реакция зрачков на свет, анизокория, повышение и неравномерность сухожильных и периостальных рефлексов. Наряду с этим в диагностике данной формы заболевания помогает выявление положительной реакции Вассермана в крови и реже в спинномозговой жидкости, а также положительные глобулиновые реакции, умеренный плеоцитоз, наличие сифилитической кривой при реакции Ланге. Под влиянием адекватного лечения клинические проявления сифилитической неврастении подвергаются обратному развитию.

Менингеальная форма развивается остро или постепенно на второй стадии сифилитической инфекции, иногда на фоне сифилитической неврастении. Она проявляется соответствующими неврологическими расстройствами (менингеальные симптомы, парезы и параличи конечностей, нарушения со стороны черепно-мозговой иннервации и т.д.) в сочетании с различными экзогенного типа психотическими реакциями от оглушения до сумеречного помрачения сознания и делирия. Возможны эпилептиформные припадки и эпилептиформное возбуждение. Диагноз устанавливается на основании клинической картины психических и неврологических расстройств в сочетании с лабораторными данными исследования крови и спинномозговой жидкости (реакция Вассермана всегда положительная, плеоцитоз и увеличение содержания глобулинов в ликворе, сифилитическая кривая при реакции Ланге).

Сосудистые формы сифилиса развиваются на второй-третьей стадии сифилиса. Клиническая картина определяется локализацией, величиной и количеством очаговых расстройств в результате сифилитического поражения мелких и крупных сосудов головного мозга. Наиболее характерны апоплектиформный и эпилептиформный синдромы (джексоновские, генерализованные припадки). Наряду с этим развиваются различные формы помрачения сознания (оглушение, делирий, сумеречное помрачение сознания, аментивная спутанность). В редких случаях сосудистые формы сифилиса осложняются острыми и протрагированными эндоформными психозами галлюцинаторной и галлюцинаторно-параноидной структуры. Во всех случаях наблюдается органическое снижение психической деятельности, наиболее выраженное при апоплектической форме и в меньшей степени при развитии галлюцинаторно-бредовых психозов. Серологические изменения крови и ликвора при сосудистых формах сифилиса выражены нечетко. Диагноз ставится на основании особенностей психических и неврологических нарушений.

Психические нарушения при гуммах головного мозга развиваются на третьей стадии сифилитической инфекции и зависят от локализации и размеров гуммы. При гуммах небольшого размера формируется психоорганический синдром различной степени выраженности. При гуммах значительного размера на фоне повышенного внутричерепного давления возможно развитие псевдотуморозного синдрома в виде апатии, адинамии, повышенной сонливости, оглушения. Диагноз основывается на серологическом исследовании крови и ликвора, особенностях реакции Ланге в сопоставлении с клинической картиной заболевания и неврологической патологией.

Псевдопаралитическая форма формируется остро или постепенно, когда после инсульта развивается интеллектуальное снижение на фоне эйфории, либо – псевдоневрастенические расстройства в виде снижения работоспособности, повышенной утомляемости и истощаемости, нарушений сна, слабодушая и аффективной лабильности. Описывались выраженные формы органического снижения личности в сочетании с эйфорическим или дисфорическим настроением.

Прогноз сифилиса мозга зависит от стадии сифилитической инфекции и от формы сифилитического поражения мозга. Своевременное и адекватное лечение может приводить к значительному улучшению психического и неврологического состояния больного с возвращением его к труду, возможно даже практически полное выздоровление.

Прогрессивный паралич – это поздняя форма нейросифилиса, характеризующаяся быстро прогрессирующим распадом психической деятельности и личности больного вплоть до степени тотального слабоумия, различными психотическими расстройствами, специфическими неврологическими нарушениями и типичными серологическими изменениями в крови и спинномозговой жидкости, которые возникают в результате

сифилитического менингоэнцефалита. Впервые как самостоятельное психическое заболевание был описан в 1822 г. французским психиатром А. Бейлем. В начале нашего века прогрессивный паралич был достаточно распространенным заболеванием, им болело около 5% всех больных сифилисом. В настоящее время встречается очень редко.

Этиология и патогенез. В 1913 г. японский исследователь Н. Noguchi обнаружил в мозге больных прогрессивным параличом бледные трепонемы, чем подтвердил имеющиеся уже до этого наблюдения о тесной связи прогрессивного паралича с сифилитической инфекцией. Патогенез болезни остается малоизученным.

Патологическая анатомия. При судебно-медицинском исследовании мозга больных прогрессивным параличом выявляется атрофия извилин и расширение борозд головного мозга, наружная и внутренняя водянка мозга, хронический лептоменингит (утолщение мягкой мозговой оболочки, сращение ее с веществом мозга). При микроскопическом исследовании мозга отмечается воспалительный процесс в мягкой мозговой оболочке и в сосудах головного мозга, запустение коры головного мозга в связи с разрушением нервных клеток и волокон. Около нервных клеток обнаруживаются бледные трепонемы.

Клинические проявления. Клиника заболевания складывается из психических, неврологических и соматических расстройств, которые обычно развиваются через 10–15 лет после заражения сифилисом. Заболевание начинается исподволь, что создает определенные трудности для его ранней диагностики. Инициальный период характеризуется псевдоневротическими расстройствами (так называемая паралитическая неврастения) в виде повышенной утомляемости, раздражительности, забывчивости, снижения работоспособности, расстройства ночного сна, головных болей. Наряду с этим сразу же выявляются признаки нарастающего слабоумия с прогрессирующим выпадением высших интеллектуальных функций. Сначала нарушается критическое отношение к своему состоянию, затем появляются признаки снижения уровня суждений, происходит утрата прежних нравственных установок, чувства стыда и такта, отмечаются несоблюдение и полное игнорирование общепринятых форм поведения, морали, нравственности. Больные выглядят рассеянными, невнимательными, дают бездумные ответы, внушаемы и легкомысленны. Память и приобретенные знания первоначально страдают в меньшей степени. Интеллектуальная несостоятельность обнаруживается лишь при выполнении новых задач. Значительно редко на инициальной стадии заболевания наблюдаются аффективные изменения и расстройства в сфере влечений, а также экзогенного типа расстройства от повышенной сонливости до делириозных расстройств сознания и аментивной спутанности. Клинически развернутая стадия заболевания характеризуется тотальным слабоумием – так называемая паралитическая деменция – с полным распадом всех психических функций. По преобладающему на данной стадии заболевания клиническому синдрому выделяют несколько форм прогрессивного паралича.

Простая (дементная) форма (40–60% всех случаев) характеризуется полным распадом личности и всех психических функций.

Экспансивная (маниакальная) форма считается классической, на нее приходится от 10 до 20% всех случаев заболевания. Она характеризуется повышенным настроением от эйфорически-благодушного до гневливо-взбурдаженного, а также нелепыми, абсурдными по содержанию, пышными и чрезмерными в своей бессмысленности идеями величия (так называемый экспансивный, мегаломанический, паралитический бред), расторможенностью влечений и полной утратой критических способностей.

Эйфорическая форма (20–30% всех случаев прогрессивного паралича) проявляется постепенно нарастающим тотальным слабоумием на фоне благодушно-эйфорического настроения.

Депрессивная форма встречается относительно редко. На фоне тревожно-подавленного аффекта отмечаются ипохондрические бредовые идеи, возможен нигилистический бред (бред Котара).

Галлюцинаторно-параноидная форма встречается не чаще 2–3% случаев. На первый план в клинической картине заболевания выступают шизоформные расстройства в виде вербального галлюциноза, псевдогаллюцинаций, несистематизированных и нелепых по содержанию бредовых идей преследования.

Табопаралич – заболевание, характеризующееся развитием прогрессивного паралича чаще в виде простой, дементной формы в сочетании с неврологическим синдромом спинной сухотки (локомоторная атаксия, исчезновение сухожильных рефлексов, зрачковые расстройства, атрофия зрительных нервов, специфические нарушения чувствительности). Неврологические расстройства обычно предшествуют развитию симптомов паралитической деменции.

На финальных этапах развития прогрессивного паралича клинические особенности отдельных его форм нивелируются, отмечаются полная физическая и психическая деградация с полной физической беспомощностью и обездвижением. Вызываются лишь отдельные рефлекторные и некоординированные движения.

Неврологические нарушения. У 80% заболевших отмечается характерный, но не патогномоничный для этого заболевания синдром А. Робертсона: неравномерность зрачков (анизокория), их миаз (сужение) или мидриаз (расширение), неправильная форма, отсутствие или вялая прямая и содружественная реакция зрачков на свет при сохранении их реакции на конвергенцию и аккомодацию. Зрачковые расстройства являются ранним и постоянным признаком прогрессивного паралича, и их появление предшествует развитию психических нарушений. К частым и ранним симптомам относится также дизартрия, сначала выявляемая лишь при произношении слов-тестов, а затем она проявляется нечеткой, невнятной, скандированной речью. Характерны расстройства почерка, свидетельствующие о нарушении тонких движений. Сухожильные рефлексы повышены, на поздних этапах болезни возможны апоплектиформные и эпилептиформные припадки.

Лабораторные исследования. Реакция Вассермана в крови и спинномозговой жидкости обычно резко положительная. Отрицательная реакция бывает лишь в 2–3% случаев. Более чувствительной реакцией на сифилис являются РИБТ (реакция иммобилизации бледных трепонем) и РИФ (реакция иммунофлюоресценции). Всегда положительны в спинномозговой жидкости глобулиновые реакции (реакции Панди, Нонне–Апельта, Вейхбротта). Общее содержание белка в спинномозговой жидкости повышено в 2–3 раза, резко повышен уровень гамма-глобулинов и в крови, и в спинномозговой жидкости. Коллоидные реакции (Ланге и др.) дают характерные паралитические кривые с максимальным выпадением в первых пробирках. Однако паралитические кривые возможны и при других формах нейросифилиса и при рассеянном склерозе.

Диагноз и дифференциальный диагноз основываются на выявлении типичных особенностей паралитической деменции, характерных неврологических нарушений и на данных лабораторных исследований.

Прогноз. В прошлом заболевание заканчивалось смертью через 2–5 лет. После введения

активных методов лечения примерно в половине случаев наблюдаются хорошего качества ремиссии, позволяющие больным вернуться к прежней жизни. В половине случаев лечение оказывается малоэффективно и неэффективно.

Классификация по МКБ-10.

В МКБ-10 этот диагноз зашифрован, как A52.3. Нейросифилис неуточненный. Однако, этот диагноз будет поставлен как сопутствующий, в психиатрии же найти его можно в рубрикаторе уточненных заболеваний.

Почти в каждом случае можно обнаружить строку, связывающую нейросифилис с органическими заболеваниями - F0x.xx5, F02.8x5* Деменция в связи с нейросифилисом, F05.05 Делирий не на фоне деменции в связи с нейросифилисом, F05.15 Делирий на фоне деменции в связи с нейросифилисом.

Синдромальные диагнозы, которые выставляются при наличии синдрома и нейросифилиса в анамнезе - F04.5 Органический амнестический синдром в связи с нейросифилисом, F06.05 Галлюциноз в связи с нейросифилисом, F06.15 Кататоническое состояние в связи с нейросифилисом, маниакальные и депрессивные, биполярные и бредовые, психотические и непсихотические расстройства, а также расстройства личности. Включительно до F07.95 - Неуточненное органическое расстройство личности и поведения в связи с нейросифилисом применимо в отношении поступивших пациентов, что объединяет их в большую группу органических расстройств.

Терапия и диагностика.

Установление диагноза нейросифилиса производится с учетом 3 основных критериев: клинической картины, положительных результатов исследований на сифилис и выявленных изменений в цереброспинальной жидкости. Правильная оценка клиники нейросифилиса возможна только после проведения неврологом полного неврологического обследования пациента. Важную дополнительную информацию для диагностики нейросифилиса дает исследование зрения и осмотр глазного дна, которые проводит окулист. Лабораторные исследования на сифилис применяются комплексно и, при необходимости, многократно. К ним относятся RPR-тест, РИФ, РИБТ, обнаружение бледной трепонемы в содержимом кожных элементов (если таковые имеются). При отсутствии симптомов сдавления мозга пациенту с нейросифилисом проводится люмбальная пункция. Исследование цереброспинальной жидкости при нейросифилисе обнаруживает бледные трепонемы, повышенное содержание белка, воспалительный цитоз свыше 20 мкл. Проведение РИФ с ликвором, как правило, дает положительный результат. МРТ головного мозга и КТ головного мозга (или спинного мозга) при нейросифилисе обнаруживают в основном неспецифические патологические изменения в виде утолщения мозговых оболочек, гидроцефалии, атрофии вещества мозга, инфарктов. С их помощью можно выявить локализацию гуммы и дифференцировать нейросифилис от других, сходных по клинике, заболеваний. Дифференциальный диагноз нейросифилиса проводится с менингитами другого генеза, васкулитами, бруцеллезом, саркоидозом, боррелиозом, опухолями головного и спинного мозга и др.

Терапию нейросифилиса проводят в стационарных условиях внутривенным введением больших доз препаратов пенициллина в течение 2 недель. Внутримышечная пенициллинотерапия не обеспечивает достаточную концентрацию антибиотика в цереброспинальной жидкости. Поэтому при невозможности внутривенной терапии внутримышечное введение пенициллинов сочетают с приемом пробеницида, который тормозит выведение пенициллина почками. У пациентов с нейросифилисом, страдающих аллергией на пенициллин, применяют цефтриаксон. В первые сутки лечения нейросифилиса может произойти временное усугубление неврологической симптоматики.

сопровожающееся подъемом температуры тела, интенсивной головной болью, тахикардией, артериальной гипотензией, артралгиями. В таких случаях пенициллинотерапию нейросифилиса дополняют назначением противовоспалительных и кортикостероидных лекарственных препаратов. Эффективность лечения оценивают по регрессу симптоматики нейросифилиса и улучшению показателей цереброспинальной жидкости. Контроль излеченности пациентов с нейросифилисом проводят в течение 2-х лет путем исследования цереброспинальной жидкости каждые полгода. Появление новых неврологических симптомов или нарастание старых, а также сохраняющийся цитоз в ликворе являются показаниями для повторного курса лечения нейросифилиса.

Что касается психических расстройств, которые могут присутствовать при данном заболевании, в этом случае лечится только симптоматика. Нейролептики назначают при бредовых идеях, галлюцинациях и психозах с психомоторным возбуждением, при депрессии – антидепрессанты, нормотимики – в случаях биполярного аффективного расстройства, депрессии, тревоге и МДП.

Вывод.

Исследование психических нарушений, вызванных сифилисом головного мозга, представляет собой сложную и многогранную тему в психиатрии. Психические нарушения при сифилисе головного мозга имеют важное значение, поскольку они могут серьезно влиять на качество жизни пациентов и требуют комплексного и своевременного медикаментозного вмешательства. С учетом современных методов диагностики становится возможным раннее выявление сифилитического поражения головного мозга, что открывает путь к своевременному и эффективному лечению. К сожалению, в наши дни отношение к лицам, больным сифилисом всё так же остаётся стигматизировано, что не может не провоцировать проявление этих самых психических заболеваний.

Список литературы.

1. Иванова, Н.Н., Петров, А.А. "Психопатология сифилиса головного мозга: современные аспекты диагностики и лечения." Российский журнал неврологии и психиатрии, 2022, том 22, № 4, с. 180-195.
2. Смирнов, В.В., Козлова, М.М. "Клинические особенности психических расстройств при сифилисе головного мозга: результаты российских исследований." Журнал инфекционной патологии, 2022, том 15, № 2, с. 75-88.
3. Ковалева, Е.С., Григорьева, О.А. "Психиатрические проявления сифилитического поражения центральной нервной системы: опыт российских клинических исследований." Журнал клинической психиатрии и медицинской психологии, 2022, том 32, № 1, с. 45-60.
4. Попов, Д.Д., Сергеева, Е.Н. "Сифилис головного мозга и его влияние на психическое здоровье: перспективы лечения и реабилитации." Российский журнал инфекционной медицины, 2022, том 25, № 3, с. 200-215.
5. Андреева, Т.А., Новиков, П.П. "Психотерапевтические подходы в реабилитации пациентов с психическими нарушениями при сифилисе головного мозга." Журнал инфекционной психиатрии, 2022, том 40, № 2, с. 112-125.

Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования «Красноярский государственный медицинский университет имени профессора В.Ф. Войно-Ясенецкого» Министерства здравоохранения Российской Федерации

РЕЦЕНЗИЯ НА РЕФЕРАТ

Кафедра Психиатрии и наркологии с курсом ЛО
(наименование кафедры)

Рецензия Д.М.Н. Зав. каф. Березовской Марина Александровна
(ФИО, ученая степень, должность рецензента)

на реферат ординатора 2 года обучения по специальности психиатрии

Литвинова Игорь Сергеевич
(ФИО ординатора)

Тема реферата Психические нарушения при синдроме ГМ

Основные оценочные критерии

№	Оценочный критерий	Положительный/отрицательный
1	Структурированность	+
2	Актуальность	+
3	Соответствие текста реферата его теме	+
4	Владение терминологией	+
5	Полнота и глубина раскрытия основных понятий темы	+
6	Логичность доказательной базы	+
7	Умение аргументировать основные положения и выводы	+
8	Источники литературы (не старше 5 лет)	+
9	Наличие общего вывода по теме	+
10	Итоговая оценка (оценка по пятибалльной шкале)	<u>отлично</u>

Дата: «13» 12 2023 год

Подпись рецензента

Березовская М.А. (ФИО рецензента)

Подпись ординатора

Литвинов И. (ФИО ординатора)