

СОВРЕМЕННОЕ ТЕЧЕНИЕ СИФИЛИТИЧЕСКОЙ ИНФЕКЦИИ

PRESENT TREND IN SYPHILITIC INFECTION

**A. Bagirova
K. Lomonosov**

Summary. The aim of the study. To describe the present course of syphilitic infection basing on University clinics data.

Materials and methods. Studying 1600 case histories of syphilis-positive patients.

Results. Retrospective analysis of cases since 2007 demonstrates that starting from 2015 late forms of syphilis tend to increase. In most cases late forms of syphilis are presented with neurosyphilis and cardiovascular syphilis. Spearman rank correlation for the period between 2007 and 2017 demonstrates the straight-line correlation ($r_s=0,9$ when $p=0,01$) between late forms of syphilis and late neurosyphilis.

Conclusion. During recent years early and late forms of neurosyphilis and syphilitic lesions of cardiovascular system tend to increase in Moscow.

Keywords: syphilis, neurosyphilis, cardiovascular syphilis.

Багирова Айна Алиахмедовна

Врач дерматовенеролог, Аспирант, Первый МГМУ
им. И. М. Сеченова Минздрава России
bagirovaayna1405@gmail.com

Ломоносов Константин Михайлович

Д.м.н., профессор, Первый МГМУ им. И. М. Сеченова
Минздрава России

Аннотация. Цель исследования. Изучение современного течения сифилитической инфекции в г. Москве по данным университетских клиник.

Материалы и методы исследования. Изучены данные 1600 историй болезни с положительной реакцией на сифилис.

Результаты. Проведенный ретроспективный анализ историй болезни, начиная с 2007 года, выявил, что начиная с 2015 года, наблюдается тенденция к росту поздних форм сифилиса. В подавляющем большинстве случаев, поздние формы сифилиса проявлялись в виде нейросифилиса и кардиоваскулярного сифилиса. Корреляционный анализ rs-Спирмена показал на период с 2007–2017 гг. сильную связь ($r_s=0,9$ при $p=0,01$) между поздними формами сифилиса и поздним нейросифилисом.

Заключение. За последние годы в Москве наметилась тенденция, увеличения случаев ранних и поздних форм нейросифилиса и сифилитического поражения сердечно-сосудистой системы.

Ключевые слова: сифилис, нейросифилис, кардиоваскулярный сифилис.

Москва является динамично растущим мегаполисом, который возглавляет самую мощную городскую агломерацию России с интенсивными миграционными процессами. Данные процессы влияют на общую клиническую картину инфекционных заболеваний, в том числе и на сифилис.

В связи с современным патоморфозом сифилиса, который обусловлен изменением как со стороны человеческого организма, так и патогенности *Treponema pallidum*, а также современными социально экономическими аспектами развития общества, в настоящее время отмечается рост преимущественно скрытых и поздних форм в структуре заболеваемости сифилисом, что подтверждается проводимыми эпидемиологическими наблюдениями [8, с. 160; 6, с. 359].

Со времен стабилизации заболеваемости сифилисом в 2009 году, в 2016 году произошли кардинальные соотношения форм сифилиса у жителей г. Москвы. Если доля врожденного, первичного и вторичного сифилиса остается практически без изменений, за весь рассматриваемый период — 0,2–0,4%, 6,0–8,7% и 16,3–17,3%, то увеличился удельный вес поздних форм заболевания (с 13,4%

в 2009 г. до 27,7% в 2016 г.), в том числе нейросифилиса (с 0,7% до 7,0%) [9, с. 30; 5, с. 100]. В связи с этим представляется актуальным глубокий анализ сложившейся ситуации.

Проведенный нами анализ 1600 историй болезни с положительной реакцией на сифилис, находящихся в архиве, на стационарном или амбулаторном лечении в хирургических, терапевтических, неврологических, психиатрических и акушерско-гинекологических клиниках Первого Московского государственного медицинского университета им. И. М. Сеченова, позволил изучить структуру заболеваемости сифилисом, провести анализ причин возникновения, методов диагностики и лечения пациентов с различными формами сифилитической инфекции за период с 2007–2017 гг.

Всего в исследование включено 1600 больных, возраст пациентов варьировал от 18 и до 75 лет. Как показал анализ полученных данных, за период с 2007 по 2017 г. общая заболеваемость сифилисом носила волнообразный характер. Так с 2008 по 2010 год наблюдался рост ранних форм третичного сифилиса, с незначительным снижением в 2011, в 2012 и 2013 годах (табл. 1).

Таблица 1. Заболеваемость нейросифилисом и кардиоваскулярным сифилисом по данным университетских клиник г. Москвы (2007–2017 г.)

Год	Ранние формы третичного сифилиса	Ранний нейросифилис (А 51.4)	Поздние Формы сифилиса	Поздние формы нейросифилиса	Кардиоваскулярный сифилис (А 52.0)
2007	108	9	34	4	-
2008	106	9	28	5	3
2009	109	10	34	6	1
2010	112	9	37	7	-
2011	111	9	35	5	2
2012	116	10	31	6	-
2013	105	9	35	5	-
2014	109	11	34	6	3
2015	111	11	31	8	3
2016	117	12	36	10	2
2017	121	14	40	9	3

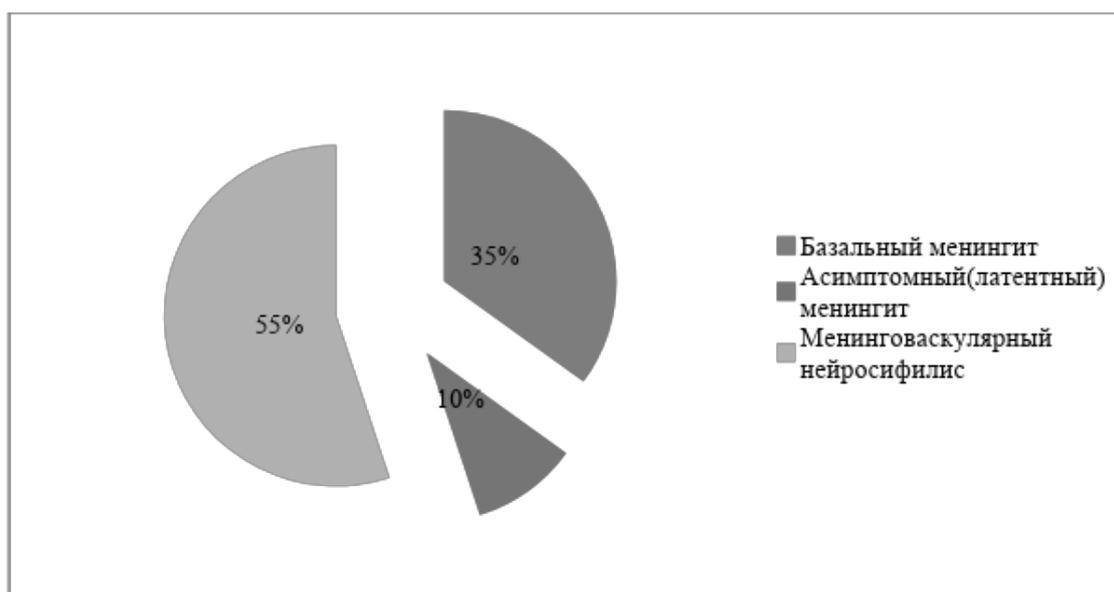


Рис. 1 Структура клинических форм раннего нейросифилиса в Москве (2016–2017).

Начиная с 2014 года, ранние формы позднего сифилиса снова показывают умеренный рост. Если говорить о поздних формах сифилиса, то начиная с 2015 года, наблюдается тенденция к их устойчивому росту. В подавляющем большинстве случаев, поздние формы сифилиса проявлялись в виде нейросифилиса и кардиоваскулярного сифилиса. Для анализа связи между ранними поздними формами сифилиса и ранним нейросифилисом был проведен корреляционный анализ Спирмена

Корреляция характеризуется такими признаками: сила связи (при коэффициенте корреляции от $\pm 0,7$ до ± 1 — сильная; от $\pm 0,3$ до $\pm 0,699$ — средняя; от 0 до $\pm 0,299$ — слабая). Согласно проведенному анализу положительная корреляционная связь обнаружена между ранними формами позднего сифилиса и ранним нейросифилисом ($r_s = 0,537$, $p = 0,01$).

Корреляционный анализ r_s -Спирмена показал на период с 2007–2017 гг. сильную корреляционную связь

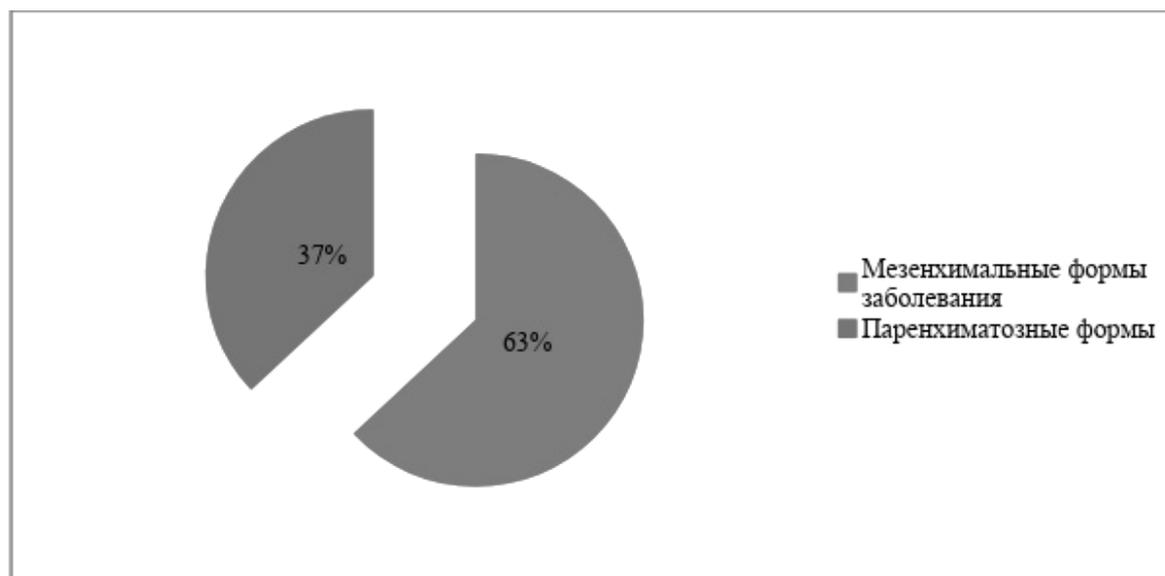


Рис. 2. Структура распределения форм позднего нейросифилиса в Москве (2016–2017).

($r_s=0,912$ при $p=0,01$) между поздними формами сифилиса и поздним нейросифилисом. Таким образом, проведенный анализ данных с помощью метода ранговой корреляции r_s -Спирмена, показал что среди поздних форм сифилиса начинают преобладать поздние формы нейросифилиса.

Далее нами были отобраны пациенты для проведения дальнейшего исследования с диагнозами — ранние и поздние формы нейросифилиса.

Среди больных ранним нейросифилисом за 2016–2017 гг. было 18 мужчин и 8 женщин в возрасте от 28 до 66 лет. Работало из них, на момент исследования, 20 (75%) пациентов. Одному из пациентов пришлось прекратить трудовую деятельность из-за перенесенного ишемическо инсульта на фоне менинговаскулярного нейросифилиса. Выявлялись следующие клинические формы заболевания: в 9 (35%) случаях — базальный менингит, 3 (10%) — асимптомный (латентный) менингит и 14 (55%) — менинговаскулярный нейросифилис (рис. 1).

Клиническая картина у пациентов с базальным менингитом характеризовалась стертой общемозговой симптоматикой и поражением II и III пар черепных нервов. Чаще всего больные обращались с жалобами на головную боль, реже на головокружение.

У больных асимптомным менингитом жалобы практически отсутствовали, лишь немногие на нарушения сна и подавленное состояние. В неврологическом статусе общемозговые и очаговые неврологические симптомы отсутствовали.

Клиническая картина у больных с менинговаскулярным нейросифилисом характеризовалась сочетанием общемозговой и очаговой неврологической симптоматики со значительным преобладанием последней, что соответствует данным других исследований.

У многих пациентов наблюдались критические нарушения кровообращения (инсульты) и нарушения спинномозгового кровообращения головные боли и головокружения.

В неврологическом статусе отмечались симптомы нарушения зрачковой иннервации, асимметрия лица и др.

Изучая больных с поздним нейросифилисом, была выделена группа мужчин (10 человек) и группа женщин (9 человек), возраст которых находился в пределах от 29 до 66 лет. В 12 случаях (63%) установлены мезенхимальные формы заболевания, а в 7 случаях (37%) — паренхиматозные формы (рис. 2).

У пациентов обнаруживались следующие формы заболевания: в 4 случаях базальный менингит (20%), 1 случай — асимптомный менингит (5%), 4 случая менинговаскулярного нейросифилиса (20%), 5 случаев прогрессирующего паралича (30%), 4 случая табопаралича (20%) и 1 случай спинной сухотки (5%). Пациенты с поздним базальным менингитом так же, как и пациенты с ранним базальным менингитом, жаловались на головную боль, головокружение, ухудшение зрения, в неврологическом статусе обнаруживались симптомы нарушения зрачковой иннервации.

У пациентки с асимптомным менингитом клинические симптомы заболевания отсутствовали, диагноз был установлен только на основании серологического исследования ликвора. У больных поздним менинговаскулярным нейросифилисом так же, как и у больных ранним менинговаскулярным нейросифилисом, наблюдалось сочетание общемозговых и очаговых неврологических симптомов. Пациенты жаловались на головную боль, головокружение, шаткость при ходьбе. В неврологическом статусе отмечались нарушения зрачковой иннервации, асимметрия лица, девиация языка, анизорефлексия, патологические стопные знаки, двусторонняя мозжечковая симптоматика.

Больные с прогрессирующим параличом жаловались на ухудшение памяти, быструю утомляемость, эпизоды утраты сознания. В клинической картине преобладали выраженные когнитивные нарушения: ухудшение памяти, дефицит внимания, снижение критики к собственному состоянию, наблюдались нарушения в эмоционально-волевой сфере.

У больных спинной сухоткой клинические проявления были обусловлены поражением черепных нервов, возникшим на более ранних стадиях заболевания, и поражением проводящих путей глубокой чувствительности. Пациенты жаловались на ухудшение зрения, слабость и боль в ногах, неуверенность при ходьбе. У пациентов с табопараличом симптомы спинной сухотки сочетались с когнитивными нарушениями, развивающимися медленнее, чем у пациентов с прогрессирующим параличом. Больные жаловались на общую слабость, ухудшение памяти.

Кроме того, при анализе архивных данных историй болезни обращает на себя внимание то, что серопозитивным больным с неврологической симптоматикой, характерной для нейросифилиса, нередко устанавливался диагноз скрытого сифилиса, а ликворологическое обследование проводилось с опозданием.

В последние годы отмечается увеличение числа пациентов с поздними и уже незаразными формами сифилиса — поражениями сердца, а именно кардиоваскулярного сифилиса. Так если в 2000 году, случаев кардиоваскулярного сифилиса в Москве не наблюдалось, то уже в 2014 году было выявлено и зафиксировано 74 случая кардиоваскулярного сифилиса. При кардиоваскулярном сифилисе, основной проблемой являлось трудность его раннего распознавания в силу скудности клинических проявлений, сходства их с аналогичными поражениями другой этиологии и сложностью дифференциальной диагностики. Поэтому в 2014 году в московских клиниках начала применяться эхокардиография для всех больных, которым впервые устанавливался диагноз позднего или неуточненного скрытого сифилиса, а также для пациентов с серорезистентностью.

Поэтому при проведении нашего исследования, для диагностики сифилитического поражения сердечно-сосудистой системы, помимо серологических тестов, важную роль играли такие инструментальные методы как электрокардиография (ЭКГ), эхокардиография (ЭхоКГ), рентгенография, коронарография, компьютерная томография (КТ), магнитно-резонансная томография (МРТ), скинтиграфия миокарда с пирфотехом. В 2016–2017 годах было проведено исследование сердечно-сосудистой системы у 182 пациентов. За время проведенного исследования кардиоваскулярный сифилис был обнаружен в 5 случаях (табл. 1).

Клинический пример.

Пациент Д. 63 лет находился в терапевтическом отделении УКБ № 1 первого МГМУ им. Сеченова И. М. Клинический диагноз: Аневризма грудного отдела аорты, как результат позднего кардиоваскулярного сифилиса, осложненная компрессией обеих ветвей легочной артерии, левого главного бронха с развитием ателектаза нижней доли левого легкого. Левосторонний гидроторакс. Дыхательная недостаточность III ст. Недостаточность аортального клапана. Гипертоническая болезнь II ст., 3 степени повышения АД, очень высокого риска. Блокада левой ножки пучка Гиса. Желчнокаменная болезнь: хронический калькулезный холецистит вне обострения. Варикозное расширение вен нижних конечностей.

Жалобы при поступлении на осиплость голоса, одышку при минимальной физической нагрузке, дискомфорт в области сердца и за грудиной, повышенную утомляемость, общую слабость.

Из анамнеза заболевания известно, что около 6 месяцев назад появилась одышка при физической нагрузке, которая в дальнейшем прогрессировала. В августе 2014 года на фоне простудного заболевания, сопровождающегося осиплостью голоса, кашлем, насморком обратился к терапевту по месту жительства.

Данные лабораторно-инструментальных исследований: Маркеры вирусов гепатита отриц., АТ и ВИЧ не выявлены. РПР (сифилис) 1:16, ИФА (сифилис) пол. ИФА кардиолипин (++++), РПГА пол. (++++).

При компьютерной томографии органов грудной клетки с в/в контрастированием были выявлены следующие изменения: аорта в грудном отделе неравномерного калибра. Её диаметры на уровне кольца клапана 35x34 мм, на уровне синусов Вальсавы 38x41 мм (минимально расширена), в синоатриальном соединении 40x37 мм. В начальном отделе восходящего отдела аорта диаметрами 43x45 мм, в средней части этого сегмента с дальнейшим расширением до 48x47 мм. стенки корня аорты с мелкими

бляшками, с микрокальцинатами. В начале дуги диаметры аорты 40x44 мм, на уровне отхождения плечеголового ствола 40–46 мм, после устья диаметры 36x42 мм. левая подключичная артерия 0 с небольшим изгибом и мелкой плоской бляшкой в устье. В целом калибр, стенки, просвет ветвей дуги аорты в проксимальных участках без выраженных изменений. После устья левой подключичной артерии диаметр аорты 42x41 мм, а примерно через 7–1-мм от её устья аорта делает небольшой изгиб и начинается дальнейшее мешковидное аневризматическое расширение просвета, общей протяженностью в этом сегменте до 130–140 мм. Максимальные диаметры мешка аневризмы 107x89 мм. Стенки аорты уплотнены, а в просвете визуализируются гиподенсные неравномерно концентрические тромботические массы, толщиной от 3 мм до 30 мм (максимальные диаметры «свободного» просвета в аневризме 76x71 мм). В верхней части аневризма несколько компримирует левый главный бронх. Ниже отмечается значительная компрессия его задней стенки левого предсердия, аневризма сдавливает устья верхней и нижней левых легочных вен, отдавливает левую легочную артерию и начальные участки её нижне-сегментарных ветвей.

Заключение: КТ-признаки аневризмы грудной аорты, с гиповентиляцией левого легкого, гидротораксом небольшого объема.

В клинике проводилась терапия: Верошпирон 25 мг 1т утром, Торвакард 20 мг 1т вечером, Эналаприл 5 мг 1т 2 р/с, Кардиомагнил 75 мг 1т вечером, Фуросемид 1т утром 1 раз в неделю. Больной был переведен в хирургическое отделение в связи с наличием гигантской сифилитической аневризмы аорты и с учетом угрозы ее разрыва больному 02.12.2014 была выполнена операция — резекция аневризмы нисходящей аорты. Протезирование нисходящего отдела грудной аорты синтетическим протезом «Polvthese» 30 мм в условиях периферического кровообращения и гипотермии 25С. В раннем послеоперационном периоде у больного отмечались явления ОНМК в бассейне левой средней мозговой артерии. Консультирован с неврологом, назначена медикаментозная терапия. В связи с планируемой продленной вентиляцией легких больному 04.12.2014 выполнена чрескожная дилатационная трахеостомия. На фоне проводимой терапии постепенно клиника ОНМК регрессировала, в связи с чем 09.12.2014 была выполнена попытка деканюляции трахеи, в процессе которой началось кровотечение из области трахеотомического отверстия, аспирация крови. Гипотензия, на ЭКГ идиовентрикулярный ритм, бледность и мраморность кожного покрова, начаты реанимационные мероприятия в полном объеме. На ЭКГ фибрилляция желудочков — аппаратная дефибрилляция, восстановлен синусовый ритм, кровотечение купировано. Повторно установлена трахеостомическая трубка, проведена ФБС — санировано содержимое бронхов.

В дальнейшем больной без неврологической симптоматики, развились признаки энцефалопатии смешанного генеза, продленная ИВЛ, с попытками перевода на самостоятельное дыхание. Раны зажили первичным натяжением. Повязка снята 11.12.2014. С 14~<12.2014 отмечено подтекание серозного отделяемого через дренажное отверстие, проводились перевязки. 17.12.2014. в связи с нарастанием признаков дыхательной недостаточности, больного перевели на ИВЛ в режиме SIMV, сознание — оглушение. 18.12.2014 в 00:30 отмечена резкая идиовентрикулярная брадикардия до 20 в минуту, перешедшая в асистолию. Начаты реанимационные мероприятия в полном объеме. В связи с неэффективностью реанимационных мероприятий в 01:10 констатирована смерть.

Посмертный диагноз. Основной: Третичный сифилис серопозитивный. Сифилитический мезоартрит с образованием аневризмы в области дуги и нисходящей аорты. Компрессия обеих ветвей артерии, левого главного бронха с развитием ателектаза нижней доли левого легкого после операции — резекция аневризмы нисходящей аорты.

Осложнение. Продленная ИВЛ. Состояние после пунктуационной дилатационной трахеостомии от 04.12.2014.

Септическое состояние. Гнойный трахеобронхит. Полиорганная недостаточность (дыхательная, сердечно — сосудистая, энцефалопатия смешанного генеза). ОНМК в бассейне левой средней мозговой артерии. Реанимационные мероприятия от 18.12.2014. Некроз кожного лоскута. Левосторонний гидроторакс. Анемия средней степени тяжести.

Сопутствующий. Гипертоническая болезнь II ст., 3 степени повышения АД. очень высокого риска. Недостаточность аортального клапана. Блокада левой ножки пучка Гиса.; Желчнокаменная болезнь: хронический калькулезный холецистит вне обострения. Варикозное расширение вен, нижних конечностей.

Таким образом, проведенный анализ историй болезни с положительной реакцией на сифилис, по данным университетских клиник г. Москвы выявил тенденции к изменению сифилитической инфекции, а именно снижению первичной заболеваемости сифилисом с одновременным увеличением случаев ранних и поздних форм нейросифилиса и сифилитического поражения сердечно-сосудистой системы.

Данная тенденция требует совершенствования междисциплинарного подхода к ведению таких пациентов между дерматовенерологами, терапевтами, кардиологами и невропатологами.

ЛИТЕРАТУРА

1. Вислобоков А.В., Жучков С. А., Хмельницкий Р. А. Поздний нейросифилис — причина смерти. Вестник дерматологии и венерологии 2018.
2. Едророва В.Н.; Едророва, М. В. Общая теория статистики. М.: ЮРИСТЪ, 2017.
3. Елисеев Ю. В. Нейросифилис у лиц пожилого возраста. Клиническая геронтология 2012.
4. Елисеев Ю.В., Котов С. В., Котов А. С. Спинальная сухотка. Клиническая геронтология 2014.
5. Иванова М.А., Романова О. В. Заболеваемость сифилисом в Российской Федерации в период с 2006 по 2015 гг. Вестник последипломного медицинского образования 2016.
6. Коган-Ясный В. М. Висцеральный сифилис. Практическая медицина, 1930.
7. Лосева О.К., Квижинадзе Г. Н., Залевская О. В. и др. Клиника, течение и исходы кардиоваскулярного сифилиса (по материалам Московского региона). Кардиология и сердечно-сосудистая хирургия 2015.
8. Милич М. В. Эволюция сифилиса. М.: Медицина, 1987.
9. Потехаев Н.Н., Фриго Н. В., Алмазова А. А., Лебедева Г. А. Эпидемиология сифилиса в современных условиях. Клиническая дерматология и венерология 2015.
10. Пудова Н.В., Никитин В. В. Анализ значения коэффициента ранговой корреляции Спирмена. М.: Экономический анализ: теория и практика 2004.
11. Duffy J. D. General paralysis of the insane: neuropsychiatry's first challenge. Neuropsychiatry Clin Neurosci 1995.
12. Ferguson L.A., Vamado J.W. Syphilis: An old enemy still lurks. Journal of the American Academy of Nurse Practitioners 2006.
13. Hutto B. Syphilis in clinical psychiatry: a review. Psychosomatics 2001.
14. Yao Y., Huang E., Xie B., Cheng Y. Neurosyphilis presenting with psychotic symptoms and status epilepticus. Neurological Sciences 2012.

© Багирова Айна Алиахмедовна (bagirovaayna1405@gmail.com), Ломоносов Константин Михайлович.

Журнал «Современная наука: актуальные проблемы теории и практики»



Первый МГМУ им. И.М. Сеченова