

Случай паралитической деменции при нейросифилисе: клиническое наблюдение

Чинарев В.А.^{1,2}, Малинина Е.В.¹, Обухова М.Д.¹

¹Южно-Уральский государственный медицинский университет, Челябинск, Россия

²Областная клиническая специализированная психоневрологическая больница №1, Челябинск, Россия

Оригинальная статья

Резюме. В статье обсуждается проблематика своевременной диагностики, особенности клинической картины и лечения прогрессивного паралича как варианта отсроченного осложнения нейросифилиса. В качестве примера представлен клинический случай пациента отделения первого психотического эпизода, страдающего прогрессивным параличом. Рассмотрены особенности течения и симптоматики заболевания на всех стадиях неуклонного прогрессирования патологии на фоне психофармакотерапии. В связи с полиморфностью симптомов на начальных этапах заболевания и междисциплинарным подходом к ведению пациентов с сифилитическим анамнезом, статья адресована врачам всех специальностей, которые в своей практике могут столкнуться с лечением таких пациентов и решением вопросов о их дальнейшей маршрутизации.

Ключевые слова: нейросифилис, прогрессивный паралич, болезнь Бейля, паралитическая деменция

Информация об авторах:

Чинарев Виталий Александрович* — e-mail: v.chinarev@okspnb.ru; <https://orcid.org/0000-0003-3471-5293>

Малинина Елена Викторовна — e-mail: malinina.e@rambler.ru; <https://orcid.org/0000-0002-5811-4428>

Обухова Мария Дмитриевна — e-mail: maria.obuhova2014@yandex.ru; <https://orcid.org/0009-0003-3356-1162>

Как цитировать: Чинарев В.А., Малинина Е.В., Обухова М.Д. Случай паралитической деменции при нейросифилисе: клиническое наблюдение. *Обзор психиатрии и медицинской психологии им. В.М. Бехтерева*. 2025; 59:1:90-97. <http://doi.org/10.31363/2313-7053-2025-1-977>

Конфликт интересов: авторы заявляют об отсутствии конфликтов интересов.

A case of paralytic dementia in neurosyphilis: a clinical observation

Vitaly A. Chinarev^{1,2}, Elena V. Malinina¹, Maria D. Obukhova¹

¹South Ural State Medical University, Chelyabinsk, Russia

²Regional Clinical Specialized Neuropsychiatric Hospital No.1, Chelyabinsk, Russia

Research article

Summary. The article discusses the problems of timely diagnosis, clinical features and treatment of progressive paralysis as a variant of delayed complication of neurosyphilis. As an example, the clinical case of a patient of the department of the first psychotic episode suffering from progressive paralysis is presented. The features of the course and symptoms of the disease at all stages of the steady progression of pathology against the background of psychopharmacotherapy are considered. Due to the polymorphism of symptoms in the initial stages of the disease and the multidisciplinary approach to the management of patients with a syphilitic history, the article is addressed to doctors of all specialties who in their practice may face the treatment of such patients and the solution of questions about their further routing.

Keywords: neurosyphilis, progressive paralysis, Bale's disease, paralytic dementia

Information about the authors:

Vitaly A. Chinarev* — e-mail: v.chinarev@okspnb.ru; <https://orcid.org/0000-0003-3471-5293>

Elena V. Malinina — e-mail: malinina.e@rambler.ru; <https://orcid.org/0000-0002-5811-4428>

Maria D. Obukhova — e-mail: maria.obuhova2014@yandex.ru; <https://orcid.org/0009-0003-3356-1162>

Автор, ответственный за переписку: Чинарев Виталий Александрович — e-mail: v.chinarev@okspnb.ru

Corresponding author: Vitaly A. Chinarev — e-mail: v.chinarev@okspnb.ru

© Чинарев В.А., Малинина Е.В., Обухова М.Д.



To cite this article: Chinarev VA, Malinina EV, Obukhova MD. The case of paralytic dementia in neurosyphilis: a clinical observation. *V.M. Bekhterev review of psychiatry and medical psychology*. 2025; 59:1:90-97. <http://doi.org/10.31363/2313-7053-2025-1-977> (In Russ.)

Conflict of interests: authors declare no conflict of interests.

Сифилис является хроническим системным венерическим инфекционным заболеванием с последовательной сменой стадий болезни. Бледная трепонема, *Treponema pallidum*, подвид *pallidum*, возбудитель сифилиса, стремительно распространяется по организму человека [9,10,12,13] и достигает нейроинвазии от пары часов до нескольких суток. Под термином нейросифилис подразумеваются органическое поражение центральной и периферической нервной системы, вызванное проникновением спирохет в сосуды, оболочки и нервную ткань лимфогенным или гематогенным путем. С точки зрения патогенеза, патоморфологических изменений, клинической картины, динамики заболевания — проявления носят достаточно разнообразный характер, имея в основе лишь единую этиологию [8]. Несмотря на то, что поражение нервной системы может наступить в течении нескольких часов после нейроинвазии, исследования последних лет указывают на редкость появления «классической» неврологической симптоматики в дебюте заболевания [15,16]. Статистические данные указывают на увеличение удельного веса пациентов с поздними формами нейросифилиса и бессимптомным течением заболевания [6]. При этом в течении всего периода заболевания преимущественной точкой воздействия бледной трепонемы на нервную систему может наступить в любой момент и сопровождаться вариативными проявлениями [11,14].

Согласно данным официального государственного статистического наблюдения, эпидемиологическая ситуация по сифилису характеризуется постепенным снижением заболеваемости по России (в 1997 г. — 277,6 случаев на 100. тыс. населения, в 2007 г. — 59,9 случаев на 100. тыс. населения, в 2019 г. — 15,0 случаев на 100. тыс. населения). При этом не стоит упускать из виду мнимое снижение заболеваемости в 2020 году (10,5 случаев на 100. тыс. населения) на фоне уменьшения интенсивности диагностики групп риска и обращения населения к врачам на фоне ограничений в работе медицинской службы в связи с пандемией COVID-19. В последующем отмечалось компенсаторное увеличение заболеваемости (2021 г. — 14,4 случаев на 100. тыс. населения, 2023 г. — 18,9 случаев на 100. тыс. населения), которое до сих пор продолжается и превышает доковидные показатели 2019 г. на 26% [3,5].

На относительно благоприятном фоне динамики распространения инфекционных заболеваний остро встает проблема прогрессивного паралича, предиктом которого выступает заражение сифилисом. Исследования и клинические наблюдения последних десятилетий регистрируют преимущественно поздние формы и асимптомный нейросифилис, в то время как настороженность врачей

относительно таких осложнений сифилиса, как прогрессивный паралич, остается крайне низкой. При этом, учитывая особенности развития паралича в течении 15-25 лет после первичного инфицирования пациентов, стоит ожидать существенный рост данной деструктивной патологии в связи с эпидемией сифилиса в конце 1990-х годов [2,4]. Отсутствие патогномоничной симптоматики и достаточно стёртые границы между стадиями заболевания, а также редкость встречаемой патологии, делают своевременную диагностику и постановку диагноза, особенно в период манифестации заболевания, почти невозможными.

Учитывая особенности течения данной патологии, выделяют следующие стадии заболевания:

I. В период предвестников заболевания отсутствуют патогномоничные симптомы, может наблюдаться очаговая неврологическая симптоматика, а продолжительность стадии варьируется от нескольких недель до нескольких месяцев.

II. В период разгара заболевания происходит постепенное становление психоорганической симптоматики, которая характеризуется интеллектуальным снижением, недержанием аффекта и нарастающими мнестическими нарушениями. На данном этапе критическое отношение к болезни у пациента снижается, до полного отсутствия.

III. Период манифестации слабоумия характеризуется нарастающим слабоумием, которое достигает крайних пределов — сохраняются лишь инстинктивные проявления, именуемые как «зоологическая психика».

IV. В период паралитического маразма отмечаются явления глубокого психического упадка и полным распадом личности. На этом фоне постепенно развиваются симптомы физического истощения.

Критики к своему состоянию у пациентов нет на протяжении всей болезни, а летальность у пациентов наступает через 2-3 года от начала первых симптомов прогрессивного паралича и часто напрямую коррелируется со скоростью течения заболевания.

В литературе последних лет имеются лишь единичные описания прогрессивного паралича [1,7,17,18,19]. Для повышения уровня осведомленности и рассмотрения особенностей стадийного течения заболевания, а также эффекта медикаментозного лечения, в данной статье будет представлен разбор клинического наблюдения пациента с прогрессивным параличом на фоне поздней формы сифилиса.

Пациент, 43 года, мужчина, 160 см, 60 кг. Впервые проходил стационарное лечение в мужском клиническом отделении первого психиатрического эпизода ГБУЗ «ОКСПНБ №1», г. Челябинска с 16.02.2024 г. по 20.05.2024 г.

Анамнез жизни. Собрать субъективный анамнез, по психическому состоянию больного, не представляется возможным. Объективный анамнез собран со слов жены и коллег по работе. В психиатрический стационар поступает впервые. Наследственность психопатологически отягощена эпилепсией у матери, отец злоупотреблял алкоголем, дядя по линии матери покончил жизнь самоубийством. Родился в 1981 году в Челябинской области в семье рабочих. Посещал ДДУ, рос общительным ребенком. С раннего детского возраста отмечалось некоторое отставание в психомоторном развитии. В школу пошел с 7 лет, учился по основной программе, классы не дублировал, окончил 9 классов. Отмечал особый интерес к точным наукам, был собранным и ответственным. После получил средне-профессиональное образование по специальности слесаря-ремонтника. Проходил военную службу в пограничных войсках, комиссован не был, имеет медаль отличника пограничной службы. В 2015 году переехал в Челябинск из небольшого городка, где 9 лет назад работал охранником на автомобильной парковке. До текущей госпитализации работал механиком на заводе на протяжении 8 лет, с работой справлялся. В трудовые обязанности входило: диагностика неисправностей, замена и ремонт деталей. Коллегами по работе характеризуется как спокойный и располагающий к себе. Проживает с семьей, женат в течение 22 лет, сыну 20 лет, дочери 4 года, отношения в семье доброжелательные, дети здоровые. Имеет права категории В, до госпитализации регулярно водил автомобиль. В 2018 году получил ЗЧМТ во время драки, сознание не терял, за помощью к специалистам не обращался. Со слов жены, курил марихуану, и также супруга замечала следы от внутривенных инъекций, однако, сам больной употребление психоактивных веществ категорически отрицает. Последние 10 лет без запойного употребления алкоголя и отсутствия приема наркотических веществ. Наблюдается у кардиолога с гипертонической болезнью, максимальный уровень давления 160/110 мм.рт.ст., течение заболевания без гипертонических кризов, на регулярной основе принимает антигипертензивные препараты.

Анамнез заболевания. В начале 2013 года, во время трудоустройства на работу, у жены были обнаружены антитела к возбудителю сифилиса, что стало поводом обращения больного для обследования и также были получены положительные результаты. Оба прошли курс длительной антибиотикотерапии и были сняты с учета. До 2023 года за помощью к венерологам, неврологам и психиатрам с жалобами не обращался, ухудшение своего состояния не отмечал. С осени 2023 года стала ухудшаться память, в один из дней забыл жену в магазине и уехал. После этого случая не всегда мог вспомнить, о чем они с женой договорились, не всегда мог подобрать нужные слова в беседе, временами заикался во время разговора. Супруга приводит ряд ситуаций странного поведения больного: в декабре того же года стал вы-

сказывать нелепые идеи на тему открытия своего предприятия, таксопарка, закуп дорогостоящего оборудования начальнику производства. Критического отношения к снижению памяти не было. В середине января 2024 года при одевании перепутал штанины, на протяжении полутора часов не смог закрыть машину потому что «не знал какую кнопку нажать». В один из дней попал в ДТП, сильно испугался и отдал второму участнику ДТП все свои документы, банковские карты, назвал пин-код, после чего тот снял деньги с банковского счета. Также, стали появляться проблемы со сном, снизился аппетит. В связи со странным поведением, снижением памяти, аппетита жена настояла на обследовании у врачей, была рекомендована госпитализация в психоневрологический стационар, однако, от плановой госпитализации больной отказался. Стало появляться агрессивное поведение к жене по причине посещения больниц. В последнее время до госпитализации перестал пользоваться телефоном, социальными сетями по причине возникновения существенных трудностей во время выполнения сложных логических операций и последовательных действий. Не может вспомнить младшую дочь, куда поставил свою машину, не понимает своих обязанности на работе, испытывает трудности с выражением и озвучиванием своих мыслей.

Накануне госпитализации в психоневрологическую больницу произошел конфликт с начальством, в ходе которого пациент стал строить грандиозные планы после увольнения — открыть свой склад, начать свой бизнес; говорил о бандитах, которые вымогают деньги. По возвращении домой поднялось артериальное давление, появились жалобы на головные боли, головокружение, снижение памяти и раздражительность. Усилилась агрессия к жене и детям. В связи с вышеказанным состоянием обратились вместе с женой к психиатру и был стационарирован в отделение первого психотического эпизода для мужчин. На момент госпитализации неврологическая симптоматика отсутствует.

В психическом статусе на момент поступления. Самостоятельно пришел на беседу к врачу. В сознании, продуктивному контакту доступен. Себя называет правильно, не смог верно назвать дату и время года, после себя не исправил. Внешне недостаточно опрятный, выглядит намного старше своих лет, суетливый, несколько заторможен. Во время разговора позу не меняет, жестикуляция и мимика скудные, смотрит на врача почти не моргая. На вопросы отвечает односложно, часто удивленно повторяя вопрос за врачом. Облегченный, во время беседы невпопад появляется беспричинный смех. Речь интонационно окрашивает скудно, ведет себя дурашливо. В суждениях примитивный, незрелый, эмоционально лабильный. Понимает, что находится в психиатрической больнице, причиной госпитализации называет повышение артериального давления, и после уточняющего вопроса относительно профиля больницы и его жалоб при госпитализации

замечает: «не знаю, почему в психушку, ведь у меня давление... я здесь самый здоровый в палате». Сообщил, что «поспорил с начальством и хотел уволиться, он на меня накричал... у меня поднялось давление, но увольняться я не хочу». Мышление ближе к конкретному, обстоятельное, вязкое, в замедленном темпе. Интеллектуальные способности снижены. Внимание истощаемое, быстро отвлекается. Критика к своему состоянию и поведению грубо снижена.

Общесоматический статус на момент поступления. Общее состояние удовлетворительное. Удовлетворительного питания, нормостенического телосложения. Т—36,7С. Кожа и видимые слизистые физиологической окраски, без высыпаний, тургор кожи физиологичный. Беззубый. В легких дыхание везикулярное, хрипов нет, ЧДД 18 в минуту. Тоны сердца ясные, АД 115/75, d=s. Живот при пальпации мягкий, безболезненный. Печень при пальпации безболезненна, не увеличена. Симптом поколачивания отрицательный с обеих сторон. Стул, диурез в норме. Отеков нет.

Неврологический статус на момент поступления. В сознании, речевых нарушений нет. Движения сохранены в полном объеме. Парезов нет, мышечный тонус не изменен. Носогубные складки симметричные, живые. В позе Ромберга устойчив, статика, координация не нарушены, менингеальных знаков нет. Чувствительность сохранена, симметричная. Сухожильные рефлексы симметричны, в норме, патологических знаков нет. Фоторефлексы живые, D=S. Лицо симметричное. Зрачки равные, правильной формы, реакция на свет, аккомодация, конвергенция сохранены.

При исследовании когнитивных функций по Монреальской шкале получены следующие результаты: во время создания альтернирующего пути отмечается истощаемость внимания пациента—через 10 секунд от начала выполнения инструкций пациент теряет поставленную задачу и заканчивает задание в произвольном порядке, ошибки не исправил. При выполнении заданий на зрительно-конструктивные и исполнительные на-

выки с заданиями справиться не смог (см. рис. 1). При назывании допущены грамматические ошибки, но животные названы верно, что свидетельствует о сохранности базовых познавательных навыков. Задания, направленные на диагностику внимания, беглости речи и отсроченного воспроизведения, вызвали затруднения у пациента и были выполнены на минимальные баллы, что свидетельствует о явном когнитивном дефиците. Часть заданий выполнить не удалось по причине быстрой истощаемости внимания пациента, а позже и об отказе в выполнении.

Психометрическое исследование: 1) Заключение от 24.01.2024 г. (до поступления в стационар): Испытуемый вступает в контакт, самостоятельно жалоб не предъявляет, критика к собственному состоянию снижена. Верно ориентирован в личности, времени. В работу включается, поведение ситуации исследования адекватно, периодически нуждается в помощи при выполнении заданий, инструкции усваивает. При исследовании интеллектуальной деятельности методом Векслера у испытуемого обнаружился недостаточный уровень общей осведомленности и ориентировки социально-бытовых вопросах. Арифметические навыки снижены. Достаточный уровень понимания простых обобщений. Объем оперативной памяти снижен. Недостаточный уровень развития функций активного внимания и способностей конструктивному праксису. Устанавливает причинно—следственные связи в некоторых простых сериях сюжетных картинок. Полная оценка интеллекта по методике Векслера соответствует пограничной зоне между нормой и умственным дефектом, ближе к зоне легкой степени умственной отсталости для данного возрастного периода (вербальные—77 невербальные—68—общая оценка—72). Снижение общего темпа психических процессов. В корректурной пробе отмечается снижение всех функций внимания. Характер субтестовой кривой свидетельствует о снижении интеллектуальной деятельности по органическому типу. Так же, в ходе исследования, выявлено

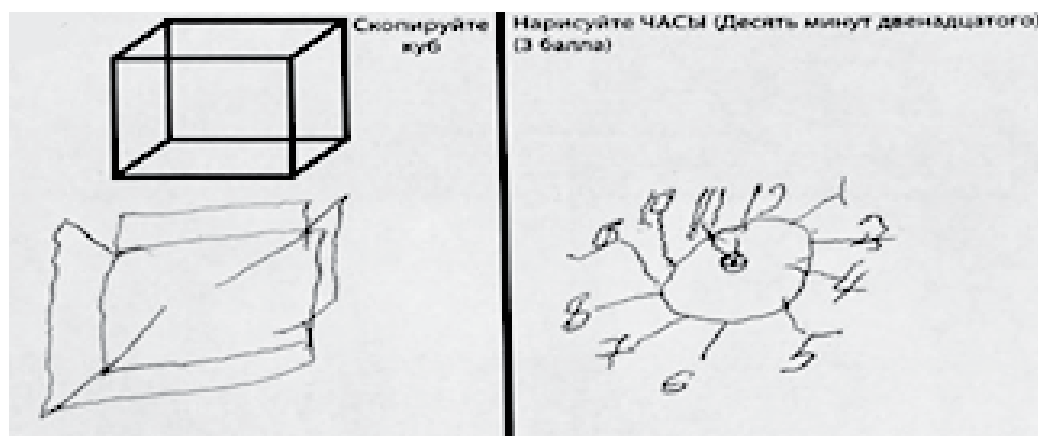


Рис.1. Выполнение пациентом заданий по Монреальской шкале оценки когнитивных функций.
Fig.1. The patient's performance of tasks from the Montreal Cognitive Assessment Scale

снижение механической, смысловой и оперативной памяти, снижение общего темпа психических процессов, снижение всех функций внимания.

2) Заключение от 26.03.2024 г. (стационарное обследование): Испытуемый контакту доступен, в собственной личности ориентирован верно. Жалобы на психическое здоровье не предъявляет. Критические возможности снижены. Нуждается в неоднократном предъявлении сложных инструкций, отдельные из них не усваивает. В ходе работы теряет инструкцию, нуждается в направляющей и организующей помощи экспериментатора. В работу включается в случае усвоения инструкции. Темп деятельности замедлен. Заметно утомляется, истощается в ходе работы. Отмечается изменение почерка по органическому типу. При исследовании интеллектуальной деятельности методом Векслера у испытуемого выявляется недостаточный запас общеобразовательных знаний, недостаточная ориентированность в простых социально-бытовых вопросах. Суждения поверхностные, облегченные. Переносный смысл предъявленных пословиц объяснить не смог. Способности к оперированию в уме несложным арифметическим материалом снижены. Проводит на категориальном уровне простые обобщения. Объем оперативной памяти значительно снижен. Темп психомоторных реакций, функция переключения внимания грубо снижены. Способности к наблюдательности снижены. Способности к установлению логической последовательности в сериях сюжетных картинок снижены. Способности к конструктивному праксису значительно снижены. Полная оценка по методике Векслера соответствует зоне легкого умственного дефекта для данного возрастного периода (вербальные задания — 73, за невербальные — 63, общая оценка — 67). Отмечается истощаемость мнестического процесса. После предъявления короткого рассказа воспроизвел отдельные смысловые единицы по наводящим вопросам. Через 30 минут воспроизвести рассказ не смог, воспроизвел вымышленную историю. Отмечаются конфабуляции. Общий темп психических процес-

сов грубо снижен. Прослеживается выраженная утомляемость, истощаемость. При анализе корректурной пробы выявляется значительное снижение темпа психомоторных реакций, значительное снижение функций концентрации, распределения и переключения внимания. Прослеживается выраженная истощаемость, утомляемость. Отмечается существенная отрицательная динамика в состоянии интеллектуально-мнестических возможностей испытуемого по сравнению с предыдущим периодом обследованием в январе 2024 года.

Результаты диагностических исследований:

Лабораторные показатели: При проведении общего анализа крови было выявлено повышение RDW-CV до 0.171, RDW-SD до 60.0, в биохимических анализах — значимых отклонений от нормы не обнаружено. Антитела к ВИЧ инфекции, гепатитам В, С отрицательные.

Серологическое обследование крови: Реакция пассивной гемагглютинации (РПГА) 3+; Коэффициент позитивности иммуноферментного анализа на суммарные антитела (ИФАсум.) = 17,3 (положительная); Реакция микропреципитации (РМП) 4+ (1:8); Коэффициент позитивности иммуноферментного анализа (ИФАIgM) — отрицательная; Коэффициент позитивности иммуноферментного анализа (ИФАIgG) = 18,7 (положительная).

Ликворологическое обследование: Реакция иммунофлюорисценции (РИФ) 4+; Коэффициент позитивности иммуноферментного анализа (ИФАIgM) — отрицательная; Коэффициент позитивности иммуноферментного анализа (ИФАIgG) = 10,0 (положительная); Коэффициент позитивности иммуноферментного анализа на суммарные антитела (ИФАсум.) = 19,5 (положительная); МР с ликвором 3+.

КТ головного мозга: На серии томограмм в аксиальной плоскости с реформацией во всех плоскостях получены изображения суб- и супратенториальных структур головного мозга.

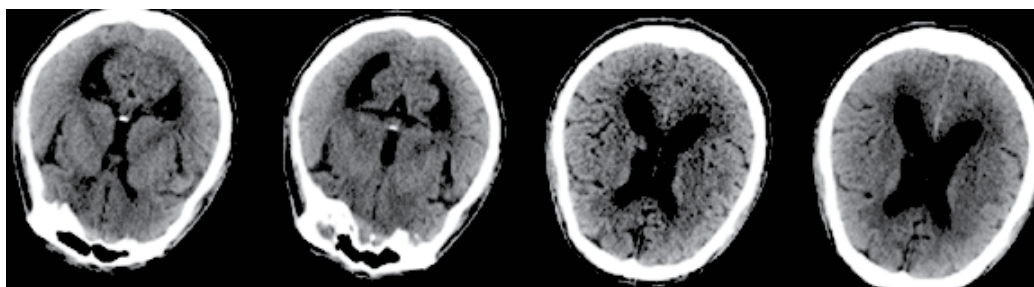


Рис. 2. КТ головного мозга больного, 43 года. Прогрессивный паралич как вариант течения нейросифилиса с симптомами (болезнь Бейля).

- 1,2 — значительное расширение III-го и боковых желудочков, субарахноидальное пространство диффузно расширено, расширение пространства Робина-Вирхова.
3,4 — умеренно выраженная внутренняя гидроцефалия, субарахноидальное пространство диффузно расширено.

Fig. 2. CT scan of the patient's brain, 43 years old. Progressive paralysis as a variant of the course of neurosyphilis with symptoms (Bayle's disease).

- 1,2 — significant expansion of the III and lateral ventricles, the subarachnoid space is diffusely expanded, the Robin-Virchow space is expanded.
3,4 — moderately pronounced internal hydrocephalus, the subarachnoid space is diffusely expanded.

Смещения срединных структур головного мозга нет. Дифференцировка серого и белого вещества головного мозга не нарушена. В белом веществе лобных и теменных долей определяются многочисленные перивентрикулярные и субкортикальные разнокалиберные очаги. Периваскулярные пространства Робина-Вирхова умеренно расширены в области базальных структур и семиовальных центров. III-й и боковые желудочки мозга расширены до 12,5 мм и 19 мм соответственно на уровне тел, не деформированы, боковые желудочки мозга несколько асимметричные ($D < S$). Субарахноидальное пространство диффузно расширено. Кости свода и основания черепа не изменены. Заключение: КТ-признаки атрофических изменений головного мозга. (см. рис. 2).

ЭЭГ мониторинг: Умеренные диффузные изменения биоэлектрической активности головного мозга в виде нарушения зональных различий, дезорганизации, низкого содержания основного ритма. Эпилептиформной активности не выявлено. Пароксизмальных состояний и их ЭЭГ-паттернов за время обследования не зарегистрировано. Большое количество артефактов движения.

Консультация терапевта: Гипертоническая болезнь I стадия, Артериальная гипертензия контролируемая, Риск 2.

Консультация сифилидолога: На коже туловища, конечностей и волосистой части без специфических (сифилистических) высыпаний. Лимфатические узлы в паховой, шейной, подмышечных группах не увеличены. На коже полового члена без специфических высыпаний; органы мошонки без патологий. Анальная область без особенностей. Учитывая данные анамнеза жизни, лечение по поводу сифилиса в 2013 г.; положительные серологические реакции на сифилис крови и ликвора; наличие цитоза в спинномозговой жидкости; наличие психических расстройств в виде нарастающего когнитивного дефицита, а также психотических включений на органически неблагоприятном фоне позволяет поставить клинический заключительный диагноз: A52.1 Нейросифилис с симптомами.

Консультация невролога: Общее состояние относительно удовлетворительное, стабильное. Кожные покровы физиологической окраски. Дыхание самостоятельное, гемодинамика стабильная. Живот при пальпации мягкий, болезненной реакции на пальпацию нет во всех отделах. Физиологические отправления со слов сохранены. В неврологическом статусе: в сознании. Ориентирован верно. Когнитивный дефицит, заторможен. ЧМН: Зрачки округлой формы, равные D-S. Объем движений глазных яблок полный. Нистагм I ст горизонтальный вправо. Диплопию, гемианопсию отрицает. Лицо симметрично. Слух сохранен. Дизартрия+, дисфагия, дисфония нет, фонация мягкого неба хорошая. Глоточный рефлекс сохранен. Рефлексы орального автоматизма не вызываются. Язык по средней линии. Двигательная сфера: парезов нет. Мышечный тонус в верхних

конечностях умеренный, в нижних конечностях повышен по экстрапирамидному типу, $D=S$. Сухожильные рефлексы оживлены, $D=S$, патологических стопных знаков нет. Координаторная сфера: пробы выполняет неуверенно, без интенции, $D=S$. В позе Ромберга неустойчив без латерализации. Чувствительные нарушения: отрицает. Функция тазовых органов сохранена. Менингеальные симптомы отрицательные. Способность к самостоятельному передвижению сохранена. Диагноз: Нейродегенеративное поражение центральной нервной системы смешанного генеза, глубокие когнитивные нарушения со снижением функции самообслуживания.

Динамика состояния: За период лечения в стационаре на первый план выступали выраженные интеллектуально-мнестические нарушения. Также отмечались преимущественно ночные приступы психического расстройства с делириозными и конфабulatorными переживаниями, психомоторным возбуждением, сексуальной расторможенностью, эмоциональной неустойчивостью с гневливостью и беспечностью, стремлением покинуть отделение. Большую часть времени проводил в палате, заинтересованности к общению с другими пациентами не искал, результатами исследования не интересовался.

Сифилидологом ЧОКВД назначена стандартная внутривенная терапия цефтриаксоном в объеме 2 грамма в сутки длительностью 2 курса лечения по 20 дней с интервалом в 2 недели. Также, была назначена комбинированная антипсихотическая терапия хлорпромазином и рисперидоном в стандартных суточных дозах. На фоне проводимой терапии положительного клинического эффекта за длительный период наблюдения не отмечается. Наблюдается постепенное и неуклонно прогрессирующее интеллектуально-мнестическое снижение с эмоциональной сглаженностью, опустошением, с отсутствием критического отношения к болезни.

Диагноз. Деменция при нейросифилисе. Прогрессивный паралич как вариант течения нейросифилиса с симптомами (болезнь Бейля) (по МКБ-10 рубрика F02.845 и A52.1).

Обсуждение. Основные жалобы пациента при поступлении, направленные в основном на снижение когнитивных функций, дают повод задуматься о диагностике нейродегенеративных заболеваний головного мозга. Однако, стоит учитывать целостную картину анамнестических данных пациента и комплексное клинико-лабораторное, а также инструментальное исследование. Настороженность относительно сифилитического анамнеза (даже после прохождения курса антибактериальной терапии) позволили своевременно выявить причину неврологических и психотических отклонений (положительные результаты гемато- и ликвородиагностики на наличие антител к возбудителю сифилиса). Преддиктом развития состояния у пациента можно считать отягощенную наследственность, а также возможность повторного заражения бледной трепонемой или неэффективность проведенного курса лечения.

В периоде предвестников на протяжении двух лет до момента госпитализации (2022-2024 гг.) отмечались снижение когнитивных функций, которые проявлялись постепенным снижением памяти, а также эмоциональной неустойчивостью, раздражительностью и периодически лабильным фоном настроения. Через полтора года после начала симптомов (осень 2023 г.) отмечилось резкое снижение памяти, которое отразилось на повседневной жизни пациента и вызвало трудности в коммуникативной сфере по причине заикания и трудностях в подборе нужных речевых конструкций.

В рамках течения прогрессивного паралича почти невозможно отследить четкую грань перехода состояния больного от одного периода к другому. Однако, за несколько месяцев до госпитализации (декабрь 2023 г.) состояние пациента достаточно резко изменилось, что может свидетельствовать о наступлении периода полного развития болезни. На фоне проявления соматических расстройств в виде повышения артериального давления, у пациента продолжалось снижение когнитивных функций, что проявлялось в нарушении памяти со снижением по закону Рибо. При этом, если ранее он с этой проблемой неоднократно обращался к неврологу, то сейчас критика к своему состоянию снизилась и не вызвала дискомфорта у пациента. Эпизодично наблюдалась квазипсихотическая симптоматика по типу маниакальной с конгруэнтным аффекту бредом — особых возможностей. На протяжении последующего месяца (январь 2024 г.) фиксировалось когнитивное снижение в виде растерянности и рассеянности, особенно в сфере внешнего вида и корректности одевания, а также обслуживания собственного автотранспорта. В это же время наблюдалось грубое снижение чуткости и неадекватная реакция после совершения ДТП — атипичная модель поведения в ситуации, выходящей за рамки обыденности. Так же, стоит обратить внимание на появление ряда неврологических симптомов (горизонтальный нистагм 1 степени, дизартрия, шаткость при ходьбе, неустойчивость в позе Ромберга, гипертонус

нижних конечностей по экстрапирамидному типу, оживление сухожильных рефлексов), являющихся маркерами развития паралитического процесса у пациента. В картине общесоматического состояния отмечалась бессонница и потеря аппетита.

В период стационарного лечения на протяжении нескольких месяцев наблюдалось неуклонное прогрессирование заболевания, даже на фоне психофармакотерапии и повторной антибактериальной терапии, направленной на этиологическую причину прогрессивного паралича. В последующем пациент достиг межличностного состояния между периодом разгара болезни и манифестацией слабоумия, которое характеризовалось нарастающим дефектом когнитивной функции, достигающей степени «зоологической психики».

Заключение

В связи с полиморфностью клинической картины нейросифилиса подход к диагностике, маршрутизации и лечению таких пациентов является междисциплинарным (Приказ Минздрава РФ от 30 июля 2001 г. N 291 «О мерах по предупреждению распространения инфекций, передаваемых половым путем»). Врач абсолютно любой специальности может столкнуться с пациентом, имеющим неврологическую и/или психотическую симптоматику, при этом в большинстве случаев специалист или даже сам пациент не имеют достоверных сведений о заражении сифилисом. Данный случай подчеркивает важность своевременного выявления и лечения нейросифилиса. Следует помнить, что поздние проявления нейросифилиса могут начаться с отдельных когнитивных нарушений, которые могут напоминать симптомы первичных нейродегенеративных заболеваний и других нарушений центральной нервной системы. Врачам необходимо быть бдительными относительно сифилитической инфекции, как потенциальной причины ухудшения когнитивных функций, а также отсроченных осложнений, вызванных инфицированием пациента.

Литература / References

1. Васильева О.А., Карпов С.М., Казиев А.Х. Когнитивные нарушения при позднем нейросифилисе. *Неврологический вестник*. 2012;44(1):10-13. Vasil'yeva OA, Karpov SM, Kaziyeu Akh. Cognitive disorders at late neurosiphilis. *Nevrologicheskiy vestnik*. 2012;44(1):10-13. (In Russ.).
2. Колоколов О.В., Тихонова Л.А., Бакулев А.Л., Шоломов И.И., Зуев В.В., Колесников А.И. Сифилитический церебральный васкулит: возможности диагностики. *Журнал неврологии и психиатрии им. С.С. Корсакова*. 2012;112(4):1117. Kolokolov OV, Tikhonova LA, Bakulev AL, Sholomov II, Zuev VV, Kolesnikov AI. Syphilitic cerebral vasculitis: diagnostic possibilities. *Zhurnal nevrologii i psixiatrii im. S.S. Korsakova*. 2012;112(4):1117. (In Russ.).
3. Котова Е.Г., Кобякова О.С., Кубанов А.А. и др. Ресурсы и деятельность медицинских организаций дерматовенерологического профиля. *Заболеваемость инфекциями, передаваемыми половым путем, заразными кожными болезнями и болезнями кожи в 2022 году: статистические материалы*. М.: ФГБУ «ЦНИИОИЗ» Минздрава России, 2023. Kotova Ye.G., Kobyakova O.S., Kubanov A.A. i dr. *Resursy i deyatel'nost' meditsinskikh organizatsiy dermatovenerologicheskogo profilya. Zabolevayemost' infektsiyami, peredavayemyi polovym putem, zaraznymi kozhnymi boleznyami i boleznyami kozhi v 2022 godu: statisticheskiye materialy*. M.: FGBU «TSNIIOIZ» Minzdrava Rossii, 2023. (In Russ.).
4. Лосева О.К., Важбин Л.Б., Шувалова Т.М., Заляевская О.В., Юдакова В.М., Устьянцев Ю.Ю. Нейросифилис в практике психиатра. *Журнал неврологии и психиатрии им. С.С. Корсакова*. 2011;111(12):77-82.

- Loseva OK, Vazhbin LB, Shuvalova TM, Zalevskaya OV, Yudakova VM, Ust'iantsev YuYu. Neurosyphilis in the psychiatric practice. *Zhurnal nevrologii i psikiatrii im. S.S. Korsakova*. 2011;111(12):77-82. (In Russ.)
5. Миргородская О.В., Поликарпов А.В., Голубев Н.А., Огрызко Е.В., Шелепова Е.А. К вопросу об организации медицинской помощи населению и ее ресурсном обеспечении во время пандемии новой коронавирусной инфекции COVID-19 в Российской Федерации. *Профилактическая медицина*. 2022;25(5):28-36.
Mirgorodskaya OV, Polikarpov AV, Golubev NA, Ogryzko EV, Shelepova EA. On the issue of organizing medical care for the population and its resource provision during the pandemic of a new coronavirus infection (COVID-19) in the Russian Federation. *Profilakticheskaya medicina*. 2022;25(5):28-36. (In Russ.).
<https://doi.org/10.17116/profmed20222505128>
 6. Огрызко Е.В., Залевская О.В., Миргородская О.В. Анализ заболеваемости сифилисом в Российской Федерации в до- и постковидное время. Современные проблемы здравоохранения и медицинской статистики. 2024;1:433-454.
Ogryzko EV, Zalevskaya OV, Mirgorodskaya OV. Analysis of Syphilis Incidence in the Russian Federation in Pre- and Post-COVID Times. *Sovremennye problemy zdavoohraneniya i medicinskoj statistiki*. 2024;1:433-454. (In Russ.).
 7. Brisset M, Chadenat ML, Cordoliani Y, Kamga-Tallom R, D'Anglejean J, Pico F. MRI features of neurosyphilis. *Rev Neurol* 2011;167(4):337-342.
<https://doi.org/10.1016/j.neurol.2010.08.012>
 8. Britton LJ, Joyner BE, Ewart AH. Neurosyphilis: not to be forgotten. *Intern Med J* 2004;34(5):299-300.
<https://doi.org/10.1111/j.1444-0903.2004.00577.x>
 9. Chesney AM, Kemp JE. Incidence of *Spirochaeta pallida* in cerebrospinal fluid during early stage of syphilis. *J Am Med Assoc* 1924;83:1725-1728.
https://doi.org/10.1007/978-1-4939-7290-6_27
 10. Ghanem KG, Ram S, Rice PA. The Modern Epidemic of Syphilis. *N Engl J Med*. 2020;382(9):845-854.
<https://doi.org/10.1056/NEJMra1901593>
 11. Grivois JP, Caumes E. When to think about neurosyphilis? *Rev Prat* 2004;54(4):396-399.
 12. Holmes KK, Sparling PF, Stamm WE, Piot P, Wasserheit JN, Corey L, Cohen MS. *Sexually Transmitted Diseases*. McGraw-Hill Medical; 2008.
 13. Lukehart SA, Hook EW, Baker-Zander SA, Collier AC, Critchlow CW, Handsfield HH. Invasion of the central nervous system by *Treponema pallidum*: Implications for diagnosis and treatment. *Ann Intern Med*. 1988;109:855-862.
<https://doi.org/10.7326/0003-4819-109-11-855>
 14. Marra CM. Neurosyphilis. *Curr Neurol Neurosci Rep*. 2004;4(6):435-440.
<https://doi.org/10.1007/s11910-004-0065-x>
 15. Nagano I, Abe K. Neurosyphilis. *Nippon Rinsho*. 2004;62:231-234.
 16. Schiff E, Lindberg M. Neurosyphilis. *South Med J*. 2002;95(9):1083-1087.
 17. Syouzaki T, Arahata S, Araki E, Furuya H, Fujii N. A case of Lissauer form of parietic neurosyphilis with drop attacks and dementia. *Rinsho Shinkeigaku*. 2010;50(7):478-481.
<https://doi.org/10.5692/clinicalneuro.50.478>
 18. Wang J, Guo Q, Zhou P, Zhang J, Zhao Q, Hong Z. Cognitive impairment in mild general paresis of the insane: AD-like pattern. *Dement Geriatr Cogn Disord*. 2011;31(4):284-290.
<https://doi.org/10.1159/000326908>
 19. Yu Y, Wei M, Huang Y, Jiang W, Liu X, Xia F, Li D, Zhao G. Clinical presentation and imaging of general paresis due to neurosyphilis in patients negative for human immunodeficiency virus. *J Clin Neurosci*. 2010;17(3):308-310.
<https://doi.org/10.1016/j.jocn.2009.07.092>

Сведения об авторах

Чинарев Виталий Александрович — врач-психиатр, заведующий девятого мужского клинического психиатрического отделения первичного эпизода ГБУЗ «Областная клиническая специализированная психоневрологическая больница №1» (Россия, Челябинск, ул. Кузнецова, д. 2А, 454087); ассистент кафедры психиатрии ФГБОУ ВО «Южно-Уральский государственный медицинский университет Минздрава России» (Россия, Челябинск, ул. Воровского, д. 64, 454092). E-mail: v.chinarev@okspnb.ru

Малинина Елена Викторовна — доктор медицинских наук, профессор, заведующая кафедры Психиатрии ФГБОУ ВО «Южно-Уральский государственный медицинский университет Минздрава России» (Россия, Челябинск, ул. Воровского, д. 64, 454092). E-mail: malinina.e@rambler.ru

Обухова Мария Дмитриевна — студентка 5 курса факультета «Лечебное дело», ФГБОУ ВО «Южно-Уральский государственный медицинский университет Минздрава России» (Россия, Челябинск, ул. Воровского, д. 64, 454092). E-mail: maria.obuhova2014@yandex.ru

Поступила 11.06.2024

Received 11.06.2024

Принята в печать 23.10.2024

Accepted 23.10.2024

Дата публикации 28.03.2025

Date of publication 28.03.2025