



СЛУЧАЙ ИЗ ПРАКТИКИ

УДК: 616-002.6-056.7+616.8

О ПОРАЖЕНИИ ЦНС ПРИ РАННЕМ ВРОЖДЕННОМ СИФИЛИСЕ

© Т.В. Мелашенко, И.Р. Милявская, И.А. Горланов, Л.М. Леина

ГБОУ ВПО «Санкт-Петербургский государственный педиатрический медицинский университет» Минздрава России

Резюме. Ранний врожденный сифилис в 60 % случаях сопровождается специфическим поражением центральной нервной системы. Клинические проявления нейросифилиса у новорожденных обычно отсутствуют. Диагностика основывается на серологическом обследовании ликвора и проведения МРТ. В статье представлены два случая раннего врожденного сифилиса с поражением центральной нервной системы.

Ключевые слова: новорожденные дети; ранний врожденный сифилис; поражение ЦНС.

Проявления раннего врожденного сифилиса (РВС) у новорожденных отличаются вариабельностью симптоматики от полного отсутствия клинических проявлений до тяжелых полиорганных поражений. Состояние детей со стервой или латентной формой РВС при отсутствии сопутствующей патологии может быть удовлетворительным и подчас не вызывает беспокойства. Необходимо помнить, что все дети, рожденные от матерей, больных сифилисом, требуют углубленного обследования и полноценного лечения, так как волнообразное течение сифилитического процесса в любой момент может перевести латентную форму заболевания в манифестную.

Наиболее легко РВС диагностируется при обнаружении у ребенка клинических проявлений со стороны кожи и слизистых оболочек (сифилитическая пузырчатка, папулезная сыпь, сифилитический ринит). Однако, в связи с полиморфизмом клиники, кожные проявления при врожденном сифилисе встречаются не более чем у 20%, а ринит у 1% детей. Висцеральные формы РВС (поражение печени, селезенки, почек, легких, центральной нервной системы) требуют дифференциальной диагностики с другими внутриутробными инфекциями. Тем не менее, при РВС существуют достоверные признаки, которые не визуализируются при осмотре, однако встречаются довольно часто. Речь идет о специфическом поражении ЦНС (латентный менингит), диагностируемом при исследовании спинномозговой жидкости и длинных трубчатых костей (остеохондрит и периостит), выявляемом при рентгенологическом обследовании.

Актуальность освещения вопросов раннего врожденного сифилиса у новорожденных детей определяется особенностью клинического течения с высо-

кой вероятностью поражения центральной нервной системы и нередкими случаями сифилиса у женщин детородного возраста [8]. В России и в странах Восточной Европы в последнее время все еще выявляются случаи врожденного сифилиса [7].

Симптоматика врожденного нейросифилиса у 60% новорожденных не имеет специфичной и достаточно выраженной клинической картины [5]. Стертость или отсутствие клинического проявления врожденного раннего нейросифилиса может привести к недооценке тяжести состояния и является одной из причин поздней диагностики и неполноченного лечения.

Своевременная диагностика врожденного нейросифилиса в неонatalный период способствует адекватному лечению и предупреждает развитие возможных осложнений в ранний и отдаленный периоды.

Диагностика сифилитического поражения центральной нервной системы основана на клинической картине, данных нейровизуализации и специфических серологических тестах в спинномозговой жидкости пациента [4]. Разработанные стандарты серодиагностики нейросифилиса включают обязательное исследование цереброспинальной жидкости с определением микрореакции преципитации РПГА, ИФА Ig G, ИФА Ig M, РИФ, вне зависимости от клинического проявления и сроков заражения [1]. Чувствительность иммунных реакций различается и колеблется от 75% до 95%, наиболее высокой специфической чувствительностью отличается метод РПГА (достигает 98,5%) и РИФ [2].

Специфические изменения, свойственные врожденному нейросифилису, проявляются лимфоцитарной инфильтрацией сосудов оболочек мозга

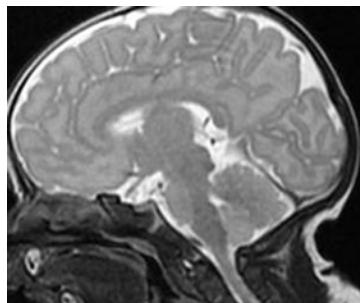


Рис. 1. МРТ головного ребенка (клиническое наблюдение № 1), ВИ Т2, сагиттальный срез, определяется наружная гидроцефалия по атрофическому типу

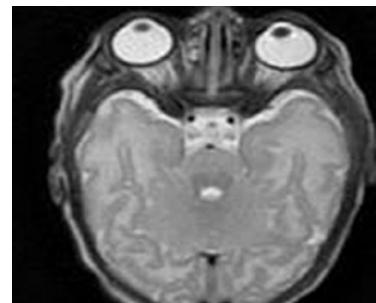


Рис. 2. МРТ головного ребенка (клиническое наблюдение № 1), ВИ Т2, аксиальный срез, определяется наружная гидроцефалия по атрофическому типу

с распространением периваскулярного воспалительного процесса через пространства Вирхова–Робина на оболочки и паренхиму мозга. Основные формы нейросифилиса, диагностируемые у детей периода новорожденности, представлены в основном, менингитом и менинговаскулитом. Паренхиматозные изменения (энцефалит и менингоэнцефалит) встречаются редко [9]. Хронический менингоэнцефалит при врожденном нейросифилисе может привести к развитию гидроцефалии и внутричерепной гипертензии. При нейровизуализации, а именно МРТ головного мозга у новорожденных с врожденным нейросифилисом, диагностируют базальный менингит, расширение пространств Вирхова–Робина, атрофические формы гидроцефалии [3].

Изменения цереброспинальной жидкости у новорожденных детей с нейросифилисом характеризуются умеренным плеоцитозом лимфоцитарного характера и повышенным содержанием белка. Важно подчеркнуть, что наиболее выраженная церебральная воспалительная реакция при РВС обычно встречается при микст-инфекциях (сочетание двух или нескольких бактериально-вирусных нейроинфекций).

В настоящее время в доступной нам литературе отсутствует достаточно полная информация об особенностях клинического течения врожденного нейросифилиса в неонatalный период.

Мы представляем случаи РВС с латентным нейросифилисом у новорожденных детей.

КЛИНИЧЕСКОЕ НАБЛЮДЕНИЕ № 1

Новорожденный доношенный мальчик родился от 2-й беременности с массой рождения 1955 г, оценкой по шкале Апгар 7/8 баллов. Поступил в отделение ОРИТ новорожденных Клиники СПб ГПМУ в возрасте 7 дней для обследования на врожденный сифилис. Мать ребенка на учете по беременности не состояла, не обследовалась. В родильном доме у нее выявлены положительная микрореакция (4+ 1/8), и ИФА (+), диагностирован ранний скры-

тый сифилис. При поступлении у ребенка внешних проявлений сифилиса не отмечалось, состояние было средней тяжести в связи с неврологической симптоматикой, проявляющейся синдромом гипервозбудимости ЦНС (тремор конечностей средней амплитуды в покое D=S, усилением врожденных спинальных рефлексов D=S, усилением мышечного флексорного тонуса D=S), синдромом вегетативных нарушений (срыгивание). Со стороны внутренних органов патологии не выявлено. При обследовании в клинических и биохимических анализах патологии не выявлено. Серологические тесты крови на сифилис оказались положительным (м/р 4+ 1/8, ИФА Ig G+, ИФА IgM +, РПГА 4+). При рентгенологическом обследовании обнаружен специфический остеохондрит II степени. На 20-й день жизни проведена лумбальная пункция в ликворе определены положительные реакции ИФА IgG+, РПГА+ и белково-клеточная диссоциация (белок 1,22 г/л, цитоз 8/3 нейтрофильного характера). При МРТ головного мозга диагностирована наружная заместительная гидроцефалия (рис. 1, рис. 2). На основании анамнеза и результатов лабораторно-инструментального обследования ребенку диагностирован ранний врожденный сифилис с поражением центральной нервной системы и костей. Проведена специфическая терапия пенициллином по общепринятой схеме: пенициллин 100 мг/кг в сутки — четырехкратное внутримышечное введение, длительность терапии составляла 28 дней. После проведенного лечения ребенок выписан домой в удовлетворительном состоянии под наблюдение педиатра и дерматовенеролога по месту жительства. Патологической неврологической симптоматики, задержки психомоторного развития не отмечалось.

КЛИНИЧЕСКОЕ НАБЛЮДЕНИЕ № 2

Новорожденный доношенный ребенок родился от 5-й беременности, 4-х срочных родов, от необследованной женщины, в анамнезе которой был сифилис, но она не наблюдалась и не получила профи-

лактического лечения. Мальчик поступил на ОРИТ новорожденных Клиники СПбГПМУ на 5-й день жизни. Масса при рождении 2610 г, оценка по шкале Апгар при рождении 7/8 баллов, в роддоме без патологической симптоматики. Состояние при поступлении средней тяжести, сосал вяло, срыгивал, отмечался синдром гипервозбудимости ЦНС (тремор конечностей D=S при осмотре, усиление спинальных врожденных рефлексов D=S, легкое усиление физиологического гипертонуса новорожденных D=S). При обследовании со стороны внутренних органов патологии не определялось. Клинические анализы крови и мочи без патологии. В биохимическом анализе отмечено повышение АЛТ и АСТ в 2 раза и СРБ (9 ммоль/л). Серологические тесты крови на сифилис были положительным (микро-реакция 4+1/2, ИФА IgM+, ИФА Ig+, РПГА+4). В спинномозговой жидкости также определялись положительные тесты ИФА IgG+ и РПГА 4+) и выявлена белково-клеточная диссоциация (белок 1,32 г/л, цитоз 23/3 лимфоцитарного характера). На МРТ головного мозга диагностирована наружная гидроцефалия по атрофическому типу. На рентгенограммах длинных трубчатых костей выявлен остеохондрит II степени. На основании анамнеза и полученных результатов лабораторно-инструментального обследования ребенка диагностирован ранний врожденный сифилис с поражением центральной нервной системы и костей. Назначена специфическая терапия пенициллином 100 мг/кг в 4 приема парентерально в течение 28 дней. После проведенного лечения патологической неврологической симптоматики не определялось. Ребенок выписан домой под наблюдение педиатра и дерматовенеролога по месту жительства в удовлетворительном состоянии.

ОБСУЖДЕНИЕ ПРИВЕДЕННЫХ КЛИНИЧЕСКИХ НАБЛЮДЕНИЙ РАННЕГО ВРОЖДЕННОГО НЕЙРОСИФИЛИСА У НОВОРОЖДЕННЫХ ДЕТЕЙ

В приведенных клинических наблюдениях обращает на себя внимание отсутствие манифестных специфических симптомов поражения головного мозга. Диагностика врожденного сифилиса основывалась только на серологическом исследовании крови и цереброспинальной жидкости. Характерное изменение цереброспинальной жидкости у пациентов с врожденным нейросифилисом представлено патологическим повышением содержания белка при отсутствии клеточной реакции микроглии [10]. По результатам проведенного МР-сканирования головного мозга у наблюдавших новорожденных диагностирована наружная гидроцефалия по атрофическому типу, что совпадает с данными других исследователей [6].

ВЫВОДЫ

Для своевременной диагностики поражения центральной нервной системы при врожденном сифилисе необходимо проведение комплексного исследования цереброспинальной жидкости, включающее использование методов серодиагностики и рутинное определение клеточно-белкового состава ликвора. Отсутствие специфической клиники поражения головного мозга у новорожденных детей не исключает проведения исследования цереброспинальной жидкости. При выявлении врожденного нейросифилиса длительность специфического антибактериального лечения составляет 28 дней.

ЛИТЕРАТУРА

1. Катаева И.В., Фриго Н.В., Лесная Г.Л. Анализ заболеваемости и качества лабораторной диагностики нейросифилиса в Российской Федерации // Вестник дерматологии и венерологии. – 2011. – № 3. – С. 18.
2. Фриго Н.В., Катунин Г.Г., Ротанов С.В. Современные иммунологические методы исследования цереброспинальной жидкости у больных нейросифилисом // Вестник дерматологии и венерологии. – 2011. – № 6. – С. 49.
3. Barkovich A.J. Ped. Neuroimaging // 3th ed. Philadelphia: Lippincott Williams@Wilkins. – 2005. – P. 932.
4. Conde-Sendin M.A., Hernander-Fleta J.L., Corderes-Santana M.A. et al. Neurosyphilis: forms of presentation and clinical management // Rev. Neurol. – 2002. – Vol. 35 (4). – P. 380–386.
5. Herremans T. A., Geek Kort L., Notermans D.W. Review of diagnostic tests for congenital syphilis in newborn // Eur. J. Clin. Microbiol. Infect. Dis. – 2010. – Vol. 29(5) – P. 495.
6. Silva S., Raquel Henriques, JoA o Paulo Gomes et al. Could we miss congenital neurosyphilis? // The Lancet infections Diseases. – 2012. – Vol. 12. – P. 816.
7. Talati A.J., Koneru P. Neonates at risk for congenital syphilis: radiographic and cerebrospinal fluid evaluations // South Med. J. – 2011. – Vol. 104 (12). – P. 827–830.
8. Tikhonova L. Congenital Syphilis in the Russian Federation: magnitude, determinants and consequences // Sexually Transmitted infections. – 2003. – Vol. 79 (2). – P. 67.
9. Volpe J.J. Neurology of the Newborn // WB “Saunders”. – Philadelphia. – 2001. – P. 217–497.
10. Wolf B., Kalanger K. Congenital neurosyphilis revisited // Eur. Journal Pediatr. – 1993. – Vol. 152. – P. 493–495.

CNS DEFEAT IN EARLY CONGENITAL SYPHILIS

Melashenko T.V., Milyavskaya I.R., Gorlanov I.A., Leina L.M.

◆ **Resume.** Early congenital syphilis, in 60 % of cases, accompanied by a specific lesion of the central nervous system. Clinical

manifestations of neurosyphilis in newborns are usually absent. Diagnosis is based on serological examination of cerebrospinal fluid and MRI. The paper presents two cases of early syphilis with central nervous system.

◆ **Key words:** newborns; early congenital syphilis; CNS.

◆ Информация об авторах

Мелашенко Тамара Владимировна – врач-невролог ОРИТ новорожденных клиники ГБОУ ВПО «Санкт-Петербургский государственный педиатрический медицинский университет» Минздрава России. 194100, Санкт-Петербург, ул. Литовская, д. 2. E-mail: venerology@mail.ru.

Миляевская Ирина Романовна – канд. мед. наук, доцент кафедры дерматовенерологии. ГБОУ ВПО «Санкт-Петербургский государственный педиатрический медицинский университет» Минздрава России. 194100, Санкт-Петербург, ул. Литовская, д. 2. E-mail: venerology@mail.ru.

Горланов Игорь Александрович – д-р мед. наук, профессор, заведующий кафедрой дерматовенерологии. ГБОУ ВПО «Санкт-Петербургский государственный педиатрический медицинский университет» Минздрава России. 194100, Санкт-Петербург, ул. Литовская, д. 2. E-mail: venerology@mail.ru.

Леина Лариса Михайловна – канд. мед. наук, доцент кафедры дерматовенерологии. ГБОУ ВПО «Санкт-Петербургский государственный педиатрический медицинский университет» Минздрава России. 194100, Санкт-Петербург, ул. Литовская, д. 2. E-mail: venerology@mail.ru.

*Melashenko Tamara Vladimirovna – Neurologist ICU Neonatal Clinic of Saint-Petersburg State Pediatric Medical University. 2, Litovskaya St., St. Petersburg, 194100, Russia.
E-mail: venerology@mail.ru.*

Milyavskaya Irina Romanovna – MD, PhD, Associate Professor, Department of Dermatology and Venereology. Saint-Petersburg State Pediatric Medical University. 2, Litovskaya St., St. Petersburg, 194100, Russia. E-mail: venerology@mail.ru.

Gorlanov Igor Aleksandrovich – MD, PhD, Dr Med Sci, Professor, Head of Department of Dermatology and Venereology. Saint-Petersburg State Pediatric Medical University. 2, Litovskaya St., St. Petersburg, 194100, Russia. E-mail: venerology@mail.ru.

Leina Larisa Mikhaylovna – MD, PhD, Associate Professor, Department of Dermatology and Venereology. Saint-Petersburg State Pediatric Medical University. 2, Litovskaya St., St. Petersburg, 194100, Russia. E-mail: venerology@mail.ru.