

**Психические нарушения при
сифилитическом поражении
ГОЛОВНОГО МОЗГА**

Рубрификация психических расстройств в МКБ-10

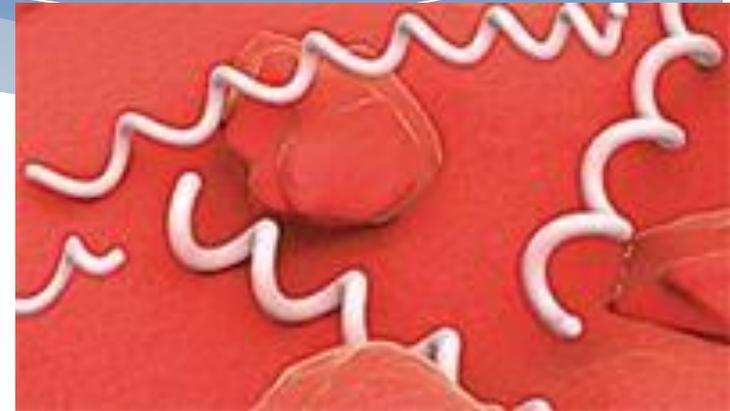
В МКБ-10 психические расстройства, обусловленные сифилисом мозга и прогрессирующим параличом, представлены в разделе «Органические, включая симптоматические психические расстройства» **F 00 — F 09** и кодируются в соответствии с ведущим синдромом (деменция, амнестические, галлюцинаторные, бредовые, аффективные расстройства и нарушения поведения)

Сифилитическое поражение головного мозга:

- * При сифилитическом поражении головного мозга выделяют, исходя из локализации и периода, прошедшего после начала заболевания сифилисом, отдельные самостоятельные клинические формы:
- * **СИФИЛИС МОЗГА**
- * **ПРОГРЕССИВНЫЙ ПАРАЛИЧ**

Этиология- Бледная Трепонема (*Treponema pallidum*):

- * И сифилис мозга, и прогрессивный паралич возникают в результате заражения бледной спирохетой, однако они резко отличаются по времени начала заболевания, по характеру и локализации патологического процесса, а также по клинической картине



Сифилитическое поражение головного мозга:

	СИФИЛИС МОЗГА	ПРОГРЕССИВНЫЙ ПАРАЛИЧ
Форма нейросифилиса	Ранняя	Поздняя
Первичное поражение	Оболочки и сосуды мозга	Паренхима
Название формы в зависимости от локализации патологического процесса	Мезодермальный сифилис или менингovasкулярный	Эктодермальный или паренхиматозный сифилис
Инкубационный период	5-7 лет	8-12 лет и более

Сифилис мозга (*Lues cerebri*)

- * Под обобщающим названием «сифилис мозга» объединяются различные по своей клинической картине нервно-психические нарушения, связанные с сифилитическим поражением сосудов головного мозга, его оболочек или, что бывает значительно реже, возникновением гумм



Психические расстройства при сифилисе мозга

- * Психопатологические проявления сифилиса мозга весьма разнообразны и обусловлены главным образом:
 - * стадией болезни
 - * локализацией
 - * распространенностью патологического процесса

- 
- * **Сифилис мозга** — прогрессирующее заболевание и может привести к выраженному в той или иной степени дисмнестическому (парциальному) слабоумию

Клинические формы сифилиса мозга

- * Единой классификации форм сифилиса мозга нет. Это объясняется большим разнообразием клинических проявлений. Наиболее часто выделяют следующие варианты сифилиса головного мозга:
- * **Нервно-психические нарушения вследствие поражения оболочек мозга (острый и хронический менингит)**
- * **Апоплектиформная форма**
- * **Эпилептиформная форма**
- * **Гуммозная форма**
- * **Галлюцинаторно-параноидная форма**

Острый сифилитический менингит

- * развивается преимущественно во вторичном периоде и проявляется:
- * общемозговыми явлениями (головные боли, головокружения, рвота)
- * повышенной температурой тела
- * типичными менингеальными симптомами (симптом Кернига, ригидность затылочных мышц и т.д.)
- * поражением черепных нервов
- * нередко возникающими эпилептиформными судорогами
- * симптомами помрачения сознания по типу оглушения, спутанности или делирия

Хронический сифилитический менингит

- * Развивается значительно чаще, чем острый менингит, нередко проникающий в вещество мозга (менингоэнцефалит)
- * Помимо выраженной патологии черепных нервов у больных отмечаются:
 - * головные боли
 - * раздражительность
 - * склонность к аффективным реакциям
 - * нередко подавленное настроение

Хронический сифилитический менингит

- * Иногда менингит развивается по выпуклой (конвекситатной) поверхности мозга. При этой локализации патологического процесса наиболее яркими симптомами являются
 - * судорожные состояния
 - * нарушения сознания
- * Больные либо оглушены и подавлены, либо находятся в состоянии спутанности и двигательного возбуждения. Судорожные приступы носят характер джексоновских или генерализованных припадков

Неврологическая симптоматика при сифилитических менингитах:

- * Менингеальные симптомы
- * Патология черепных нервов (птоз, косоглазие, анизокория, нистагм, снижение слуха, поражение лицевого и тройничного нервов и т.д.)
- * Аграфия
- * Апраксия
- * Геми- и моноплегия
- * Зрачковые симптомы (помимо анизокории и деформации зрачков) выражаются чаще всего в вялой реакции на свет и аккомодации
- * Типичный симптом Аргайла-Робертсона бывает не всегда

- * Встречаются случаи и **асимптомного сифилитического менингита**, когда заболевание проявляется только характерными изменениями ликвора

Апоплектиформная форма сифилиса мозга

- * Эта форма встречается наиболее часто
- * Развивается на основе специфического поражения церебральных сосудов
- * Клинически проявляется частыми инсультами с последующими очаговыми поражениями

Аноплектиформная форма сифилиса мозга

- * Первое время очаговые поражения нестойки, обратимы, затем же становятся все более множественными, прочными и постоянными. Обширные неврологические расстройства могут быть представлены самыми разнообразными (в зависимости от локализации поражения) симптомами:
- * параличами и парезами конечностей
- * поражением черепных нервов
- * апраксией
- * Агнозией
- * псевдобульбарными явлениями и т.д.
- * Почти постоянным признаком является ослабление зрачковой реакции на свет

Апоплектиформная форма сифилиса мозга

- * Очень характерны головные боли
- * Головокружения
- * Снижение памяти

- * Больные становятся раздражительными, придирчивыми, слабодушными, иногда гневливыми или подавленными. Отмечаются эпизоды помрачения сознания, главным образом по типу сумеречного
- * По мере утяжеления неврологической симптоматики происходит все более отчетливое нарастание дисмнестического слабоумия

Эпилептиформная форма сифилиса мозга

- * Клиническая картина этой формы внешне напоминает эпилепсию:
- * появляются судорожные состояния
- * могут отмечаться периоды измененного сознания и настроения
- * снижается память

Гуммозная форма сифилиса мозга

- * Эта форма встречается значительно реже других
- * Образуются единичные (солитарные) или множественные малые гуммы
- * В зависимости от их локализации и величины выявляются различные неврологические расстройства

Гуммозная форма сифилиса мозга

- * Обычно гуммы не достигают такой величины, чтобы вызвать сдавление, но иногда все же бывают симптомы, весьма напоминающие картину опухоли мозга: повышение внутричерепного давления
- * рвота
- * резкие головные боли
- * Адинамия
- * реже — помрачение сознания
- * а со стороны глазного дна — застойные соски зрительных нервов

- * При гуммозной форме могут также возникать судорожные состояния

Галлюцинаторно-параноидная форма

- * Эта форма характеризуется появлением обмана чувств и возникновением бредовых идей с превалированием то тех, то других
- * Галлюцинации чаще всего слуховые, но могут быть и зрительные, тактильные, висцеральные и т.д
- * Больные слышат оклики, иногда музыку, но чаще всего неприятные разговоры, угрозы, обвинения и брань по своему адресу
- * Зрительные галлюцинации также обычно неприятного и даже устрашающего характера: больной видит какие-то рожи, мохнатые руки, тянущиеся к его горлу, бегущих крыс
- * Из бредовых идей чаще всего отмечается бред преследования, реже — иного характера (ипохондрический, величия, самообвинения и т.д.)

Бредовые идеи при галлюцинаторно-параноидной форме:

- * Бредовые идеи, как правило, просты, связаны с непосредственным окружением больного, лишены символичности Больные уверяют, что соседи «специально, чтобы извести включают во всю мощь приемник», что сестра «сделала не тот укол», что врачи «запустили его состояние» и т.д.

Неврологическая симптоматика при галлюцинаторно-параноидной форме:

- * преимущественно диффузный характер и выражена нерезко
- * характерны анизокория
- * вялая реакция зрачков на свет
- * иногда встречаются асимметрия лица
- * небольшой птоз
- * отклонения языка в сторону и т.д

* Характерные (особенно в начальных стадиях заболевания) неврозоподобные симптомы в виде повышенной раздражительности, плохого сна, утомляемости, тревожности и подавленности (иногда до выраженной депрессии) объясняют в основном двумя причинами:

- * **1) реакцией человека на сам факт заболевания сифилисом**
- * **2) общей интоксикацией организма и, в частности, головного мозга**

Патогенез (менингиты, менингоэнцефалиты):

- * Наиболее характерно поражение мягкой мозговой оболочки (лептоменингит), заключающееся в инфильтрации ее ткани лимфоцитами, плазматическими клетками и фибробластами. Нередко патологический процесс из мягкой мозговой оболочки проникает по сосудам к соединительным перегородкам в вещество мозга, вызывая явления менингоэнцефалита.
- * Преимущественная локализация лептоменингита — основание мозга, и лишь иногда встречается воспаление мягкой оболочки выпуклой (конвекситатной) поверхности больших полушарий.

Патогенез (эндартерииты):

- * Наступает пролиферация интимы (разрастание эндотелия), инфильтрация клеточными элементами среднего и адвентициального слоев сосудистой стенки. Указанные изменения в одних случаях могут привести к разрыву сосуда с последующим кровоизлиянием (инсульт), в других — к облитерации его просвета, нарушению питания соответствующих участков мозга и гибели нервной ткани.
- * Закупорка крупных церебральных сосудов приводит к образованию в мозге очагов размягчения.

Патогенез (изолированные гуммы)

- * Гуммозные узлы возникают в результате разрастания грануляционной ткани вокруг облитерированных сосудов в веществе мозга и мягкой мозговой оболочке. Бывают единичными и множественными и в зависимости от величины могут более или менее глубоко проникать в ткань мозга. Особенно глубоко проникают в мозг солитарные гуммы, так как они иногда достигают размера грецкого ореха и даже более.

Диагноз и дифференциальный диагноз

- * Дифференциальный диагноз ставится на основе комплексного обследования больного, куда обязательно должны входить:
- * 1) тщательный сбор анамнеза. При этом следует помнить, что иногда больные могут не знать о факте заражения сифилисом (так называемый неведомый сифилис — lues ignorata)
- * 2) подробное соматическое и неврологическое обследование (возможное обнаружение явления висцерального сифилиса, участков лейкодермы, характерная неврологическая симптоматика)
- * 3) тщательное изучение психического состояния (например, доступность больного, отсутствие при галлюцинаторно-бредовом синдроме характерных для шизофрении нарушения мышления, явления аутизма и т.д.)
- * **4) обязательное исследование крови и детальный анализ спинномозговой жидкости**

Дифференциальный диагноз :

Формы сифилиса мозга	Дифференциальный диагноз с
Сифилитический менингит	Менингиты иной этиологии
Эпилептиформная форма	Эпилептическая болезнь
Апоплектиформная форма	Сосудистые поражения мозга
Гуммозная форма	Другие объемные образования
Галлюцинаторно-параноидная форма	Шизофрения

Трудовая экспертиза

- * В зависимости от тяжести клинической картины больной может перейти на инвалидность III, II и даже I группы (например, при тяжело протекающей апоплектиформной форме) Вместе с тем при своевременном проведенном лечении больной может вернуться к своей прежней работе

Судебно-психиатрическая экспертиза

- * Судебно-психиатрическая экспертиза при сифилисе мозга в связи с разнообразием клинических проявлений не должна определяться лишь одним диагнозом заболевания, в каждом случае экспертное заключение выносится индивидуально с учетом конкретных проявлений болезни
- * При психотических формах, а также выраженном слабоумии и деградации личности больные с сифилисом мозга невменяемы
- * В настоящее время при проведении судебно-психиатрической экспертизы чаще всего встречаются больные, у которых благодаря длительному и тщательному лечению сифилиса отмечаются лишь незначительные психические расстройства. Такие лица критически относятся к своему состоянию, сохраняют профессиональные знания и навыки, в связи с чем при проведении судебно-психиатрической экспертизы признаются вменяемыми в отношении инкриминируемых им деяний

ЛЕЧЕНИЕ:

- * Основным и наиболее распространенным методом лечения сифилиса мозга считается **пенициллинотерапия** (на курс лечения не менее 12 000 000 ЕД). Проводят несколько курсов. При повторных курсах целесообразно назначать пролонгированные формы пенициллина — экмонвоциллин по 300 000 ЕД внутримышечно 2 раза в сутки
- * Лечение антибиотиками комбинируют с **препаратами йода и висмута**. На курс до 40 г бийохинола. Эти препараты применяют в сочетании с витаминами, особенно группы В, проводят также общеукрепляющее лечение.
- * Для лечения больных с психическими расстройствами используют **психотропные средства** в зависимости от ведущего синдрома