

бо ҳолати норасоии масунӣ ва чалазод таваллуд мешаванд.

Беморӣ дар ин гурӯҳи навзодон дар шакли раванди уфунии умумибаданӣ бо этилоли ҳамаи узвҳо ва силсилаҳо, бо оризаҳои паиҳам ва оқибатҳои марговар ё ки бо басомади баланди маъҷубият меғузарад.

Дар мубталоёни хламидиоз бошад, ин беморӣ дар шакли илтиҳоби шуш ва илтиҳоби чиркноки мултаҳима бо ҷараёни некзот ва оқибати созгор меғузарад.

Summary

CLINIC SEROLOGICAL SYMPTOMS OF INTRAUTERINE INFECTIONS IN NEW-BORNS

K.I. Ismailov, M.A. Yusupova

In the article authors give results of clinic serological examination of 180 new-borns with intrauterine infections: IUVI, toxoplasmosis, chlamydiosis. Results of investigations showed that new-borns with inborn IUVI and toxoplasmosis are given normal birth very often, at asfixia state, with stop of intrauterine growth and immune deficit status. The disease in the category of patients is in a form of general septic process with injury of all organs and systems, often complications and lethal outcome or high frequency of invalidity. In patients with chlamydiosis the disease has a form of pneumonia and purulent conjunctivitis with non-malignant flow and good outcome.

Key words: intrauterine infections

Адрес для корреспонденции: М.А. Юсупова- ассистент кафедры детских болезней №2 ТГМУ; Таджикистан, Душанбе, ул. Сомони-59. Тел: 93-503-32-23 E-mail.ru: latifradjabov@mail.ru



К ВОПРОСУ О НЕЙРОСИФИЛИСЕ

**М.С. Исаева, П.Т. Зоиров, М.С. Валиева,
З.Т. Буриева, М.Г. Игамова**

Кафедры дерматовенерологии, неврологии и основ медицинской генетики ТГМУ им. Абуали ибни Сино

Авторы приводят клиническое наблюдение сухотки спинного мозга у 46-летней больной, возникшей в результате врачебной ошибки в диагностике сифилиса. Обращается внимание на то, что основными причинами роста поздних форм сифилиса, в том числе и нейросифилиса, является несвоевременная диагностика, самолечение, лечение не у специалистов, а также бесконтрольный приём антибиотиков.

Ключевые слова: нейросифилис, сухотка спинного мозга

Несмотря на достигнутые успехи медицины в области венерологии, терапия сифилиса остаётся актуальной и по настоящее время. Несвоевременная диагностика, внедрение в практику здравоохранения дурантных препаратов пенициллина, бесконтрольная продажа антибиотиков населению, самолечение, лечение не у специалистов привело к росту серорезистентности и висцерального сифилиса [1]. Чаще стали регистрироваться и случаи нейросифилиса, в развитии которого основную роль играют отсутствие или недостаточность предшествующего противосифилитического лечения, хронические инфекции, интоксикации, иммунные нарушения.

Классификация поражений нервной системы при сифилисе не совершенна. С клинической точки зрения целесообразно выделять: сифилис центральной нервной системы, сифилис пе-

риферической нервной системы, функциональные нервные и психические явления при сифилисе [1]. Согласно международной классификации болезней (МКБ-10), различают: нейросифилис с симптомами, асимптомный нейросифилис, нейросифилис неуточнённый. Для практических целей применяют клинко-морфологическую классификацию, согласно которой выделяют ранние и поздние формы сифилиса нервной системы. Такое подразделение нейросифилиса условно, так как различие между ними основано на характере патологических изменений в нервной системе и хронологически не совпадают с периодизацией сифилиса [2,3].

Ранний нейросифилис возникает через 3-4 года от момента заражения и называется мезенхимальным, так как поражаются оболочки и сосуды мозга, преобладает мезенхимальная реакция. Различают следующие формы раннего нейросифилиса: скрытый латентный сифилитический менингит, острый генерализованный сифилитический менингит, менинго-невротическая форма сифилитического менингита, сифилитическая гидроцефалия, ранний менинговаскулярный сифилис, сифилитический менингомиелит.

Поздний нейросифилис развивается не ранее 5-8 лет после заражения и называется паренхиматозным в связи с поражением нервных клеток, нейронов, нейроглии и его подразделяют на: поздний скрытый сифилитический менингит, поздний диффузный менинговаскулярный сифилис, сифилис сосудов мозга (васкулярный сифилис), прогрессивный паралич, гумма мозга, сухотка спинного мозга.

При сухотке спинного мозга (*tabes dorsalis*) поражение локализуется в задних корешках, задних столбах и оболочках спинного мозга. "Табес" в переводе с французского означает "истощение" (подразумевается истощение спинного мозга). Шейный отдел (верхний табес) поражается редко, поясничный (нижний табес) - чаще. В этих отделах спинного мозга параллельно протекают процессы пролиферации и деструкции. Поэтому некоторые симптомы, связанные с пролиферативными процессами, при своевременно начатом и полноценном лечении могут подвергаться обратному развитию. Изменения, возникшие в результате деструкции, необратимы [4-6].

Клинические симптомы сухотки спинного мозга:

- Боли стреляющие, кинжальные, сверлящие, рвущие. Иногда они напоминают боли при сердечных или желудочных кризах, почечных коликах. Характерна внезапность их появления и исчезновения, и они редко продолжаются до нескольких суток;

- Парестезии - чувство опоясывания, сжатия на определенных уровнях туловища (больной четко указывает границы от и до). Такая сегментарность связана с локализацией процесса на определенных уровнях спинного мозга. Могут наблюдаться чувства онемения, покалывания в ногах, холодовые парестезии;

- Расстройства мочеиспускания и дефикации. Вначале возникает затруднение при мочеиспускании (при позыве на мочеиспускание больной долго тужится), которое сменяется недержанием мочи. Иногда появляются стойкие запоры, реже - недержание кала;

- Нарушение функции черепно-мозговых нервов. Парезы черепных нервов и как результат - птоз, косоглазие, девиация языка, асимметрия лица;

- Зрачковые расстройства. Может изменяться как форма (неправильная с неровными краями), так и величина зрачков (мидриаз - расширение зрачков, миоз - сужение, анизокория - неравномерность по величине). Патогномичен симптом Аргайла Робертсона - отсутствие реакции зрачков на свет, при сохранении реакции на конвергенцию;

- Первичная табетическая атрофия зрительных нервов. Различают прогрессирующую форму табетической атрофии зрительных нервов, которая в течение нескольких месяцев приводит к слепоте и стационарную, когда зрение снижается только до определённого предела, дальнейшего падения не происходит. Плохим прогнозом является сужение полей зрения. Первичная табетическая атрофия зрительных нервов может быть единственным проявлением табеса;

- Поражение слуховых нервов. Наиболее ранним признаком табеса является поражение внутреннего уха, может наблюдаться инфакузия (болезненное ощущение при восприятии высоких

тонов);

- Расстройство координации (атаксия). В поздних случаях табеса у больного появляется атоксическая походка - он вначале встаёт на пятки, затем на все стопы (штампует пятки), во время ходьбы пошатывается. Нарушение координации обусловлено поражением задних столбов спинного мозга и расстройством мышечно-суставного чувства. В более ранних стадиях наблюдается неустойчивость в позе Ромберга. Отмечаются нарушения при пальценосовой и пяточно-коленной пробах;

- Нарушение сухожильных рефлексов. При исследовании сухожильных рефлексов на верхних и нижних конечностях отмечается повышение коленного и ахиллового рефлекса, что связано с поражением пояснично-крестцового отдела спинного мозга. Впоследствии эти рефлекссы снижаются или полностью угасают;

- Табетическая артропатия. При табесе изменяется величина, форма, конфигурация суставов. Чаще поражаются коленные суставы, особенностью этих артропатий является их безболезненность.

В последние десятилетия произошёл патоморфоз клинического течения сухотки спинного мозга. Заболевание протекает значительно мягче, сглажено [7]. Из симптомов "классического" табеса в настоящее время встречаются зрачковые расстройства, симптом Аргайла Робертсона, атаксия, нарушение сухожильных рефлексов и первичная табетическая атрофия зрительных нервов.

Приводим клиническое наблюдение. Больная А.Л., 1963 года рождения, таджичка, домохозяйка, замужем, жительница Согдийской области. Поступила 13.02.09. с диагнозом "Нейросифилис" в венерологическое отделение Городской клинической больницы №1. Из анамнеза заболевания установлено, что больной себя считает более 5 лет, когда впервые появились стреляющие боли в области поясницы, которые появлялись и исчезали внезапно. По этому поводу в декабре 2004 года она обратилась к врачу-терапевту по месту жительства, который рекомендовал физиотерапевтические процедуры и санаторно-курортное лечение. Под влиянием полученных процедур состояние ухудшилось, боли продолжали беспокоить, походка стала нестойкой, шаткой, появилось периодическое недержание мочи. Больная обратилась в областную больницу г. Худжанд, где была консультирована невропатологом и нейрохирургом. Выставлен диагноз: "Атаксия неясного генеза. Ревматический полиартрит". Назначено лечение: АТФ, прозерин, дибазол, витамины В1, В12, никотиновая кислота, вольтарен, бутадиион, сульфадимезин, массаж. Эффекта от использованной терапии не отмечала, поэтому родственник - врач для дальнейшего обследования и лечения 06.02.09 г. привёз в г. Душанбе. Амбулаторно ей была сделана компьютерная томография головного мозга - выявлены признаки церебрального арахноидита. Консультирована офтальмологом - установлена частичная атрофия зрительного нерва справа, полная атрофия слева. Реакция Вассермана 2(++), поэтому больная для дальнейшего обследования и лечения госпитализирована в венерологическое отделение ГКБ №1 г. Душанбе. При поступлении больная предъявляла жалобы на боли стреляющего, сверлящего характера в области поясницы, чувство опоясывания, сжатия, вялость и слабость в нижних конечностях, недержание мочи. Больная отмечает, что боли появляются и исчезают внезапно.

При осмотре: больная правильного телосложения, кожные покровы и слизистые оболочки чистые, без патологических высыпаний. Сознание ясное, в пространстве и во времени ориентируется правильно, память и интеллект сохранены, эмоционально устойчива, речь не нарушена, слух не нарушен. У больной расстройства координации - атаксическая походка, пошатывание при ходьбе. Отмечается нарушение поверхностной и глубокой чувствительности в нижних конечностях. Больная путает или совсем не может определить направление пассивных движений вверх и книзу в пальцах ног. Проводниковая гипостезия на уровне L - L . Тонус и трофика мышц нижних конечностей нарушены. В позе Ромберга неустойчива. Координационную пальце-носовую пробу - выполняет, пяточно-коленную - не выполняет. Сухожильные рефлекссы (коленные и ахилловые) значительно снижены. Брюшные рефлекссы средней живости. Наблюдается нарушение функции тазовых органов - недержание мочи.

14.02.09 консультирована окулистом. Результат: частичная атрофия зрительного нерва справа, полная атрофия - слева. Поля зрения DS - отсутствуют. Зрачковая реакция на свет слева отсутствует, справа вялая. Корнеальные и конъюнктивальные рефлексы сохранены. Движение глазных яблок в полном объёме. Анизокории нет.

Компьютерная томография поясничного отдела позвоночника: в задних столбах и задних корешках спинного мозга на уровне L₂, L₃ отмечаются явления воспаления (пролиферации) и деструкции.

Компьютерная томография головного мозга: определяются признаки церебрального арахноидита.

Серологические реакции:

06.02.09 РИФ abc - 4 (++++)

16.02.09 RW с кардиолипиновым антигеном - 4 (++++)

с культуральным антигеном - 4 (++++). Титр 1:40

РИФ abc - 4 (++++)

ВДРЛ - 4 (++++)

11.03.09 RW с кардиолипиновым антигеном - 3 (+++)

ВДРЛ - 3 (+++)

23.03.09 RW с кардиолипиновым антигеном - 3 (+++)

ВДРЛ - 3 (+++)

14.02.09 кровь на сахар 4,2 ммоль/л.

Общий анализ крови и мочи в пределах нормы.

Эпиданамнез: источник заражений не установлен.

Половые контакты - муж 1962 г.р., с 2000 года находится на заработках в России, приезжает домой 1-2 раза в год.

Бытовые контакты:

1. Дочь 1989 года рождения - серологические реакции отрицательные.

2. Дочь 1991 года рождения - серологические реакции отрицательные.

3. Сын 1994 года рождения - серологические реакции отрицательные.

На основании вышеизложенного больной выставлен диагноз: "Поздний нейросифилис. Сухотка спинного мозга".

Таким образом, список врачей, сталкивающихся с больными сифилисом и допускающих ошибки в диагностике данного заболевания, весьма широк. Объяснением тому служит с одной стороны многообразие клинических форм сифилиса, с другой - невнимательное отношение к больному. Следует отметить, что большинство врачей смежных специальностей, получивших знания о БППП в рамках изучения учебной программы медицинского вуза, в дальнейшем их не пополняют. Поэтому необходима хорошая подготовка медицинских кадров, особенно невропатологов, гинекологов, урологов, психиатров, терапевтов через циклы усовершенствования врачей, семинары по "Заболеваниям, передаваемым половым путём", в которых предусмотреть подробное освещение современных аспектов этиопатогенеза, клиники, дифференциальной и лабораторной диагностики сифилиса. А для снижения уровня заболеваемости среди домохозяйек необходимо повысить их информированность по ИППП, для этого кожно-венерологическим, санитарно-эпидемиологическим, акушерско-гинекологическим службам с привлечением махаллинских советов, религиозных деятелей, а также средств массовой информации проводить активную профилактическую, санитарно-просветительную и организационно-методическую работу.

Литература

1. Милич М.В. Сифилис нервной системы // В книге К.Р. Аствацатурова "Сифилис, его диагностика и лечение". М. 1971. С. 202-240
2. Шапошников О.К. Венерические болезни // М. Изд-во "Медицина". 1980
3. Скрипкин Ю.К. и др. Кожные и венерические болезни // М. Изд-во Медицина. 1995

4. Исаева М.С., Зоиров П.Т. Сифилис // Душанбе. 1998
5. Адаскевич В.П. Инфекции, передаваемые половым путём // Изд-во НГМА. М. Медицинская книга. 1999
6. Rolfs R.T/ Treatment of syphilis //Clinical Infections Diseases. 1995. № 20 (suppl.1). з. р.523-538
7. Милич М.В. Эволюция сифилиса // М. 1972

Хулоса

Оид ба масъалаи оташаки асабия М. С. Исаева, П. Т. Зоиров, М. С. Валиева, З. Т. Бӯриева, М. Г. Игамова

Муаллифон муоинаи сарири заъфи ҳароммағзро дар зани бемори 46-сола, ки дар натиҷаи иштибоҳи пизишкӣ ҳангоми ташхисгузории оташак ба вуқӯъ омадааст, баррасӣ намуданд.

Сабабҳои асосии афзоиши шаклҳои ниҳони оташак, аз он ҷумла оташаки асабия - ин ташхисгузории бемаҳал, худмуолиҷакунӣ, табобати ғайримутахассис, инчунин қабули беназорати антибиотикҳо мебошанд.

Summary

TO THE QUESTION ABOUT NEUROSYPHILIS M.S. Isaeva, P.T. Zoirov, M.S. Valieva, Z.T. Burieva, M.G. Igamova

Authors give clinic investigation of tabes dorsalis in 46 years old patient, initiated in the result of diagnostic mistake. It pays attention on based causes of late stages of syphilis including neurosyphilis which are ill-timed diagnostics, self-treatment, therapy by nonprofessional physicians, uncontrolled sale of antibiotics.

Key words: neurosyphilis, tabes dorsalis

Адрес для корреспонденции: М.С. Исаева - профессор кафедры дерматовенерологии ТГМУ; Таджикистан, Душанбе, ул.Фучика-14, тел.226-07-55

ПРИМЕНЕНИЕ "ГЕПАРИНА" ПРИ ИНФАРКТЕ МИОКАРДА НА ДОГОСПИТАЛЬНОМ ЭТАПЕ Г.Б. Кадырова, Б.Г. Муминов, Б.И. Абдурахимов, Р.Р. Сатторов Городская клиническая больница скорой медицинской помощи г. Душанбе; ГKB № 1 им. Урунова г. Худжанда

Авторы в статье указывают на эффективность применения гепарина при инфаркте миокарда на догоспитальном этапе. Предложенный метод позволяет уменьшить частоту пристеночного тромбоза левого желудочка, предупредить тромбоземболические осложнения, обеспечить профилактику дальнейшего тромбообразования в бассейне коронарной артерии и сократить пребывание больного в среднем на 8 койко дней.

Ключевые слова: инфаркт миокарда, гепарин, догоспитальный этап

Введение. Анализ литературных источников, по данным исследований, выявил их скудность, проведённые исследования в основном касались госпитального этапа применения тромболитических препаратов.