

НАМ ПИШУТ

© КОЛЛЕКТИВ АВТОРОВ, 2017

УДК 614.446.3:616.972

*Сырнева Т.А., Зильберберг Н.В., Малишевская Н.П.***МЕЖДИСЦИПЛИНАРНОЕ ВЗАИМОДЕЙСТВИЕ ВРАЧЕЙ РАЗЛИЧНЫХ СПЕЦИАЛЬНОСТЕЙ
ПО РАННЕМУ ВЫЯВЛЕНИЮ БОЛЬНЫХ ПОЗДНИМИ ФОРМАМИ СИФИЛИСА**

ГБУ Свердловской области «Уральский НИИ дерматовенерологии и иммунопатологии», 620076, г. Екатеринбург

В статье представлены алгоритм взаимодействия врачей смежных специальностей при выявлении положительных серологических реакций в различных стационарных отделениях медицинских организаций, а также тактика ведения пациентов при выявлении сифилиса.

Ключевые слова: сифилис; взаимодействие; дерматовенерологи; неврологи; психиатры; отоларингологи; лечение; диспансеризация.

Для цитирования: Сырнева Т.А., Зильберберг Н.В., Малишевская Н.П. Междисциплинарное взаимодействие врачей различных специальностей по раннему выявлению больных поздними формами сифилиса. *Здравоохранение Российской Федерации*. 2017; 61(3): 166—168. DOI: <http://dx.doi.org/10.18821/0044-197X-2017-61-3-166-168>

*Syrneva T.A., Zil'berberg N.V., Malishevskaya N.P.***THE INTER-DISCIPLINARY INTERACTION OF PHYSICIANS
OF DIFFERENT SPECIALTIES IN EARLY DETECTION OF PATIENTS
WITH LATE FORMS OF SYPHILIS**The Ural Research Institute of Dermatovenereology and Immunopathology,
Yekaterinburg, 620076, Russian Federation

The article presents algorithm of interaction between physicians of adjacent specialties at detection of positive serological reactions in various hospital departments of medical organizations. The tactics of management of patients in case of diagnosis of syphilis are also considered.

Key words: syphilis; interaction; dermatovenereologist; neurologist; psychiatrist; otolaryngologist; treatment; dispensarization.

For citation: Syrneva T.A., Zil'berberg N.V., Malishevskaya N.P. The inter-disciplinary interaction of physicians of different specialties in early detection of patients with late forms of syphilis. *Zdravookhranenie Rossiiskoi Federatsii (Health Care of the Russian Federation, Russian journal)*. 2017; 61(3): 166—168. (In Russ.). DOI: <http://dx.doi.org/10.18821/0044-197X-2017-61-3-166-168>

For correspondence: Tat'yana A. Syrneva, professor The Ural Research Institute of Dermatovenereology and Immunopathology, Yekaterinburg, 620076, Russian Federation.
E-mail: orgotdel_2008@mail.ru

Acknowledgments. The study had no sponsorship.

Conflict of interest. The authors declare no conflict of interest.

Received 13 December 2016

Accepted 10 January 2017

Введение

Распространение инфекций, передаваемых половым путем (ИППП), среди населения Российской Федерации, как и во всем мире, остается актуальной проблемой здравоохранения. Важность проблемы обусловлена медико-социальной значимостью ИППП и в первую очередь сифилиса. Наиболее неблагоприятными в этом плане являются поздние формы сифилиса, в том числе с поражением внутренних органов и нервной системы, что связано со сложностью их своевременного выявления и диагностики, с тяжестью клинических

проявлений, необходимостью длительного лечения и наблюдения больных [1—3].

За период 2010—2014 гг. в Российской Федерации наблюдались стабильное снижение заболеваемости ранними формами сифилиса с 39,9 на 100 тыс. населения в 2010 г. до 19,1 — в 2014 г. и рост заболеваемости поздними формами с 2,8 до 3,8 на 100 тыс. населения (в 2015 — 3,9). В структуре клинических форм приобретенного сифилиса доля поздних форм увеличилась в 2,6 раза — с 5,7 до 14,8%, а в 2015 г. составила 16,7% (каждый 6-й случай). Динамика заболеваемости

Нам пишут

нейросифилисом за период 2010—2014 гг. продемонстрировала рост числа зарегистрированных случаев на 73% [2, 4].

Проблема сифилиса нервной системы, являясь междисциплинарной, остается одной из важных в клинической медицине. Поражение центральной нервной системы при сифилисе часто имеет необратимый характер, влечет потерю трудоспособности и наносит вред не только семьям больных, но и обществу в целом [5, 6].

Заболеваемость нейросифилисом на много лет пролонгирует актуальность сифилитической инфекции и усложняет эпидситуацию, так как выявление, диагностика и ведение таких больных выходят далеко за рамки дерматовенерологии и касаются прежде всего таких специальностей, как неврология, психиатрия и офтальмология [7].

Характеризуя современные особенности течения нейросифилиса, отечественные авторы отмечают, что в последние десятилетия чаще (80—90%) регистрируются менинговаскулярные формы этой инфекции и менее чем в 10% случаев встречаются паренхиматозные формы нейросифилиса. На смену классическим проявлениям прогрессивного паралича в последние годы пришли стертые и часто моносимптомные проявления [8]. Данное обстоятельство является одним из факторов, способствующих позднему выявлению заболевания, так как пациенты и специалисты, наблюдавшие этих пациентов, часто не придают значения малым неврологическим симптомам, таким как периодическая головная боль, расстройства памяти и внимания, повышенная утомляемость, перепады настроения [6].

Специфическое поражение нервной системы и внутренних органов происходит гораздо чаще, чем диагностируется. Часто это связано с нежеланием пациентов обследоваться, отсутствием знаний о клинической картине нейровисцеральных форм инфекции у дерматовенерологов и врачей других специальностей, запоздалым обследованием больных сифилисом у специалистов смежных специальностей, в ряде случаев с невозможностью проведения инструментальных исследований, а также с ошибочным диагностированием ранних форм нейросифилиса, что удлиняет течение болезни [8].

Опасность позднего нейросифилиса заключается в том, что он вызывает необратимые повреждения не только нервной системы, но и многих других органов, а также приводит к стойкой инвалидизации и смерти больных. Слабое взаимодействие врачей различных специальностей, недостаточная компетентность неврологов в вопросах клиники нейросифилиса, отсутствие единой тактики дерматовенерологов и неврологов в ведении серопозитивных по сифилису больных, выявленных в неврологических стационарах, позволяют прогнозировать дальнейшее ухудшение эпидемиологической ситуации по позднему нейросифилису. Последнее обстоятельство требует разработки

алгоритма взаимодействия врачей-специалистов (неврологов, психиатров, наркологов, офтальмологов, отоларингологов) по раннему выявлению и ведению больных поздним сифилисом.

Таким образом, нами предлагается алгоритм взаимодействия неврологов, психиатров, офтальмологов, отоларингологов и дерматовенерологов при выявлении положительных серологических реакций на сифилис в медицинских организациях.

Больные сифилисом могут быть выявлены в любых отделениях медицинских учреждений, так как пациентам, поступающим во все без исключения стационарные отделения, проводится скрининговое серологическое обследование на сифилис в соответствии с приказом Министерства здравоохранения Российской Федерации от 26.03.01 № 87 «О совершенствовании серологической диагностики сифилиса».

При получении положительных результатов серологического скрининга на сифилис больной информируется о положительных результатах серологического обследования. Лечащий врач стационара в течение 24 ч организует консультацию больного дерматовенерологом.

Дерматовенеролог проводит клинический осмотр больного и в случае необходимости назначает дополнительное серологическое обследование пациента, в том числе исследование крови с помощью иммуноферментного анализа (ИФА), реакции пассивной гемагглютинации (РПГА) или реакции иммунофлюоресценции (РИФ), если они ранее не проводились.

При подозрении на нейросифилис больному назначается ликворологическое обследование. Первым этапом обследования является проведение клинико-биохимического и серологического исследования спинномозговой жидкости с определением свойств ликвора, содержания белка и клеточных элементов, а также серологическое обследование пациента с постановкой нетрепонемной реакции микропреципитации (РМП) и трепонемных тестов — ИФА IgM, ИФА IgG, РПГА, РИФ с цельной кровью (РИФц).

Безусловными показаниями для исследования ликвора у серопозитивных пациентов являются:

- наличие клинических проявлений вторичного сифилиса (лейкодерма, алопеция);
- поздний скрытый, неуточенный сифилис (как ранний, так и поздний);
- наличие у больных сифилисом признаков возможного поражения нервной системы, органов зрения и слуха независимо от давности предполагаемого заражения;
- сохраняющиеся положительные нетрепонемные тесты (серорезистентность) у пациентов, ранее лечившихся по поводу сифилиса (через 1—2 года после окончания терапии);
- впервые выявленная позитивность у больных психиатрических стационаров.

По клиническим показаниям дополнительно могут применяться инструментальные методы обследования — магнитно-резонансная томография, реоэнцефалография, электроэнцефалография, компьютерная томография. На основании жалоб, анамнеза, клинического, лабораторного и инструментального обследования больному устанавливается окончательный диагноз и назначается соответствующее лечение в условиях венерологического либо другого стационара (неврологического, психиатрического, наркологического).

Для определения формы нейросифилиса (ранний или поздний) следует руководствоваться сроками инфицирования (приказ Минздрава РФ от 25.07.03 № 327 «Об утверждении протокола ведения больных «Сифилис»»).

Если поражение нервной системы произошло в течение первых 5 лет после инфицирования, это следует расценивать как ранний нейросифилис, и процесс преимущественно локализован в сосудах и оболочках головного и спинного мозга (мезенхимный нейросифилис). Если патологический процесс развился спустя 5 лет и более после инфицирования, следует говорить о позднем нейросифилисе. При данной форме заболевания поражается в основном нервная ткань на различных ее уровнях (паренхиматозный нейросифилис, проявляющийся неврологическими или психическими нарушениями, что обуславливает появление многообразной симптоматики).

В зависимости от диагноза и тяжести состояния пациента специфическое лечение назначается врачом-дерматовенерологом, патогенетическая, симптоматическая и реабилитационная терапия — соответствующим врачом-специалистом (неврологом, офтальмологом, отоларингологом, психиатром).

Диспансерное наблюдение больных

По окончании терапии в стационарном отделении направляется обменная карта с подробной выпиской из истории болезни в кожно-венерологическое учреждение по месту жительства пациента, где будет проводиться его диспансерное наблюдение в течение 3 лет.

Больные с поздними формами сифилиса, у которых результаты нетрепонемных тестов после лечения нередко остаются положительными, должны находиться на клинико-серологическом контроле (КСК) не менее 3 лет. Решение о снятии с учета или продлении длительности контроля решается индивидуально для каждого пациента.

Больные нейросифилисом независимо от стадии должны находиться на КСК не менее 3 лет.

Снятие с учета по окончании терапии осуществляется с привлечением невролога, психиатра, отоларинголога, офтальмолога.

Клиническое и ликворологическое обследование проводится 1 раз в 6 мес, ВИЧ-инфицированных пациентов — 1 раз в 3 мес.

При наличии показаний, в том числе клинического или серологического рецидива, коллегиально решается вопрос о необходимости дополнительного лечения в условиях круглосуточного специализированного стационара.

Финансирование. Исследование не имело спонсорской поддержки.

Конфликт интересов. Авторы заявляют об отсутствии конфликта интересов

ЛИТЕРАТУРА

1. Родиков М.В., Прохоренков В.И. Нейросифилис: от диагноза к лечению. Часть 1. Эпидемиология, патогенез, клиника. *Вестник дерматологии и венерологии*. 2010; (1): 28—34.
2. Кубанова А.А., Кубанов А.А., Мелехина Л.Е., Богданова Е.В. Заболеваемость сифилисом в Российской Федерации в 2010—2014 гг. *Вестник дерматологии и венерологии*. 2015; (5): 15—23.
3. Потекаев Н.Н., Фриго Н.В., Алмазова А.А., Лебедева Г.А. Эпидемиология сифилиса в современных условиях. *Клиническая дерматология и венерология*. 2015; (1): 22—34.
4. Сырнева Т.А., Малишевская Н.П., Игликов В.А., Пазина М.В. Современные особенности заболеваемости поздними формами сифилиса населения Урала, Сибири и Дальнего Востока. *Клиническая дерматология и венерология*. 2015; (4): 15—9.
5. Шувалова Т.М., Важбин Л.Б., Лосева О.К., Залевская О.В. *Клиническая дерматология и венерология*. 2010; (1): 53—4.
6. Базаев В.Т., Цебоева М.Б., Царуева М.С., Джанаев В.Ф. Современный взгляд на поражение центральной нервной системы при сифилисе. *Клиническая дерматология и венерология*. 2012; (1): 83—9.
7. Лосева О.К., Алейникова О.И., Аншуков А.В., Устьянцев Ю.Ю. Нейросифилис у больных психиатрического стационара. *Клиническая дерматология и венерология*. 2012; (1): 103—7.
8. Родиков М.В., Прохоренков В.И. Нейросифилис: от диагноза к лечению. Часть II. Эпидемиология, патогенез, клиника. *Вестник дерматологии и венерологии*. 2010; (2): 20—5.

REFERENCES

1. Rodikov M.V., Prokhorenkov V.I. Neurosyphilis: from the diagnosis to treatment. Part 1. The epidemiology, pathology and clinic. *Vestn. dermatol.* 2010; (1): 28—34. (in Russian)
2. Kubanova A.A., Kubanov A.A., Melekhina L.E., Bogdanova E.V. Syphilis incidence rate in the Russian Federation in 2010—2014. *Vestnik Dermatologii i Venerologii* 2015; (5): 15—23. (in Russian)
3. Potekhaev N.N., Frigo N.V., Almazova A.A., Lebedeva G.A. Syphilis epidemiology under modern conditions. *Klinicheskaya dermatologiya i venerologiya* 2015; (1): 22—34. (in Russian)
4. Syrneva T.A., Malishevskaya N.P., Iglukov V.A., Pazina M.V. Current features of the incidence of late-stage syphilis forms in the population of the Urals, Siberia, and the Far East. *Clinical dermatology and Venerology* 2015; (4): 15—9. (in Russian)
5. Shuvalova T.M., Vazhbin L.B., Loseva O.K., Zalevskaya O.V. Measures to streamline and improve the diagnosis of neurosyphilis in the Moscow region. *Klinicheskaya dermatologiya i venerologiya*. 2010; (1): 53—4. (in Russian)
6. Bazaev V.T., Tseboeva M.B., Tsarueva M.S., Dzhanayev V.F. Modern view of syphilitic lesions in the central nervous system. *Klinicheskaya dermatologiya i venerologiya*. 2012; (1): 83—9. (in Russian)
7. Loseva O.K., Aleynikova O.I., Anshukov A.V., Ust'yantsev Yu.Yu. Neurosyphilis in the patients of a psychiatric clinic. *Klinicheskaya dermatologiya i venerologiya*. 2012; (1): 101—7. (in Russian)
8. Rodikov M.V., Prokhorenkov V.I. Neurosyphilis: from the diagnosis to treatment. Part 2. The epidemiology, pathology and clinic. *Vestn. dermatol.* 2010; (2): 20—5. (in Russian)