

# Клінічний випадок пізнього сифілісу на тлі наслідків важкої черепно-мозкової травми

Г. М. Бондаренко<sup>1</sup>, І. М. Нікітенко<sup>1</sup>, О. А. Безрученко<sup>1</sup>, В. В. Кутова<sup>1</sup>, І. В. Калашнікова<sup>2</sup>

<sup>1</sup> ДУ «Інститут дерматології та венерології НАМН України»

<sup>2</sup> ДУ «Інститут патології хребта та суглобів ім. проф. М. І. Ситенка НАМН України»

## Резюме

З урахуванням зростання поширеності пізніх форм сифілісу серед населення з метою запобігання діагностичним помилкам, пов'язаним з рідкістю виявлення сифілісу у хворих неврологічних і соматичних стаціонарів, наведено клінічний випадок з практичної діяльності лікарів-дерматовенерологів.

**Ключові слова:** пізній сифіліс, *T. pallidum*, енцефалопатія змішаного генезу, симптоматична епілепсія.

**DOI:** 10.33743/2308-1066-2020-2-38-41

## Вступ

Найважливішою медико-соціальною проблемою у світі, в тому числі в Україні, залишається сифіліс [1, 3, 6]. Збудник сифілісу – *Treponema pallidum* – є «нейротропним» паразитом, який може виявлятися в нервовій тканині вже на ранніх стадіях захворювання. У 1906 р. вперше *T. pallidum* було знайдено в головному і спинному мозку плода при вродженому сифілісі [8]. Пізніше її знаходили в сірій речовині головного мозку, в корі і м'яких оболонках, в периваскулярних просторах і цереброспинальній рідині хворих з прогресивним паралічем.

Експериментально в 1971 р. було доведено можливість проникнення *T. pallidum* в структури нервової системи вже через 18 год після інтратестикулярного зараження кролика збудником [22]. А С. Марга і співавтори встановили, що після субарахноїдального зараження кроликів блідою трепоневою в 6% тварин розвиваються сифілітичні ураження зорового нерва та структур очного яблука [23].

На питання, як часто при сифілісі ушкоджується нервова система, намагався відповісти Т. Geistland. Дослідивши 953 випадки сифілісу, автор встановив, що пізні форми сифілісу виявляли в 6,5% хворих, а неврологічні його прояви – у 34% [4].

Більшість авторів вважає, що поряд з інфекційним агентом велике значення в розвитку ушкодження нервової системи мають такі чинники, як пізня діагностика сифілісу та зниження імунореактивності організму. Загальноприйнятою також є думка про те, що саме на випадки недостатнього лікування сифілісу припадає найбільший відсоток захворювань на нейросифіліс (НС) [13, 15]. Проте є дані [11, 17, 18], що в 10% хворих НС розвивається і після повноцінного лікування сифілісу.

Психічні і фізичні травми, інтоксикації (алкоголізм, наркоманія) також сприяють розвитку

НС. Так, будь-яке травматичне ушкодження взагалі і нервової системи зокрема може активувати розвиток НС. Обтяжувальними факторами в розвитку НС є також атеросклероз з ураженням мозкових судин, психоемоційні перевантаження, супутні важкі соматичні захворювання [14, 16, 18].

За сучасними відомостями, частота ураження нервової системи при сифілісі коливається в широких межах – від 22,6 до 30% і навіть до 90% [2, 9, 19]. Ці відмінності в показниках частоти ураження нервової системи пояснюються використанням різних критеріїв діагностики НС, неоднаковою повнотою обстеження хворих (зокрема серологічного і лікворологічного), а також клінічним патоморфозом захворювання, а саме почастішанням в останні два десятиріччя випадків латентного сифілісу, при якому виявлення патології нервової системи пов'язане з певними труднощами [5, 10, 20, 21]. Важливе значення має і тверда упевненість клініцистів у майже повній ліквідації НС [7, 12, 19].

Треба зауважити, що нині НС також зазнав суттєвого патоморфозу. Серед клінічних форм переважають менінговаскулярні, малосимптомні або атипові форми. Немає жодного неврологічного синдрому, який би не зустрічався при НС. Порушення функції черепномозкових нервів, що відповідають за іннервацію м'язів очей, зустрічається у 39,7% хворих. Саме тому нерідко перші ознаки хвороби виявляють офтальмологи (до 11,5%) або оториноларингологи (до 3,6%).

МРТ (магнітно-резонансна томографія), МРА (магнітно-резонансна ангиографія) і ДС (доплерівська сонографія) дають змогу відрізнити НС від інших захворювань, наприклад, від пухлини головного мозку. Однак жодна з цих методик не дає змогу довести саме сифілітичну етіологію патологічного процесу.

Діагностика НС заснована на серологічних реакціях, неврологічному обстеженні та дослідженні ліквору. Дуже важливим моментом у своєчасній діагностиці

НС є активне виявлення прихованих форм сифілісу, які в 50–70% випадків тягнуть за собою можливість пізніх специфічних уражень нервової системи. Саме тому з метою своєчасного виявлення ранніх форм НС необхідне 100% обстеження хворих в терапевтичних, неврологічних, психоневрологічних, офтальмологічних стаціонарах і ЛОР-відділеннях за допомогою трепонемних тестів на сифіліс.

**Метою** даної роботи є запобігання діагностичним помилкам, пов'язаним з труднощами виявлення прихованого пізнього сифілісу у хворих неврологічних і соматичних стаціонарів, на прикладі клінічного випадку.

### Клінічний випадок

**Пацієнт С.**, мешканець м. Харків, 50 років, звернувся у поліклініку ДУ «ІДВ НАМНУ» для уточнення діагнозу «Сифіліс прихований пізній?». Хворого було виявлено у неврологічному відділенні однієї з міських лікарень м. Харків, де він знаходився з діагнозом: «Наслідки важкої черепно-мозкової травми (у 1993 р.). Післятравматичний церебральний арахноїдит з лікворною гіпертензією, гідроцефальними кризами, розгорнутими епіприступами».

**З анамнезу** відомо, що хворий у 1997 р. лікувався в стаціонарі міського ШВД з діагнозом: «Сифіліс прихований ранній», на клініко-серологічному контролі в повному обсязі не перебував. Звертає на себе увагу той факт, що хворий раз або двічі на рік лікувався в різних стаціонарах неврологічного профілю, де його обстежували на сифіліс за допомогою нетрепонемних тестів (РМП). Останній раз його обстежували за допомогою методу імуноферментного аналізу (ІФА) на сумарні антитіла до блідої трепонеми, який і дав позитивний результат.

Хворому було проведено комплексне серологічне обстеження на наявність сифілітичної інфекції. Сироватка (в неактивованій та активованій формі) пацієнта була досліджена за допомогою таких методів лабораторної діагностики: реакція мікропреципітації (РМП) з кардіоліпіновим антигеном – в якісному варіанті результат – 3+ (позитивний), в кількісному варіанті 1: 2 ++ (слабопозитивний); реакція пасивної гемаглютинації (РПГА; специфічний трепонемний тест) – в якісному варіанті результат – 4+ (позитивний); метод ІФА (IgM + IgG) – результат позитивний; реакція імунофлуоресценції (РІФ) – результат РІФабс – 4+ (позитивний), РІФ200 – 4+ (позитивний). Від люмбальної пункції хворий відмовився.

Пацієнт перебуває у шлюбі з 1999 р. При серологічному обстеженні жінки комплекс серологічних реакцій на сифіліс – негативний. Позашлюбні статеві контакти пацієнт категорично заперечує.

**Об'єктивно:** хворий кремезної статури. Зріст – 185 см, вага – 95 кг, тиск – 120/70 мм рт. ст., пульс – 75 уд./хв. Шкіра та видимі слизові оболонки звичайного кольору, вільні від висипів. Набряків немає. У легенях – дихання везикулярне. Тони серця приглушені, ритмічні. Живіт при пальпації м'який, безболісний. Печінка та селезінка не збільшені. Випорожнення та діурез у нормі.

На підставі даних анамнезу захворювання, анамнезу життя, даних об'єктивного обстеження та комплексного серологічного обстеження на сифіліс пацієнту було встановлено діагноз «Сифіліс прихований

пізній. Специфічне ураження нервової системи?». Рекомендовано три курси специфічної терапії.

Під час перебування у венерологічному відділенні ДУ «ІДВ НАМНУ» хворий висував скарги на періодичні головні болі, напади втрати свідомості, що тривали 3–5 хв, при цьому пацієнт продовжував виконувати попередні дії, після цього він не пам'ятав, що сталося раніше. Такі приступи виникали 3–4 рази на тиждень. Крім того, 1 раз на тиждень були розгорнуті епіприступи з тоніко-клонічними судомами.

**Неврологічний статус:** рівень свідомості – ясний. Менінгеальні знаки – негативні. Черепні нерви: очні щілини, зіниці D=S, фотореакція пряма та спідружня – жива. Ністагм ротаторний при погляді догори. Недостатність конвергенції, парез акомодатції. Рухи очних яблук в повному обсязі. Мімічна асиметрія обличчя. Язик – по середній лінії. Мова та ковтання – збережені. М'язова сила – верхні кінцівки 5 б., нижні – 5 б.; м'язовий тонус – нормальний. Сухожилкові та періостальні рефлексії з верхніх і нижніх кінцівок відсутні. Зниження больової чутливості в лівій половині тіла (лівобічна гемігіпестезія). Координаторні проби (пальце-носову та колінно-п'яткову) виконує з інтенцією та дисметрією верхніми та нижніми кінцівками. В позі Ромберга з заплющеними очима – похитування. Функція тазових органів не порушена. За Монреальською когнітивною шкалою (MoCA, англ. Montreal Cognitive Assessment) – 21 бал. За шкалою тривоги HADS (The hospital Anxiety and Depression Scale) – 8 балів, за шкалою депресії HADS – 5 балів. Функція тазових органів – в нормі. Діагноз: «Наслідки важкої черепно-мозкової травми (у 1993 р.). Енцефаломієлополірадикулонеуропатія. Лікворно-гіпертензійний синдром. Синдром мозочкової та сенситивної атаксії. Лівобічна гемігіпестезія. Помірні когнітивні порушення. Структурна генералізована епілепсія з частими генералізованими тоніко-клонічними приступами».

**Консультован офтальмологом,** діагноз: «Пресбіопія. Змішаний астигматизм правого ока».

**Флюорографія:** легені в нормі, гіпертрофія міокарда лівого шлуночка.

**Електрокардіографія:** ритм синусовий. Затримка атріо-вентрикулярної провідності. Ознаки гіпертрофії правого шлуночка.

**Ультразвукова діагностика серця:** ознаки атеросклерозу аорти, ущільнення стулок аортального клапана. Концентричний тип гіпертрофії лівого шлуночка.

**Клінічний аналіз крові:** гемоглобін – 124 г/л, еритроцити –  $4,0 \times 10^{12}/л$ , колірний показник – 0,93, лейкоцити –  $6,1 \times 10^9/л$ , паличкоядерні – 2%, сегментоядерні – 63%, еозинофіли – поодинокі в полі зору, лімфоцити – 25%, моноцити 10%, ШОЕ – 16 мм/год.

**Клінічний аналіз сечі:** кількість – 50,0 мл, колір – жовтий, прозора, щільність – 1,024, рН – 6,5, глюкоза, білок – не виявлені, лейкоцити – 1–3 в п. з., епітелій плоский роговий місцями, слиз – помірна кількість.

**Біохімічний аналіз крові:** глюкоза – 5,0 ммоль/л, загальний білок – 76,7 г/л, білірубін загальний – 11,56 мкмоль/л, білірубін кон'югований – 1,37 мкмоль/л, АсАТ – 0,63 ммоль/год×л, АлАТ – 0,61 ммоль/год×л.

Хворий отримав три курси специфічної терапії пеніциліном G (по 3 млн ОД двічі на добу), юнідокс-солютаб

(100 мг тричі на добу). L-аргінін внутрішньовенно (по 100 мл 1 раз на добу, 10 днів, та у вигляді питного розчину по 10 мл тричі на добу, 20 днів) на тлі патогенетичної терапії. Звертає на себе увагу, що за період лікування та нагляду поміж курсами в пацієнта жодного разу не було розгорнутого епіприступу.

Протягом року хворому було проведено комплексне серологічне обстеження. Результати серологічного обстеження наведено в таблиці.

Отримані результати серологічного обстеження хворого демонструють наявність коливань серологічних реакцій від позитивних до слабопозитивних, як в якісних так і в кількісних варіантах. Тільки лише метод РІФ-абс і РІФ-200 знизилися від позитивних до слабопозитивних і зменшилися в розведенні від 200 до 10. Оскільки цей метод є золотим стандартом діагностики сифілісу, то можна припустити, що проведене лікування якоюсь мірою було успішним.

Хворому було рекомендовано нагляд у венеролога (проведення серологічного спостереження) та невропатолога, а для визначення якості проведеного лікування – визначення IgG до різних білків *T. pallidum* 15, 17, 41, 47 методом імуноблоту.

**Висновки**

Беззаперечний клінічний інтерес наведеного випадку полягає в тому, що, незважаючи на багаторазове знаходження хворого на лікуванні в неврологічних стаціонарах упродовж 10 років, прихований сифіліс не було виявлено, окрім неврологічного відділення, де було проведено серологічне обстеження з використанням трепонемного тесту. Труднощі у встановленні діагнозу зумовлені низькою пильністю лікарів різних спеціальностей щодо сифілісу, а також тим, що скринінгове обстеження хворих в соматичних і хірургічних стаціонарах проводиться з використанням нетрепонемних тестів.

**Таблиця. Динаміка серологічних реакцій при контрольному спостереженні за хворим**

| Термін обстеження                      | РМП якісна        | РМП кількісна          | РПГА              | ІФА (IgM + IgG)  | РІФ-абс           | РІФ-200      |
|--|-------------------|------------------------|-------------------|--|-------------------|--------------|
| До лікування                           | 3+ позитивна      | 1: 2 ++ слабопозитивна | 4+ позитивна      | позитивна<br>ог. зразка – 1,313<br>ог. контр – 0,209   | 4+ позитивна      | 4+ позитивна |
| Після 1-го курсу лікування             | 2+ слабопозитивна | негативна              | 4+ позитивна      | позитивна<br>ог. зразка – 2,798<br>ог. контр – 0,126   | 4+ позитивна      | негативна    |
| Після 2-го курсу лікування             | 3+ позитивна      | 1: 2 ++ слабопозитивна | 3 + позитивна     | позитивна<br>ог. зразка – 1,753<br>ог. контр – 0,127   | 3+ позитивна      | негативна    |
| Після 3-го курсу лікування             | 3+ позитивна      | 1: 2 ++ слабопозитивна | 4+ позитивна      | позитивна<br>ог. зразка – 3,346<br>ог. контр – 0,206   | 2+ слабопозитивна | негативна    |
| Через 2 міс після 3-го курсу лікування | 4+ позитивна      | 1: 4 ++ слабопозитивна | 3+ слабопозитивна | позитивна<br>ог. зразка – 1,696;<br>ог. контр. – 0,207 | 2+ слабопозитивна | негативна    |

**Список літератури**

1. Анализ эпидемиологической ситуации по сифилису в Украине / Г.М. Бондаренко, И.Н. Никитенко, С.В. Унучко и др. Дерматовенерология. Косметология. Сексопатология. 2018. № 1(4). С. 105–110.
2. Бакулев А.Л., Колоколов О.В., Суворов А.П. Об особенностях сифилиса нервной системы. Вестн. дерматологии и венерологии. 2002. № 4. С. 53–57.
3. Волкославська В.М. Стан та основні організаційні задачі дерматовенерологічної служби на сучасному етапі в Україні. Дерматологія та венерологія. 2015. № 2(68). С. 85–93.
4. Ерашева Е.В. Клинико-иммунологические особенности поражения нервной системы при ранних формах сифилиса: Дис. ... канд. мед. наук. СПб., 2003. 140 с.
5. Ковалев Ю.Н., Казакова О.А., Барыкова Т.С. Случай раннего нейросифилиса. Рос. журн. кожных и венерических болезней. 2006. № 3. С. 48–49.
6. Кравченко В.Г., Степаненко В.І. Аналітичний огляд рівня захворюваності на інфекції, що передаються статевим шляхом, у період 1945–2017 рр. та можливі перспективні заходи щодо зниження їхньої поширеності в Україні. Український журнал дерматології, венерології, косметології. 2018. № 3(70). С. 15–21.
7. Мавров І.І., Дунаєва Г.А. Назревшие проблемы нейросифилиса. Международный медицинский журнал. 2001. № 1. С. 89–91.
8. Маргулис М.С. Ранний нейросифилис. М.: Медгиз, 1949. 248 с.
9. Неврологические проявления сифилиса / И.Д. Стулин, Т.Я. Шварцбурд, Р.Б. Винникова и др. Журн. неврологии и психиатрии. 2002. № 8. С. 37–39.
10. Олійник А.В. Сучасні проблеми нейросифілісу. Психічне здоров'я. 2004. №4. С. 30–32.
11. Проблема диагностики и регистрации нейросифилиса / Г.Д. Селицкий, Ф.В. Хубиева, И.В. Зуева и др. Вестн. последипломного медицинского образования. 2003. № 3–4. С. 31–32.
12. Ретюнський К.Ю., Сурганова В.І., Колчанов А.Г. Проблема диагностики и терапии больных поздним нейросифилисом в условиях психиатрического стационара. Современная терапия психических расстройств. 2009. № 2. С. 7–9.
13. Сифилис нервной системы у пациентов, лечившихся по поводу дерматосифилиса в прошлом / О.В. Залевская, Л.Б. Важбин, О.К. Лосева и др. Клиническая дерматология и венерология. 2010. № 3. С. 76–81.
14. Сифилитический менингит / Д.Р. Штульман, О.К. Лосева, Д.В. Артемьев и др. Неврологический журнал. 1998. № 1. С. 24–30.
15. Слесаренко Н.А., Бакулев А.Л. Случай висцерального сифилиса и специфического поражения нервной системы у пациентки с ранее констатированной серорезистентностью. Клиническая дерматология и венерология. 2007. № 1. С. 78–79.
16. Случай активного третичного сифилиса и специфического поражения нервной системы / А.Л. Бакулев, О.В. Тарасова, В.Н. Шерстнева и др. Клиническая дерматология и венерология. 2005. № 3. С. 22–23.

**References**

1. Bondarenko HM, Nykytenko YN, Unuchko SV, et al. Analiz epidemiolohycheskoi sytuatsiy po syfilylusu v Ukraine (Analysis of the epidemiological situation of syphilis in Ukraine). Dermatovenerologiya. Kosmetologiya. Seksopatologiya. 2018;(4):105–110.
2. Bakulev AL, Kolokolov OV, Suvorov AP. Ob osobennostiakh syfilylusa nervnoi systemy (About the features of syphilis of the nervous system). Vestn. dermatologiy y venerologiy. 2002;4:53–57.
3. Volkoslavskaya VM. Stan ta osnovni orhanizatsiini zadachi dermatovenerologichnoi sluzhby na suchasnomu etapi v Ukraini (The state and main organizational tasks of the dermatovenerological service at the present stage in Ukraine). Dermatologiya ta venerologiya. 2015;2(68):85–93.
4. Erasheva EV. Klynyko ymmunologicheskyye osobennosti porazheniya nervnoi systemy pry rannyykh formakh syfilylusa (Clinical and immunological features of damage to the nervous system in early forms of syphilis).: Dys. ... kand. med nauk. SPb, 2003. 140 p.
5. Kovalev YuN, Kazakova OA, Barykova TS. Sluchai ranneho neirosyfylysa (A case of precocious neurosyphilis). Ros. zhurn. kozhnykh y venerycheskyykh boleznei. 2006;3:48–49.
6. Kravchenko VH, Stepanenko VI. Analitichnyi ohliad rivnia zakhvoriuvanosti na infektsii, shcho peredaetsia statevym shliakhom, u period 1945–2017 rr. ta mozhlivy perspektivni zakhody shchodo znyzhennia yikhnoi poshyrenosti v Ukraini (Analytical review of the incidence of sexually transmitted infections in the period 1945–2017 and possible promising measures to reduce their prevalence in Ukraine). Ukrainskii zhurnal dermatologii, venerologii, kosmetologii. 2018;3(70):15–21.
7. Mavrov YY, Dunaeva HA. Nazrevshye problemy neirosyfylysa (Maturing problems of neurosyphilis). Mezhdunarodnyi medytynskiy zhurnal. 2001;1:89–91.
8. Marhulyis MS. Ranniy neirosyfylyis (Precocious neurosyphilis). Moscow: Medgiz, 1949. 248 p.
9. Stulyn YD, Shvartsburd Tia, Vynnykova RB, et al. Nevrolohycheskye proiavlennia syfilylusa (Neurological manifestations of syphilis). Zhurn. nevrologiy y psykhyatryy. 2002;8:37–39.
10. Oliinyk AV. Suchasni problemy neirosyfylylusu (Modern problems of neurosyphilis). Psykhichne zdorovia. 2004;4:30–32.
11. Selytskyi HD, Khubyeva FV, Zueva YV, et al. Problema dyahnostyky y rehystratsyy neirosyfylysa (The problem of diagnosis and registration of neurosyphilis). Vestn. posledyplomnoho medytynskoho obrazovanya. 2003;3–4:31–32.
12. Retiunskiy Kl, Surhanova VY, Kolchanov AH. Problema dyahnostyky y terapiyy bolnykh pozdnym neirosyfylysom v usloviyakh psykhyatrycheskoho stacyonara (The problem of diagnosis and treatment of patients with late neurosyphilis in a psychiatric hospital). Sovremennaiia terapiya psykhycheskyykh rasstroistv. 2009;2:7–9.
13. Zalevskaia OV, Vazhbyn LB, Loseva OK, et al. Syfilyis nervnoi systemy u patsyentov, lechivshykhsia po povodu syfilylusa v proshlom (Syphilis of the nervous system in patients treated for syphilis in the past). Klynycheskaia dermatologiya y venerologiya. 2010;3:76–81.
14. Shtulman DR, Loseva OK, Artemev DV, et al. Syfilytycheskyy menyngyt (Syphilitic meningitis). Nevrolohycheskyy zhurnal. 1998;1:24–30.

17. Случай спинной сухотки с элементами прогрессирующего паралича (табопаралич) с отрицательными серологическими реакциями и РИБТ / Г.Ф. Романенко, С.В. Котов, С.С. Кражева и др. Вестн. дерматологии и венерологии. 1995. № 6. С. 47–49.  
 18. Современные представления о нейросифилисе / А.О. Олисов, Н.С. Потекаев, А.В. Дударев и др. Вестн. дерматологии и венерологии. 1999. № 3. С. 52–54.  
 19. Современные проблемы ведения больных нейросифилисом / О.К. Лосева, А.В. Аншуков, С.А. Бахтин и др. Клиническая дерматология и венерология. 2007. № 4. С. 51–53.  
 20. Bourazza A., Kerouache A., Reda R. Meningovascular syphilis: study of five cases. Rev. Neurol. 2008. Vol. 164, № 4. P. 369–373  
 21. Cervical syphilitic spondylodiscitis associated with neurosyphilis / J. Payet, R. Seror, J. Hanss et al. Rheumatology. 2011. Vol. 50, № 9. P. 1723–1725.  
 22. Collart P., Franceschini P., Durel P. Experimental rabbit syphilis. J. Vener. Dis. 1971. № 4. P. 389–400.  
 23. Marra C.M., Maxwell C.L., Smith S.L. Cerebrospinal fluid abnormalities in patients with syphilis: association with clinical and laboratory features. J. Infect. Dis. 2004. № 189(3). P. 369–376.

15. Slesarenko NA, Bakulev AL. Sluchai vystseralnoho syfylysa y spetsyfycheskoho porazheniya nervnoi systemy u patsyentky s rane konstatyrovanoi serorezystentnostiu (A case of visceral syphilis and a specific lesion of the nervous system in a patient with previously diagnosed serous resistance). Klynycheskaia dermatolohyia y venerolohyia. 2007;1:78–79.  
 16. Bakulev AL, Tarasova OV, Sherstneva VN, et al. Sluchai aktyvnoho tretichnoho syfylysa y spetsyfycheskoho porazheniya nervnoi systemy (A case of active tertiary syphilis and specific damage to the nervous system). Klynycheskaia dermatolohyia y venerolohyia. 2005;3:22–23.  
 17. Romanenko HF, Kotov SV, Kriazheva SS, et al. Sluchai spynnoi suhotky s elementamy prohressyvnogo paralycha (taboparalych) s otryzatelnyimi serolohycheskymy reaktsiyamy y RYBT (Case of spinal cord with elements of progressive paralysis (taboparalysis) with negative serological reactions and RIBT). Vestn. dermatolohy y venerolohy. 1995;6:47–49.  
 18. Olysov AO, Potekaev NS, Dudarev AV, et al. Sovremennye predstavleniya o neirosyfylyse (Modern views on neurosyphilis). Vestn. dermatolohy y venerolohy. 1999;3:52–54.  
 19. Loseva OK, Anshukov AV, Bakhtyn SA, et al. Sovremennye problemy vedeniya bolnykh neirosyfylysom (Modern problems of management of patients with neurosyphilis). Klynycheskaia dermatolohyia y venerolohyia. 2007;4:51–53.  
 20. Bourazza A, Kerouache A, Reda R. Meningovascular syphilis: study of five cases. Rev. Neurol. 2008;164:4:369–373.  
 21. Payet J, Seror R, Hanss J, et al. Cervical syphilitic spondylodiscitis associated with neurosyphilis. Rheumatology. 2011;50(9):1723–1725.  
 22. Collart P, Franceschini P, Durel P. Experimental rabbit syphilis. J.Vener.Dis. 1971;4:389–400  
 23. Marra CM, Maxwell CL, Smith SL. Cerebrospinal fluid abnormalities in patients with syphilis: association with clinical and laboratory features. J. Infect. Dis. 2004;189(3):369–376.

**КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ ПОЗДНЕГО СИФИЛИСА НА ФОНЕ ПОСЛЕДСТВИЙ ТЯЖЕЛОЙ ЧЕРЕПНО-МОЗГОВОЙ ТРАВМЫ**

**Г. М. Бондаренко<sup>1</sup>, И. Н. Никитенко<sup>1</sup>, А. А. Безрученко<sup>1</sup>, В. В. Кутова<sup>1</sup>, И. В. Калашникова<sup>2</sup>**  
<sup>1</sup> ГУ «Институт дерматологии и венерологии НАМН Украины»

<sup>2</sup> ГУ «Институт патологии позвоночника и суставов им. проф. М.И. Ситенка НАМН Украины»

**Резюме**

С учетом роста распространенности поздних форм сифилиса среди населения, с целью предотвращения диагностических ошибок, связанных с редкостью выявления сифилиса у больных неврологических и соматических стационаров, приведен клинический случай из практической деятельности врачей-дерматовенерологов.

**Ключевые слова:** поздний сифилис, *T. pallidum*, энцефалопатия смешанного генеза, симптоматическая эпилепсия.

**CLINICAL CASE OF LATE SYPHILIS ON BACKGROUND OF CONSEQUENCES OF HEAVY CRANIOCEREBRAL TRAUMA**

**G. M. Bondarenko<sup>1</sup>, I. N. Nikitenko<sup>1</sup>, A. A. Bezruchenko<sup>1</sup>, V. V. Kutovaya<sup>1</sup>, I. V. Kalashnikova<sup>2</sup>**  
<sup>1</sup> SE «Institute of Dermatology and Venereology of NAMS of Ukraine»

<sup>2</sup> SE «Sytenko institute of spine and joint pathology of NAMS of Ukraine»

**Abstract**

A clinical case from the dermatovenerologists practice is provided, given the increasing prevalence of late syphilis forms among the population, to prevent diagnostic errors associated with the rarity of detection of syphilis of patients from neurological and somatic hospitals.

**Key words:** late syphilis, *T. pallidum*, mixed genesis encephalopathy, symptomatic epilepsy.

**Відомості про авторів:**

**Бондаренко Гліб Михайлович** – д-р мед. наук, професор, зав. відділу інфекцій, що передаються статевим шляхом, ДУ «Інститут дерматології та венерології НАМН України»; e-mail: bondarenko.kharkov@gmail.com

**ORCID ID:** <https://orcid.org/0000-0002-0799-797X>

**Нікітенко Інна Миколаївна** – канд. мед. наук, ст. наук. співроб. відділу інфекцій, що передаються статевим шляхом, ДУ «Інститут дерматології та венерології НАМН України»; e-mail: nikitenko.inna.n@gmail.com

**ORCID ID:** <https://orcid.org/0000-0001-8315-7625>

**Безрученко Олексій Анатолійович** – канд. мед. наук, ст. наук. співроб., лікар відділення венерології ДУ «Інститут дерматології та венерології НАМН України»; e-mail: alekseybezruchenko71@gmail.com

**ORCID ID:** <https://orcid.org/0000-0001-6436-4354>

**Кутова Валентина Василівна** – канд. мед. наук, ст. наук. співроб., зав. лабораторії серології ДУ «Інститут дерматології та венерології НАМН України»; e-mail: serolab\_idv@i.ua

**ORCID ID:** <https://orcid.org/0000-0002-0799-797X>

**Калашнікова Інна Володимирівна** – мол. наук. співроб. відділу консервативного лікування та клінічних випробувань ДУ «Інститут патології хребта та суглобів ім. проф. М.І. Ситенка»; e-mail: ivkalash83@gmail.com

**ORCID ID:** <https://orcid.org/0000-0003-0673-2926>