

СХД-ийн Нэгдсэн эмнэлэгт оношлогдсон мэдрэлийн тэмбүүгийн тохиолдол

Н.Билгүүн¹, Г.Чанцалдулам², Д.Цэрэнтогтох², О.Даваажаргал¹, Б.Сарангэрэл², Г.Оюунтуул²

¹СХНЭ-ийн БЗДХ, ХДХВ, ДОХ-ын кабинет

²СХНЭ-ийн Мэдрэлийн тасаг

Цахим шуудан: Bilbeeb93@gmail.com, Утас: 99064753

Түлхүүр үг:

Мэдрэлийн тэмбүү
Тархи нугасны
шингэн
RPR
ТРНА
Ховор тохиолдол

Товч утга

Удиртгал: Мэдрэлийн тэмбүү нь тэмбүү өвчний хожуу үеийн ховор боловч ноцтой хүндрэл бөгөөд төв мэдрэлийн тогтолцоог гэмтээдэг. **Тохиолдлын танилцуулга:** Архины хамааралтай 55 настай эрэгтэйд 2020 онд тэмбүү өвчин оношлогдож стандарт эмчилгээнд бүрэн хамрагдсан, мөн хамрын муруйлт, гавал тархины гэмтлийн дараах эпилепси оношлогдож мэдрэлийн эмчийн хяналтад байсан өгүүлэмжтэй ба хяналтын шинжилгээ тогтмол хийгдээгүй. 2023 онд сэтгэц мэдрэлийн шинж тэмдгүүд илэрч, серологийн RPR шинжилгээнд титр нэмэгдэн, тархи, нугасны шингэний шинжилгээгээр мэдрэлийн тэмбүү болох нь батлагдсан, стандарт эмчилгээний дараа серологийн үзүүлэлт сайжирсан. тохиолдлыг танилцуулж байна.

Дүгнэлт: Толгойн хэсгийн гэмтэл нь мэдрэлийн тэмбүү үүсэх шалтгаан болох бөгөөд тэмбүүтэй оношлогдож, эмчлэгдсэний дараах хяналтыг сайжруулах нь мэдрэлийн тэмбүүгээс урьдчилан сэргийлэх, эрт илрүүлэх, тусламж үйлчилгээг оновчтой төлөвлөн хэрэгжүүлэхэд ач холбогдолтойг харуулж байна.

Оршил: Тэмбүү нь *Treponema pallidum*-аар үүсгэгддэг, үе шат дамжин даамжирч архагшдаг, бэлгийн зам болон цус цусан бүтээгдэхүүнээр, халдвартай эхээс урагт дамжин халдварладаг өвчин юм. Эмчилгээ хийгдээгүй буюу дутуу эмчлэгдсэн тохиолдолд бүх эрхтэн, тогтолцоог гэмтээх боломжтой ба тархи цусны хориг нэвтэрч мэдрэлийн тогтолцоог гэмтээснээс мэдрэлийн тэмбүү үүсгэдэг.¹⁻⁴ Мэдрэлийн тэмбүү нь “great imitator” буюу олон төрлийн сэтгэцийн эмгэгийг дуурайж илрэх ба түгээмэл илрэх шинжүүдэд танин мэдэхүйн бууралт, сэтгэл гутрал, мани, психоз орно.⁵ Сүүлийн жилүүдэд тэмбүүгийн тархалт нэмэгдэж байгаа бөгөөд мэдрэл сэтгэцийн хөнгөн эмнэлзүйн шинжээс эхлээд мэдрэлийн тогтолцооны хүнд эмгэгээр илрэх нь эмнэлзүйн хувьд тулгамдсан асуудал болж байна.

Үндсэн хэсэг: Үйлчлүүлэгч 55 настай эрэгтэй, архины хамааралтай, нийгмийн хамгааллын төвд амьдардаг. Сүүлийн үед толгой өвдөх, ой тогтоолт муудах, мартах, толгой эргэх, үг яриа ээдрэх, оройдоо амьсгалахад төвөгтэй болдог зэрэг зовуур илрэх болсон. 2010, 2018 онд нүүр, толгойд гэмтэл авч байсан, 2018 оноос гавал тархины гэмтлийн дараах эпилепси оноштойгоор мэдрэлийн эмчийн хяналтад байгаа, 2020 онд тэмбүү (Lues) өвчин оношлогдож эмчилгээ хийлгэсэн, хяналтын шинжилгээ өгч байгаагүй өгүүлэмжтэй.

2023 онд СХНЭ-ийн Чих хамар хоолойн кабинетэд

үзүүлж хамрын таславч тэгшлэх хагалгаанд орох зорилгоор шинжилгээнд хамрагдахад илэрсэн шинж тэмдэггүй, тэмбүүгийн ийлдэс судлалын шинжилгээнд ТРНА+, RPR+, таньц 1:2, HIV- байсан учир хагалгааны өмнөх асуудлыг шийдэх зорилгоор сорил тавьж бензатин пенициллин-G 2.4 сая ОУН тунгаар 7 хоногийн зайтай 3 удаа булчинд тарьж эмчилгээнд бүрэн хамруулав. Эмчилгээний дараа хяналтын шинжилгээнд хамрагдаагүй, 1 жилийн дараа 2024 оны 4 сард хамрын хагалгаанд орохоор дахин өгсөн ийлдэс судлалын шинжилгээнд ТРНА+, RPR+, таньц 1:8 тул бензатин пенициллин-G 2.4 сая ОУН тунгаар 7 хоногийн зайтай 3 удаа булчинд тарьж дахин эмчилгээнд хамруулсан ч RPR шинжилгээний таньц 2024 оны 6 сард 1:16, 2024 оны 8 сард 1:32 болж нэмэгдсэн.

Гэр бүлгүй, 2018 оноос хойш бэлгийн харьцаанд огт ороогүй, бэлгийн тогтмол ордог хавьтагчгүй. Бусад бэлгийн бус замаар халдварлах эрсдэл тодорхойгүй.

2024 оны 9 сарын 6-нд тэмбүүгийн эмчилгээнд дахин хамрагдахаар ирэхэд үзлэгээр царай айсан төрхтэй, яриа ойлгомжгүй, асуусан асуултанд будилж хариулна, ярилцах явцад хэлсэнээ богино хугацаанд мартаж дахин хариулна, хэл яриа үе үе ээдрэнэ, сорил тавих үед хувцасаа тайлж эмнэлгийн өрөөнүүдээр гүйнэ, эдгээр үйл явдлаа хэсэг хугацааны дараа өөрөө эргээд санахгүй байсан тул мэдрэл, сэтгэцийн эмчийн зөвлөгөө авч мэдрэлийн тасагт онош тодруулахаар

хэвтүүлэв. Арьс, салстын өнгө ердийн, ил харагдах тууралт, арьсны гэмтэлгүй. Хамрын таславч зүүн тийш мурийлттай, гавал ясны зүүн чамархай хэсэгт цөмөрч хонхойсон. Арьсан доорхи өөхөн эдийн хөгжил дунд. Мөчдийн хөдөлгөөн чөлөөтэй, мөчдийн үзүүр бүлээн, хавангүй. Захын судасны эргэн дүүрэлт 2 секунд. Шууны артерийн лугшилт 2 талд ижил, хүчдэл дүүрэлт хангалттай тэмтрэгдэнэ. Элэг дэлүү томгүй, шээсний гарц хэвийн.

Гавал тархины КТГ шинжилгээ хийх амьдарлын боломж, нөхцлөөс хамааран хийгдэх боломжгүй байв. Тархины нугасны шингэн (ТНШ)-ийг шинжлэхэд глюкоз-3.52mmol/l, лактат-1.41mmol/l, нийт уураг-320mg/l, альбумин-174.5mg/l, хлор-122.0, ТРНА+, таньц 1:80, VDRL сөрөг, цусанд ТРНА+, таньц 1:10240, RPR+, таньц 1:32 тул тодорхойгүй мэдрэлийн тэмбүү (A52.3) онош тавьж, Benzilpenicillin 4 сая ОУН/удаа тунгаар 6 цагийн зайтай 14 хоног судсаар тарих эмчилгээг стандартын дагуу хийсэн. Тархины цусан хангамж сайжруулах эмчилгээ, бодисын солилцоо дэмжих эмчилгээ, дархлаа зүгшрүүлэх эмчилгээ, хоол эмчилгээг хавсран хийсэн.

Хэвтэн эмчлүүлсний дараах хяналтын серологи шинжилгээ 2025 оны 1 сарын 14-нд ТРНА+, RPR+, таньц 1:16, HIV-, 2025 оны 4 сарын 10-нд ТРНА+, RPR+, таньц 1:4, HIV-, 2025 оны 6 сарын 18-нд ТРНА+, RPR+, таньц 1:1, HIV- байв. Мөн эмчилгээ эхэлсэнээс хойш сэтгэц мэдрэлийн илэрсэн шинж тэмдгүүд багасаж засарсан.

Хэлцэмж: Мэдрэлийн тэмбүү нь *Treponema pallidum*-ийн халдварын үеийн ноцтой хүндрэл бөгөөд өвчний аль ч шатанд илрэх боломжтой. Сүүлийн жилүүдэд тэмбүүгийн тархалт нэмэгдэж байгаатай холбоотойгоор мэдрэлийн гэмтлийн тохиолдол дахин анхаарал татах болсон. Энэхүү тохиолдол нь өмнө эмчилгээ хийлгэсэн боловч хангалттай хяналт хийгдээгүй, мөн суурь гавал тархины мэдрэлийн гэмтэлтэй өвчтөнд мэдрэлийн тэмбүү богино хугацаанд үүсч болохыг харуулж байна.

Манай тохиолдолд серологийн шинжилгээнд RPR титр 1:2-оос 1:32 хүртэл нэмэгдсэн нь эмчилгээ хангалтгүй байсан, дахин халдвар авсан, эсвэл мэдрэлийн гэмтлийн оролцоо үүссэнийг илтгэх чухал үзүүлэлт юм. Иймд эмчилгээний дараах серологийн хяналт тогтмол хийх нь өвчний явцыг үнэлэхэд зайлшгүй шаардлагатай. Мэдрэлийн тэмбүү нь олон янзын эмнэлзүйн илрэлтэй бөгөөд сэтгэц, танин мэдэхүйн өөрчлөлт, ой санамжийн алдагдал, зан үйлийн өөрчлөлтөөр илэрч болно. Манай өвчтөнд ой санамж муудах, яриа алдагдах, зан авирын өөрчлөлт илэрсэн нь нейросифилисийн сэтгэц-мэдрэлийн хэлбэрийг илтгэж байна. Түүнчлэн өмнөх гавал тархины гэмтэлтэй байсан нь оношилгоог хүндрүүлэх хүчин зүйл болсон.

Тархины нугасны шингэний (ТНШ) шинжилгээнд ТРНА эерэг, уураг нэмэгдсэн нь оношийг дэмжсэн ч VDRL сөрөг гарсан. Гэсэн хэдий ч ТНШ-д VDRL нь

мэдрэлийн тэмбүүгийн оношилгоонд өндөр өвөрмөц чанартай ч мэдрэг чанар бага тул сөрөг хариу нь оношийг үгүйсгэх үндэслэл болдоггүй.⁶ Иймээс клиник шинж тэмдэг болон бусад лабораторийн үзүүлэлтүүдийг хамтатган үнэлэх шаардлагатай. Мэдрэлийн тэмбүүг Alzheimer-ийн өвчин, шизофрени зэрэг эмгэгүүдээс ялган оношлох шаардлагатай бөгөөд серологийн болон тархи нугасны шингэний шинжилгээ нь оношилгооны үндэс болдог.⁷⁻⁹ Эмчилгээний хувьд олон улсын болон Эрүүл мэндийн сайдын тушаалаар батлагдсан тусламж үйлчилгээний удирдамжид мэдрэлийн тэмбүүг судсаар бензилпенициллин 10–14 хоног хэрэглэхийг зөвлөмж болгодог.^{10,11} Манай өвчтөнд энэхүү эмчилгээг хийсний дараа RPR титр 1:32-оос 1:1 хүртэл аажмаар буурч, эмнэлзүйн сайжрал ажиглагдсан нь эмчилгээ үр дүнтэй байсныг харуулж байна.

Дүгнэлт: Энэхүү тохиолдол нь тэмбүүгийн эмчилгээний дараах хяналт хангалтгүй байвал мэдрэлийн хүндрэл үүсч болохыг онцлон харуулж байна. Иймд серологийн үзүүлэлт өсөх, мөн мэдрэл-сэтгэцийн шинж илрэх үед мэдрэлийн тэмбүүг заавал сэжиглэн, шаардлагатай шинжилгээ, эмчилгээг цаг алдалгүй хийх нь чухал юм.

Номзүй

1. Эрүүл мэндийн сайдын 2023 оны А/133 тоот тушаал
2. Kaur B, Khanna D. Psychiatric manifestations of neurosyphilis: a narrative review. *Cureus*. 2023;15(9): doi:10.7759/cureus.
3. Centers for Disease Control and Prevention. Sexually transmitted infections treatment guidelines, 2021.
4. Rundell JR. Neurosyphilis: a psychiatric perspective. *Psychosomatics*. 2022;63(4): doi:10.1016/j.psym.2022.
5. Kanakaraj L, Kumar S, Prakash R, et al. Psychiatric manifestations of neurosyphilis: a retrospective study. *Asian J Psychiatr*. 2024; doi:10.1016/j.ajp.2024.
6. Marra CM. Neurosyphilis. *Continuum (Minneapolis)*. 2015;21(6):1714–1728
7. Gьngьr FC, Yilmaz E, Korkmaz S. Neurosyphilis in psychiatric differential diagnosis. *Psychiatry Clin Psychopharmacol*. 2020;30(3): doi:10.5455/PCP.2020
8. Li HY, Chen X, Zhang Y, et al. Neurosyphilis presenting as psychiatric symptoms at a younger age: a case report. *Int Med Case Rep J*. 2024;17: doi:10.2147/IMCRJ.S
9. Crozatti LL, et al. Neuropsychiatric manifestations of neurosyphilis. *BMJ Case Rep*. 2016;2016:bcr201621. doi:10.1136/bcr-2016
10. World Health Organization. WHO guidelines for the treatment of syphilis. Geneva: WHO; 2016.
11. Workowski KA, Bachmann LH. Sexually transmitted infections treatment guidelines. *MMWR Recomm Rep*. 2021.

A case report of neurosyphilis diagnosed at General hospital of Songinokhairkhan district

Bilguun N¹, Chantsaldulam G², Tserentogtokh D², Davaajargal O¹, Sarangerel B², Oyuntuul G²

¹General hospital of Songinokhairkhan district, STI clinic

²General hospital of Songinokhairkhan district, Inpatient clinic of Neurology

E-mail: Bilbeeb93@gmail.com, Tel: +976-99064753

Abstract

Background: Neurosyphilis is a severe manifestation of *Treponema pallidum* infection that may occur at any stage, particularly in cases of inadequate treatment or follow-up.

Case Presentation: We report a case of a 55-year-old male with a prior history of treated syphilis who presented with progressive neuropsychiatric symptoms, including memory impairment, disorganized speech, and behavioral changes. Serial serological testing revealed a rising rapid plasma reagin (RPR) titer from 1:2 to 1:32 over time. Cerebrospinal fluid (CSF) analysis demonstrated elevated protein levels and a positive *Treponema pallidum* hemagglutination assay (TPHA 1:80), confirming the diagnosis of neurosyphilis despite a negative VDRL test in CSF. The patient was initially treated with ceftriaxone, followed by definitive therapy with intravenous benzylpenicillin for 14 days. Subsequent follow-up showed a gradual decline in RPR titers (1:32 to 1:1) along with clinical improvement.

Conclusion: This case underscores the importance of adequate post-treatment surveillance and highlights the need to consider neurosyphilis in patients presenting with neuropsychiatric symptoms and rising serological titers, even in the absence of positive CSF VDRL findings.

Keywords: Neurosyphilis, Cerebrospinal fluid (CSF), Rapid plasma reagin (RPR), *Treponema pallidum* hemagglutination assay-TPHA