

Данные обстоятельства указывают на необходимость разработки дифференцированных диагностических методик психотерапии, которые бы дополнили вопросы психотерапевтической диагностики и сократили сроки клинического наблюдения за болезненными проявлениями у пациентов.

УДК 616.8-002:6-03-037

*Мавров Г. И., Бондаренко Г. М., Унучко С. В.,
Дунаева Г. А., Губенко Т. В.*

*ГУ «Институт дерматологии и венерологии
НАМН Украины» (г. Харьков)*

КЛИНИКО-ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ НЕЙРОСИФИЛИСА НА СОВРЕМЕННОМ ЭТАПЕ

По данным центра медицинской статистики МЗ Украины общая заболеваемость сифилисом снижается (от 77,1 случая на 100 тыс. населения в 2001 г. до 14,1 в 2011 г.), а заболеваемость поздним скрытым сифилисом и другими формами, включающими нейросифилис, растёт. В интенсивных показателях это выглядит так: поздний скрытый сифилис в 2001 г. — 0,4; в 2011 г. — 1,0. Учащение уровня регистрации, медико-социальные последствия нейросифилиса требуют повышенного внимания к данной проблеме венерологов, смежных специалистов.

Цель исследования: изучение клинико-эпидемиологических особенностей нейросифилиса в современных условиях.

С 2008 по 2011 гг. на обследовании и лечении в ГУ «Институт дерматологии и венерологии НАМН Украины» находилось 157 больных скрытыми формами сифилиса. Всем больным были проведены специфические серологические реакции (РИФ, ИФА, РПГА). У 33 больных был диагностирован нейросифилис. По формам сифилиса нервной системы больные распределялись следующим образом: ранний менинговаскулярный нейросифилис у 3 человек, спинная сухотка — у 4, поздний васкулярный — у 2, прогрессивный паралич — у 5, поздний менингоэнцефалит — у 3, поздний менинговаскулярный — у 16.

У всех больных были положительные специфические серологические реакции крови. Ликвор был исследован только у 5 больных и выявил разную степень патологии. Двое больных были выявлены невропатологом, четверо — психиатром, один хирургом. Атрофия зрительных нервов наблюдалась у одного больного спинной сухоткой, выявленного офтальмологом.

Клинически у пациента со спинной сухоткой была прободная язва на подошвенной поверхности большого пальца стопы. Обращает на себя внимание относительно лёгкое течение спинной сухотки, её малосимптомность, учащение случаев прогрессивного паралича и позднего менинговаскулярного нейросифилиса с психическими нарушениями (памяти, речи, интеллекта) у лиц довольно молодого возраста (35 — 45 лет). Из неврологических симптомов при менинговаскулярном нейросифилисе чаще наблюдались зрачковые нарушения, неполный симптом Аргайлла Робертсона, снижение сухожильных рефлексов, нарушения чувствительности.

В связи с отсутствием неврологических жалоб у большинства больных нейросифилис диагностируется несвоевременно или вовсе не диагностируется, и эти пациенты регистрируются как больные скрытым сифилисом. Необходимо чаще использовать при обследовании больных поздними формами сифилиса компьютерную томографию. При обнаружении расширенных ликвороносных пространств и признаков атрофии коры головного мозга у больных поздними формами сифилиса, необходимо более длительное лечение, так как это переходная форма между менинговаскулярным нейросифилисом и прогрессивным параличом. Для лечения нейросифилиса следует использовать препараты пенициллинового ряда по методикам, обеспечивающим проникновение препарата в ликвор.

УДК 616.8-002.6-07

*Мавров Г. И., Кутова В. В., Білоконь О. М., Дунаева Г. О.
ДУ «Інститут дерматології та венерології НАМН України»
(м. Харків)*

ДІАГНОСТИКА СУЧАСНОГО НЕЙРОСИФІЛІСУ

Сифіліс має багато клінічних проявів та займає провідне місце серед інфекцій, що вражають нервову систему. Відмова від контролюючої ролі дерматовенерологічної служби в період реформ системи охорони здоров'я, недостатній обсяг досліджень, широке впровадження амбулаторних методів лікування, зокрема, використання дюрантних препаратів пеніциліну, котрі не проникають через гематоенцефальний бар'єр, привело до

збільшення серед дорослого працездатного населення ранніх форм нейросифілісу з маніфестними клінічними проявами зі стійкою інвалідизацією та високою частотою летального кінця. На превеликий жаль, в теперішній час про проявлення нейросифілісу стали забувати не тільки венерологи, а і психіатри, на яких покладена вся відповідальність за постановку подібного діагнозу. Тому, безперечно, перспективним є використання високоінформативних, чутливих та специфічних лабораторних тестів діагностики. У зв'язку з цим метою нашого дослідження стала комплексна діагностика нейросифіліса, що передбачала одночасне використання низки лабораторних методів.

Попередній діагноз органічного ураження головного мозку неясного генезу при госпіталізації в психоневрологічні медичні заклади м. Харкова був установлений у 24 пацієнтів. Усім хворим діагноз нейросифілісу підтверджений при дослідженні сироватки крові нетрепонемними тестами (RW, VDRL, RPR) та обов'язковими для підтвердження діагнозу трепонемними тестами (РПГА, РІФ, ІФА), в яких використовується специфічний антиген трепонемі. Додатково 13 хворим в зв'язку з особливостями клінічного перебігу проведено дослідження ліквору, що є найбільш інформативним для постановки етіологічного діагнозу.

Таким чином, застосування сучасних серологічних досліджень сироватки та ліквору є необхідними при діагностуванні нейросифілісу.

УДК: 616.895.8:[615.851+304.3]

Мажуць В. В.

КЗОЗ «Городской психоневрологический диспансер № 3» (г. Харьков)

ПОКАЗАТЕЛЬ КАЧЕСТВА ЖИЗНИ В СТРУКТУРЕ ПСИХОСОЦИАЛЬНОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ БОЛЬНЫХ ШИЗОФРЕНИЕЙ

В последние десятилетия во всем мире отмечается рост научных интересов к вопросам социального функционирования и качества жизни пациентов. Эти показатели становятся обязательными и чрезвычайно важными компонентами оценки результатов лечения, качества помощи больным. Больные с хроническими психическими расстройствами занимают довольно значительное место среди контингента психоневрологического диспансера. Среди больных с установленной группой инвалидности пациенты, страдающие шизофренией, составляют большинство. Накапливается значительное число больных шизофренией вне активной фазы процесса, состояние которых на протяжении многих лет определяется в основном дефицитарными расстройствами различной выраженности и, в части случаев, сопутствующей им резидуальной продуктивной психопатологической симптоматикой. Эти больные нуждаются не только в лечебной помощи, но и в социальной реабилитации и поддержке, которые приобретают особую актуальность в связи с социально-экономическими переменами в нашей стране. Изучение социального функционирования больных шизофренией на этапе стабилизации процесса в зависимости от структуры и выраженности клинических проявлений представляется весьма перспективным направлением, позволяющим определить пути разработки и планирования новых форм социальной поддержки.

В связи с этим нами было проведено исследование, основанное на комплексном динамическом изучении психического состояния пациентов, страдающих шизофренией, в возрасте от 20 до 71 лет, находящихся на амбулаторном учете и лечении в «КЗОЗ ГПНД № 3» г. Харькова, с установленным диагнозом шизофрения, параноидная форма, непрерывный тип течения, ремиссия «С». Средний возраст пациентов на момент обследования составил у женщин $43,1 \pm 1,5$ года, а у мужчин — $42,7 \pm 1,4$ года.

Изучение клинико-психопатологических особенностей психических расстройств у обследованного нами контингента при массовых исследованиях проводилось с использованием опросника «Качество жизни-100».

В результате проведенного исследования было установлено, что несколько больше удовлетворены качеством жизни были мужчины, чем женщины. Наименьший бал удовлетворенности условиями жизни выявляется в группе лиц 20—29 лет ($55,667 \pm 4,835$ балла), что обусловлено, по всей видимости, трудностями адаптации к болезни, зависимости психосоциального благополучия от общественного мнения, родственников, повышенными амбициями, характерными для молодого возраста.

Среди возрастных групп более высокая удовлетворенность качеством жизни была у лиц от 40 до 49 лет ($65,594 \pm 3,92$ балла), что обусловлено выработанным состоянием относительной