

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 пробоная 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 ликворных 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 «Институт дерматології та венерології НАМН України»*  
*(м. Харків)*

#### **ДИАГНОСТИКА СУЧАСНОГО НЕЙРОСИФИЛІСУ**

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 встановлений 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]

*Мажбиц В. Б.*

*КЗОЗ «Городской психоневрологической 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

компенсації к болезні, відносно постійним матеріальним доходом, більш реалістичним відношенням к життю.

Найбільш низькі показателі якості життя відзначалися у пацієнтів з довготривалою захворювання до 9 років ( $58,595 \pm 3,058$  балла), незначально підвищалися при довготривалості захворювання від 10 до 19 років (до  $62,714 \pm 3,302$  балла), і знову знижувалися після 20 років захворювання (до  $61,073 \pm 3,693$  балла).

Отримані результати були включені в формування програми для проведення адекватного комплексу психопрофілактичних і психокорекційних заходів з урахуванням виявлених особливостей.

УДК 616.89-008.454:616.14

**Мазур О. В.**

*Вінницький національний медичний університет  
ім. М. І. Пирогова (м. Вінниця)*

### ТИПИ СТАВЛЕННЯ ДО ХВОРОБИ ПРИ ОРГАНІЧНИХ ДЕПРЕСИВНИХ РОЗЛАДАХ СУДИННОГО ГЕНЕЗУ

Проведено комплексне клініко-психопатологічне дослідження 60 хворих з органічними депресивними розладами судинного генезу (ОДРСГ), які перебували на лікуванні в Вінницькій обласній психоневрологічній лікарні ім. академіка О. І. Ющенка.

Важливою складовою частиною психологічного континууму когнітивних та афективних (депресивних) розладів при ОДРСГ є тип ставлення до хвороби (ТСХ). ТСХ являє собою сформований (на основі аутогенного та ятрогенного компонентів) індивідуальний комплекс відчуттів, емоцій та думок, що визначає ставлення хворого до порушення здоров'я та пов'язану з цим поведінку. В свою чергу ця поведінка має значний вплив на ефективність лікувального процесу, обумовлюючи ступінь участі хворого в лікувальному процесі та формуючи комплайнс, що особливо важливо для психокорекційної роботи. Для визначення типу ставлення до хвороби застосовували Методику діагностики типів ставлення до хвороби (СПб., 1987).

12 типів ставлення до хвороби об'єднуються в три блоки за двома критеріями: «адаптивність/дезадаптивність» та «інтер-/інтрапсихічна спрямованість» дезадаптації (у разі дезадаптивного характеру ставлення). Перший блок, до якого входять гармонійний, ергопатичний та анозогнозичний ТСХ, при яких психічна та соціальна адаптація суттєво не порушені — у обстежених хворих не спостерігався. Другий блок, що включає тривожний, іпохондричний, неврастенічний, меланхолійний, апатичний типи, для яких характерна інтрапсихічна спрямованість особистісного реагування на хворобу, що обумовлює порушення соціальної адаптації — спостерігався у 46 хворих (76,7 %). До третього блоку включено сенситивний, егоцентричний, дисфоричний та паранояльний типи ставлення до хвороби з характерною інтерпсихічною спрямованістю особистісного реагування на хворобу, що також призводить до соціальної дезадаптації хворих — відзначено у 14 хворих (23,3 %).

Відсутність ТСХ першого блоку говорить про те, що ОДРСГ суттєво порушує психічну та соціальну адаптацію хворих. Це може бути пояснено тим, що депресія виникає на тлі вже існуючого органічного ураження головного мозку судинного генезу, тобто патологічний процес пройшов низку етапів, при цьому кожна наступна ланка ускладнювала характер клініко-психопатологічних проявів захворювання. Схематично ланки можна визначити так: судинне захворювання (гіпертонічна хвороба, атеросклероз тощо) → органічне ураження головного мозку (ХНМК, ДЕ) → депресивний розлад.

Виявлення тільки дезадаптивних ТСХ інтер- та інтрапсихічного спрямування може бути обумовлено психологічними особливостями реагування на хворобу літніх людей, яких була переважна більшість серед обстежених хворих. Літні люди часто неадекватно реагують на захворювання, тому що протестують проти старості, коли йде руйнування життєвого стереотипу. Значним дезадаптуючим психологічним чинником є страх самотності, притаманний цій віковій категорії хворих.

При дослідженні ТСХ було виявлено, що на його формування впливали такі чинники як характер основного судинного захворювання, тип депресивного синдрому, вік, характер та шкала цінностей, рівень медичних знань, соціальний стан хворих, оцінка свого стану та соціальної дезадаптації внаслідок хвороби, що обумовлювало індивідуальне забарвлення досліджуваного феномену. Проведене дослідження ТСХ стало основою одного з векторів спрямування комплексу психокорекційних заходів у пацієнтів із ОДРСГ.

УДК 612.822-053.2/5:616.89-008.454

**Майоров О. Ю., Михайлова Е. А., Проскурина Т. Ю.,  
Михальчук О. Я., Мителев Д. А., Матковская Т. Н.**  
*ГУ «Институт охраны здоровья детей и подростков  
НАМН Украины» (г. Харьков)*

### НЕЙРОФИЗИОЛОГИЧЕСКИЕ КОРРЕЛЯТЫ ДЕПРЕССИИ У ДЕТЕЙ МЛАДШЕГО ШКОЛЬНОГО ВОЗРАСТА

Проводился визуальный и нелинейный многомерный анализ — детерминистского хаоса ЭЭГ с помощью системы компьютерной ЭЭГ NeuroResearcher®2005 (Mayorov O. Yu., Fritzsche M. et al., 2003) у 127 детей 7—11 лет с депрессией и 30 здоровых детей аналогичного возраста (группа контроля). Энтропия Колмогорова — Синяя (эКС) вычислена на основании спектра показателей Ляпунова и определялась как усредненная по фазовому пространству сумма положительных показателей Ляпунова  $S_m$ . Использован метод определения задержки с помощью оценки размеров осей восстановленного в фазовом пространстве аттрактора (Майоров О. Ю. с соавт., 2006). Энтропия КС позволяет оценить прогноз поведения динамической системы мозга в будущем, определяет скорость потери динамической системы информации и позволяет оценить среднее время ее предсказуемости. Регистрация ЭЭГ проводилась в состоянии покоя и во время интеллектуальной нагрузки (обратный счет в уме — 200, 197, 194 и т. д. у детей 9—10 лет и обратный счет в уме 100, 99, 98 и т. д. у детей 7—8 лет), и в условиях гипервентиляции в течение одной минуты. Установлено, что у детей 7—11 лет с депрессией выявлено снижение показателей эКС в сравнении с детьми группы контроля во фронтальных отведениях: F7 — ( $2,59 \pm 0,17$ ) соответственно ( $3,55 \pm 0,36$ ); F3 — ( $2,11 \pm 0,24$ ) соответственно ( $2,91 \pm 0,28$ ); Fz — ( $2,15 \pm 0,14$ ) соответственно ( $3,10 \pm 0,42$ ) и F4 — ( $2,19 \pm 0,16$ ) соответственно ( $2,99 \pm 0,19$ ). Уменьшение показателей эКС свидетельствует о снижении уровня хаоса и свободы — способности клеток организовывать нейродинамические связи с другими нейронами.

При анализе относительных мощностей спектров (ОСМ) основных ритмов ЭЭГ отмечено, что у детей с депрессией обнаружена избыточная относительная мощность  $\delta$ -активности, уменьшение мощности  $\alpha$ -активности, нарушение зональности распределения  $\beta$ -ритмов. Данные показатели имели статистически достоверные отличия между основной и контрольной группой. Наибольшие значения ОСМ и существенные изменения  $\alpha$ -ритма затрагивали центрально-теменные отведения, снижаясь по выраженности в ростральном и каудальном направлениях, медленноволновые показатели ОСМ имели высокие цифры как в теменных отведениях так и в префронтальных областях. Установлено, что динамика изменений быстроволнового и медленноволнового частотного спектра носила разнонаправленный характер в зависимости от варианта синдрома комплекса депрессии. Картина ЭЭГ у детей с депрессией свидетельствует о колебании уровня неспецифической стволовой системы, частичном блоке активирующих влияний со стороны ретикулярной формации мезодиаэнцефального уровня, что приводит к снижению тонуса коры головного мозга.

Таким образом, у детей с депрессией установлено достоверно низкие показатели эКС во фронтальных отведениях в отличие от здоровых сверстников, у которых эти показатели имеют тенденцию к их увеличению. Нейрофизиологические показатели у детей с депрессией могут служить индикатором вовлечения определенных структур мозга (лимбических) и явиться маркером тяжести аффективного расстройства на данном этапе онтогенетического развития ребенка.

УДК 616.89-008.442-084:613.89:613.885

**М. В. Маркова\*, Р. Т. Габрель\*\*,\***

*Харківська медична академія післядипломної освіти\* (м. Харків),  
Київський центр профілактики та боротьби зі СНІДом Київської  
міської клінічної лікарні № 5\*\* (м. Київ)*

### ПОРУШЕННЯ ЖИТТЄДІЯЛЬНОСТІ ПАРТНЕРСЬКОЇ ПАРИ ЗА УМОВИ ВІЛ-ІНФІКУВАННЯ ОДНОГО З ПАРТНЕРІВ: АКТУАЛЬНІСТЬ ПРОБЛЕМИ ТА ШЛЯХИ ВИРІШЕННЯ

За даними МОЗ України, на 01.01.2010 в Україні проживає 360 000 ВІЛ-позитивних громадян. Кількість зареєстрованих нових випадків ВІЛ-інфекції складає біля 20 тис. на рік. За оцінками спеціалістів ЮНЕІДС, реальні масштаби епідемії значно більші й сягають 1 % дорослого населення.

Ін'єкційні наркомани все ще залишаються середовищем, де триває активне розповсюдження ВІЛ. Мабуть, саме тому, в науковій літературі та клінічній практиці існує значна кількість робіт,