

по 7 участников в каждой). На рисунке (диаграмма) представлены средние оценки участников по результатам первичного анкетирования и заполнения анкет после пройденного цикла тренинга.

После пройденного тренинга в субъективном самоотчете участников по результатам анкетирования отмечаются следующие общие тенденции: более свободное выражение эмоций и чувств, лучшее понимание других людей (чему способствуют упражнения блока развития невербальных средств взаимодействия, повышение уровня рефлексии), укрепление уверенности в себе, в своих возможностях (что определено положительным эмоциональным подкреплением, конструктивной обратной связью).

Отмечаются так же такие особенности, как трудности самораскрытия, интровертированная погруженность в собственные переживания, являющиеся специфичными для данной категории пациентов.

Таким образом, результаты работы доказывают необходимость и эффективность комплексного, биопсихосоциального подхода к реабилитации подростков, больных шизофренией.

Литература

1. Вид В. Д. Психотерапия шизофрении. СПб., «Питер», 2001.
2. Вачков И. Основы технологии группового тренинга. М.: Издательство «Ось-89», 2001.
3. Гурович И. Я., Шмуклер А. Б., Сторожакова Я. А. Психосоциальная терапия и психореабилитация в психиатрии. М.: Медпрактика-М, 2004.
4. Методы групповой психотерапии психически больных. Методические рекомендации под ред. Зачепицкого Р. А. Ленинград, 1982.
5. Карвасарский Б. Д. Психотерапия: учебник. СПб.: Питер, 2000.
6. Практикум по АРТ-терапии под ред. Копытина А. И. СПб.: Питер, 2000.
7. Психотерапевтическая энциклопедия. Под ред. Б. Д. Карвасарского. СПб.; Питер, 2002.
8. Раскрывающая реконструктивная психотерапия больных малопрогредиентной шизофренией (мишени, типы вмешательства). Методические рекомендации под ред. Вида В. Д., Ленинград, 1991.
9. Тхостов А. Ш., Сурнов К. А. Новые направления клинической психологии. Вызов культуры; Актуальные проблемы клинической психологии; под ред. С. И. Блохина, Г. А. Глотова. Екатеринбург, 2004; 10-17.
10. Холмогорова А. Б., Гаранян Н. Г., Петрова Г. А. Социальная поддержка как предмет научного изучения и ее нарушения у больных с расстройствами аффективного спектра; Социальная и клиническая психиатрия. 2003; 2: 15-25.
11. Юнг К. Г. Работы по психиатрии. Психогенез умственных расстройств. СПб., «Академический проект», 2000.
12. Ясперс К. Общая психопатология. Практика. М., 1997: 1013-1014.

Социально-эпидемиологические и клинические характеристики позднего нейросифилиса

В. И. Сурганова¹, А. Г. Колчанов², К. Ю. Ретюнский³

¹ Уральский НИИ дерматовенерологии и иммунопатологии, г. Екатеринбург;

² ГУЗ СО «Свердловская областная клиническая психиатрическая больница», г. Екатеринбург;

³ ГОУ ВПО Уральская государственная медицинская академия Росздрави, г. Екатеринбург.

Резюме

В статье представлен анализ 23 историй болезни пациентов с диагнозом позднего нейросифилиса, находившихся на лечении в ГУЗ СО «Свердловская областная клиническая психиатрическая больница», г. Екатеринбурга. Обозначены проблемы диагностики, терапии, реабилитации.

Ключевые слова: поздний нейросифилис, патоморфоз, диагностика, терапия, реабилитация.

В. И. Сурганова — к. м. н., старший научный сотрудник клинического отдела Уральского НИИ дерматовенерологии и иммунопатологии;

А. Г. Колчанов — зам. гл. врача по медицинским вопросам ГУЗ СО «Свердловская областная клиническая психиатрическая больница»;

К. Ю. Ретюнский — д. м. н., профессор, кафедры психиатрии ГОУ ВПО УГМА Росздрави, зав. отделением исследований когнитивных расстройств у детей ГУЗ СО «Институт медицинских клеточных технологий».

Актуальность

На протяжении 5 лет (2001-2005 гг.) в Екатеринбурге и Свердловской области наблюдается неуклонное снижение регистрации всех форм сифилиса с 186,6 до 82,4 случаев (на 100 тыс. населения). При этом отмечен значимый рост удельного веса нейросифилиса с 0,05% до 0,6%. Кроме того, удельный вес позднего нейросифилиса намного превышает показатели раннего нейросифилиса. Проведенный анализ

позволил установить ряд основных причин, обеспечивающих увеличение регистрации случаев позднего нейросифилиса в Свердловской области. К ним относятся:

- естественный рост случаев нейросифилиса, связанных с эпидемическим ростом общей заболеваемости сифилисом в 1990-2000 гг.;

- утрата контролирующей роли дерматовенерологической службы, в том числе за состоянием серологической диагностики в психоневрологических, офтальмологических и других отделениях лечебно-профилактических учреждений;

- отсутствие должного взаимодействия дерматовенерологической и психиатрической служб по ранней диагностике и выявлению нейросифилиса;

- широкое применение дюранных (продолжительного действия) препаратов пенициллина при лечении сифилиса без учета длительности существования специфической инфекции;

- повсеместное внедрение анонимных методов лечения сифилиса без проведения последующего диспансерного наблюдения за больными;

- лечение части больных сифилисом в негосударственных и частнопрактикующих медицинских учреждениях;

- значительный удельный вес (до 40-50%) среди больных сифилисом лиц с асоциальным поведением.

Смертность от сифилиса во всем мире практически сведена до минимума. К сожалению, за последние четыре года поздний нейросифилис, как причина смерти, был зарегистрирован у 9 пациентов различных стационаров г. Екатеринбурга и Свердловской области. В подавляющем большинстве случаев специфическое лечение позднего нейросифилиса проводится с помощью внутривенного введения больших доз бензилпенициллина. Анализ исхода заболевания при использовании данной терапии позволяет утверждать ее низкую эффективность. Больные остаются инвалидами, либо погибают непосредственно в момент терапии или через небольшой промежуток времени после нее.

Цель настоящего исследования заключалась в установлении социально-эпидемиологических и клинических характеристик позднего нейросифилиса в Свердловской области.

Для достижения цели был предпринят анализ архивных историй болезни 23 больных поздним нейросифилисом, находившихся на лечении в ГУЗ СО «Свердловская областная клиническая психиатрическая больница» в период с 2000 по 2005 гг.

Результаты исследования

В ходе исследования были установлены следующие социальные, клинические и серологические характеристики больных исследуемой группы. В группе преобладали пациенты мужского пола (78,2±1,78%), в возрасте 20-29 лет (8,7±1,22%), 30-39 и 40-49 лет (30,4±1,99%), 50-59 лет (26,1±1,90%). В основном городские жители (66,2%), имеющие неполное и среднее образование (30,4% и 39,0% соответственно), в 82,6% не состоящие в браке.

В стационар пациенты попадали различными путями. Так, сотрудниками милиции с улицы было доставлено 13,0% больных, бригадой скорой помощи — 39,1%, в сопровождении родственников — 21,7%, самостоятельно за помощью обратились лишь 17,4%. В 78,3% случаев больные госпитализировались в неотложном порядке, что было связано с наличием острой психопатологической симптоматики. При этом грубые мнестические расстройства с амнестической дезориентировкой были выявлены в 13 случаях (56,5%, $p=23$), легкие и умеренные нарушения в 10 случаях (43,5%, $p=23$). Неспецифический галлюцинозопараноидный синдром был установлен в 18 случаях (78,3%, $p=23$). В 3 случаях было установлено расстроенное сознание по типу оглушения или спутанности (13,0%, $p=23$).

С помощью клинко-анамнестического метода была установлена отягощенная психическими заболеваниями наследственность (52,2%). Так, один из родителей пациентов изучаемой группы страдал шизофренией в 33,3% случаев, эпилепсией в 16,7%, алкоголизмом в 41,7% случаев, завершил жизнь суицидом в 16,7%.

Кроме того, в 78,3% пациенты с поздним нейросифилисом многократно получали черепно-мозговую травму с потерей сознания, лечением в стационаре. По поводу алкоголизма на учете нарколога состояли 68,2% больных, употребляли алкоголь 18,2% больных. Наркотические средства хронически употребляли 2 пациента (8,7%). Различные виды гепатитов были зарегистрированы у 17,4% больных, преимущественно токсический этаноловый гепатит (13,0%). Кровь на ВИЧ у всех больных была отрицательной.

В ходе исследования у всех пациентов исследуемой группы определялись симптомы дегенеративно-дистрофического поражения ЦНС (зрачковые расстройства, изменения на глазном дне, нарушение высших корковых функций, выпадение сухожильных рефлексов, появление патологических пирамидных знаков, тазовые и координационные нарушения). Удельный вес нарушений представлен следующими симптомами: деменция различной степени тяжести — 78,3±1,8%, дизартрия —

26,1±1,9%; амнезия — у 65,2±2,0%; церебра-стенический синдром с хронической цефалгией — 66,2±2,1%; головокружение — 56,5±2,1%; снижение реакции зрачков на свет — 56,5±2,1%; снижение коленных рефлексов — 30,4±2,0%; нарушения выполнения стаго-координаторных проб — 82,6±1,6%; атаксия — 39,1±2,1%.

Таким образом, в клинической картине превалировали симптомы деменции. Неврологическая симптоматика была представлена 2-3 знаками. Синдром Аргайла-Робертсона в настоящее время практически не встречался.

Компьютерная головного мозга была проведена у 7 пациентов (30,5%, $p=23$). Атрофия коры головного мозга II-III степени, расширение желудочковой системы, очаги пониженной и повышенной плотности в коре головного мозга, признаки смещения и деформации ствола атрофии коры головного мозга II-III степени, расширения желудочковой системы, очагов пониженной и повышенной плотности в коре головного мозга, признаков смещения и деформации ствола были установлены в 42,9%.

Следует отметить, что из 23 больных поздним нейросифилисом только 1 получал специфическую терапию (бициллин-3 № 14 с диагнозом ранний скрытый сифилис за 5 лет до установления диагноза нейросифилис).

Исследованию ликвора придавалось особое значение. Рассматривались общепринятые показатели: количество клеточных элементов, общее количество белка, глобулиновые реакции, а также трепонемные и нетрепонемные тесты (КСР, РИФ, ИФА, РПГА).

У всех больных поздним нейросифилисом был выявлен патологический ликвор. Клинические изменения в ликворе наблюдались, как со стороны количества клеточных элементов, так и количества белка. Так плеоцитоз < 5 клеток в 1 мл3 выявлен у 15 пациентов (65,2%, $p=23$); повышенный белок регистрировался у 16 пациентов (72,7%, $p=23$). У одного из пациентов при нормальных показателях плеоцитоза наблюдался повышенный белок. Реакция Вассермана с кардиолипновым антигеном была резко положительной у 15 больных (65,2%, $p=23$), отрицательной — у 8 пациентов (34,8%, $p=23$). Чувствительность трепонемных тестов в ликворе была намного выше и составила 100% во всех исследуемых показателях (РНГА, ИФА, РИФ).

С момента поступления в стационар до установления окончательного диагноза специфической инфекции, у больных поздним нейросифилисом прошло от 7 дней до 9 месяцев. Специфическая терапия проводилась после установления диагноза позднего нейросифилиса, и заключалась в введении натриевой соли

бензилпенициллина по 10 млн ЕД 2 раза в сутки в/в капельно на 400,0 физиологического раствора в течение 1,5-2-х часов в течение 14 дней, с проведением второго курса после 2-х недельного перерыва.

На фоне специфической терапии редуцированной подверглась галлюцинаторная симптоматика, поведение становилось упорядоченным. Сохранились признаки тотальной и лакунарной деменции с амнестической дезориентировкой. У 2 пациентов наступил смертельный исход. По окончании специфической терапии 21 пациенту была оформлена I группа инвалидности.

Заключение

1. В подавляющем большинстве случаев (95,7%) у больных поздним нейросифилисом нет указаний на сифилис в анамнезе.
2. Клиническая картина позднего нейросифилиса представлена тотальной и лакунарной деменцией, с неспецифической галлюцинаторно-параноидной симптоматикой, при отсутствии классической неврологической симптоматики.
3. Решающее значение в диагностике позднего нейросифилиса приобретает серологическое обследование.
4. Специфическая антибактериальная и симптоматическая терапия при позднем нейросифилисе отличается низкой результативностью.
5. Остро востребованы новые технологии и методики специфической и синдромологической терапии и реабилитации больных с поздним нейросифилисом.

Литература

1. Аковбян В. А., Прохоренков, Новиков А. И., Гузей Т. Н., Мисенко Д. Н. Сифилис. — М., Медицинская книга. 2002; 297 с.
2. Кулагин В. И., Селицкий Г. Д., Богуш П. Г., Хубиева Ф. В., Шапаренко М. В. Про блема сифилиса нервной системы; Вестник дерматологии и венерологии. 2003; 3. 63-66.
3. Липманович А. С. Динамика смертности от нейросифилиса по данным аутопсий за 24 года (1933-1956). Вестник дерматологии и венерологии. 1958; 6: 54-58.
4. Милич М. В., Ощепкова Л. М. Патологоанатомические данные о лицах, состоящих на учете по поводу сифилиса. Вестник дерматологии и венерологии. 1988; 11. 50-54.
5. Одинак О. М., Попов А. К. Неврологические особенности течения нейросифилиса в современных условиях. Автореферат на соискание ученой степени канд. мед. наук. Санкт-Петербург, 2000.
6. Прохоренков В. И., Родиков М. В., Гузей Т. Н., Карачева Ю. В., Шаргин С. Н. Сифилис как причина смерти. Вестник дерматологии и венерологии. 2001; 4: 77-78.
7. Самцов А. В. Нейросифилис. Современные представления о диагностике и лечении. Санкт-Петербург, СпецЛит. 2006.