

ЛИТЕРАТУРА

1. Аведисова А.С., Канаева Л.С., Ибрагимов Д.Ф., Люпаева Н.В. Некоторые клинические предикторы эффективности терапии антидепрессантами больных с депрессивными расстройствами (аналитический обзор, часть 1) // Психиатрия и психофармакотерапия. — 2003. — № 3.
2. Александровский Ю.А., Бардеништейн Л.М., Аведисова А.С. Психофармакотерапия пограничных психических расстройств. — М., 2000. — 250с.
3. Бобров А.С. Эндогенная депрессия. — Иркутск, 2001. — 383 с.
4. Бобров А.С. Новая технология в оценке структуры депрессивного расстройства // Актуальные проблемы клинической медицины. Материалы XII научно-практической конференции, посвященной 25-летию Иркутского ГИУВа. — Иркутск, 2004. — С.94-95.
5. Краснов В.Н., Крюков В.В. Велаксин® (венлафаксин) в современной терапии депрессий: результаты первого российского многоцентрового исследования эффективности и безопасности // Психиатрия и психофармакотерапия. — 2007. — № 4.
6. Мосолов С.Н. Клиническое применение современных антидепрессантов. — СПб., 1995. — 565 с.
7. Психиатрия: национальное руководство // Под ред. Т.Б.Дмитриевой, В.Н.Краснова, Н.Г.Незнамова и др. — М., 2009. — 1000с.
8. Смулевич А.Б. Депрессии при соматических и психических заболеваниях М., 2007. — 432с.
9. Kiehlholz P. Psychiatrische pharmakotherapie in klinik und praxis. — Bern, Stuttgart, 1965. — 293s.
10. Papakostas G.I., Fava M. Predictors, moderators, and mediators (correlates) of treatment outcome in major depressive disorder // Dialogues Clin. Neurosci. — 2008. — №10(4). — P.439-51.
11. Van H.L., Schoevers R.A., Dekker J. Predicting the outcome of antidepressants and psychotherapy for depression: a qualitative, systematic review // Harv. Rev. Psychiatry. — 2008. — №16(4). — P.225-34.

Адрес для переписки: Петрунько Ольга Вячеславна — доцент кафедры психиатрии ГОУ ДПО Иркутского института усовершенствования врачей, кандидат медицинских наук.
Контактный телефон: 8-914-8-71-20-40, (3952) 46-45-68. E-mail: petrounko@mail.ru

© СЕНЬКО Е.В. — 2009

ОСОБЕННОСТИ КЛИНИЧЕСКОЙ КАРТИНЫ ПОЗДНО ДИАГНОСТИРУЕМОЙ ВЯЛОТЕКУЩЕЙ ШИЗОФРЕНИИ В ЗАВИСИМОСТИ ОТ ВОЗРАСТА НАЧАЛА ЗАБОЛЕВАНИЯ

Е.В. Сенько

(Иркутский государственный институт усовершенствования врачей, ректор — д.м.н., проф. В.В. Шпрах, кафедра психиатрии, зав. — д.м.н., проф. А.С. Бобров)

Резюме. Изучены 39 больных поздно диагностируемой вялотекущей шизофренией (шизотипическое расстройство по МКБ-10). Выделены 4 типа ведущих психопатологических синдромов: аффективный, соматоформный, психопатоподобный и нейрокогнитивный дефицит. Отмечена связь формирования выделенных синдромов с возрастом начала заболевания. Коморбидным расстройством чаще всего являлось злоупотребление психоактивными веществами. Запаздывание в диагностике шизофрении составило от 7 до 16 лет. У 61,5% больных до диагностики вялотекущей шизофрении устанавливались диагнозы расстройства личности, органического заболевания головного мозга, аффективных расстройств, зависимости от алкоголя и наркотиков. Одним из факторов поздней диагностики вялотекущей шизофрении является неадекватная оценка состояния больных родственниками — согласие с диагнозом зависимости от психоактивных веществ и принятие диагностической версии душевного заболевания.

Ключевые слова: малопрогрессирующая шизофрения, аффективные, психопатоподобные, соматоформные расстройства, алкоголизм.

FEATURES OF CLINICAL PICTURE OF LATE DIAGNOSED SLOW SCHIZOPHRENIA DEPENDING ON AGE OF THE BEGINNING OF DISEASE

E.V. Senko

(Irkutsk State Institute for Postgraduate Medical Studies)

Summary. 39 patients with late diagnosed Slow-progressive schizophrenia (schizotypal disorders in ICD-10) were examined. It was selected 4 key psychopathological syndromes: affective, somatoform, psychopathic and neurocognitive. The correlation between forming of these syndromes and age at onset for the diseases was defined. The more frequency comorbid disorders were Substances-Related. Delay in diagnosis was from 7 to 16 years. 61,5% patients before diagnosis Slow-progressive schizophrenia were recognized as personality disorder, organic cerebral diseases, affective disorders and Alcohol and Drug — Related Disorders. One of the late diagnoses factor in patients with Slow-progressive schizophrenia was non-adequate estimation of their psychic status by relatives — consent with Substance Dependence and disregard diagnostic version about mental diseases.

Key words: Slow-progressive schizophrenia, affective, somatoform and psychopathic disorders, Alcoholism.

По данным современных исследований шизофрении, диагностика вялотекущей (малопрогрессирующей) шизофрении запаздывает от ее инициального этапа на 10-15 лет [2, 3, 8]. Вялотекущая (малопрогрессирующая) шизофрения проявляется расстройствами пограничного уровня, которые зачастую не расцениваются самими больными и их родственниками как проявления болезни и не служат причиной обращения за медицинской помощью [6]. Отмечена высокая частота сочетания вялотекущей шизофрении, в том числе с преобладанием аффективных (депрессивных) расстройств, с зависи-

мостью от психоактивных веществ [1, 9, 10]. В наркологической службе отсутствует практика установления «двойного диагноза». Часть больных вялотекущей шизофренией длительно наблюдается в общемедицинской сети [7], диагноз в этих случаях впервые устанавливается лишь при активном психиатрическом обследовании. Трудно диагностируемой является шизофрения с преобладанием негативных расстройств [5].

Целью настоящего исследования явилось изучение синдромологической характеристики (ведущий психопатологический синдром, коморбидные расстройства) в

Распределение больных по ведущему синдрому в зависимости от возраста начала заболевания

Ведущий синдром	Возраст к началу заболевания								Всего	
	Детский		Подростковый		Юношеский		Зрелый			
	абс.	%	абс.	%	абс.	%	абс.	%	абс.	%
Аффективные расстройства	-	-	3	7,7	3	7,7	14	35,9	20	51,3
Соматоформные расстройства	-	-	1	2,6	1	2,6	6	15,3	8	20,5
Психопатоподобные расстройства	4	10,2	-	-	2	5,1	-	-	6	15,3
Нейрокогнитивный дефицит	2	5,1	1	2,6	-	-	2	5,1	5	12,8
Итого	6	15,3	5	12,8	6	15,3	22	56,4	39	100,0

клинике вялотекущей шизофрении, впервые диагностированной на активном и позднем этапе заболевания.

Изученная выборка включает 39 больных (16 женщин и 23 мужчины) в возрасте от 20 до 66 лет, из них 36 (92,3%) чел. были в возрасте от 21 до 59 лет. У всех диагноз вялотекущей шизофрении (шизотипическое расстройство по МКБ-10, F21) впервые установлен при стационарном обследовании в Иркутской областной клинической психиатрической больнице №1. Средний возраст больных на момент обследования и первичной диагностики шизофрении составил $38,9 \pm 12,1$ лет. Средняя длительность додиагностического этапа течения эндогенного заболевания составила от 7 до 16 лет.

Причиной направления в психиатрический стационар в большинстве случаев (28 чел., 71,8%) являлось развитие острого или подострого психотического состояния; у 11 (28,21%) — необходимость решения вопросов медико-социальной или военной экспертизы. У 15 больных (38,46%) настоящая госпитализация в психиатрический стационар была первой. На многолетнем этапе течения заболевания с отсутствием адекватной диагностики в психиатрические и наркологические отделения стационарировались 24 человека (61,54%). Большая половина из них (66,7%) дважды и более раз. В порядке убывающей частоты больные выписывались с диагнозами: расстройство личности, органическое заболевание головного мозга, аффективные расстройства, зависимость от алкоголя и наркотиков.

В результате настоящего исследования в клинике вялотекущей шизофрении с поздней от начала заболевания диагностикой выделено 4 типа ведущих психопатологических синдромов: аффективный — 20 наблюдений, (51,3%); соматоформный — 8, (20,5%); психопатоподобный — 6 (15,4%), нейрокогнитивный дефицит — 5 наблюдений (12,8%). Отмечена связь ведущего психопатологического синдрома с возрастом начала заболевания (табл. 1).

Вялотекущая шизофрения с преимущественно аффективными расстройствами. В подростковом возрасте началу аффективных расстройств предшествуют психогении и психосоциальные стрессы (уход матери из семьи, смена места жительства и школы). Дебют заболевания характеризуется апатической депрессией с дальнейшим монополярным типом течения или психопатоподобной манией, смешанным аффективным состоянием с трансформацией в гипоманию. На фоне субдепрессии или гипомании в 15-17 лет начинается злоупотребление психоактивными веществами, во всех наблюдениях полисубстантное (хаотический прием алкоголя, опиатов, каннабиноидов и токсикоманических средств). Поведенческие нарушения тяжелее при маниакальном аффекте — измененные формы алкогольного опьянения с психомоторным возбуждением, агрессией; вне опьянения — бравада, нарочитая оппозиционность, легкость сексуальных контактов, общение в асоциальных компаниях. При депрессии имеет место осознание

Таблица 1

антидепрессивного эффекта ПАВ. Дальнейшая динамика состояния при биполярном течении — повторные (психогенная провокация) депрессивные эпизоды либо возникновение стертого шизоаффективного приступа со смешанным аффектом, попыткой литературного творчества. В последующем развивается героиновая наркомания, формируются стойкие изменения личности по типу психопатоподобного дефекта (при биполярном течении) или дефицитарного шизоида (при монополярном депрессивном). Женщины со сформировавшимися изменениями личности рожают детей от наркоманов, материнские чувства к детям отсутствуют, внуки оказываются на попечении родителей больных. Для родственников больные — тяжкая обуза, грубые, циничные иждивенцы, ведущие «паразитический» образ жизни. Больные наблюдались и лечились у наркологов. Запоздывание диагностики связано с «наркологической» трактовкой состояния больных (наркомания, алкоголизм) и позицией родителей, психологизирующих резкий контраст между преморбидом больных (общительные, художественно одаренные) и болезненным состоянием с принятием версии душевного заболевания.

Начало заболевания в юношеском возрасте дебютирует биполярными аффективными расстройствами либо монополярной депрессией. Течение биполярных аффективных расстройств более прогрессивное и спустя 5-6 лет от их манифеста, очевидным становится нейрокогнитивный дефицит, недоступность сложной интеллектуальной деятельности (больные прекращают учебу в вузе, не справляются с программой обучения в очной аспирантуре), в сочетании со стойкой астенией, инфантилизмом и изменением внешнего вида (субкататонические проявления, «мягкая кататония»). Монополярная (рекуррентная) депрессия (тоскливо-апатическая с дисфорииоподобными включениями) осложняется симптоматическим алкоголизмом, в дальнейшем употреблением наркотиков. Спустя 8 лет от дебюта формируется дефект по типу дефицитарного шизоида. Родители организуют неофициальное наблюдение психиатра без оформления медицинских документов, без оглашения диагноза (огласка, «стигматизация» нежелательна для репутации родителей), охотно принимают «соматоневрологические» версии диагноза, материально содержат больных, избегают официального контакта с психиатрами — до тех пор, когда надо решать вопрос трудоспособности или когда больные проявляют агрессию.

Вялотекущая шизофрения с дебютом в зрелом возрасте и аффективной симптоматикой на всем протяжении заболевания характеризуется депрессией с рекуррентным течением, хронифицированными депрессиями (апатическая, соматизированная с сенестоалгическим синдромом), реже имеют место биполярные аффективные расстройства. Заболевание расценивалось как атипичный МДП, либо больные наблюдались только у нарколога с диагнозом хронического алкоголизма. Особенностью течения заболевания являлось преобладание депрессивных эпизодов над маниакальными. Алкогольные эксцессы в этот период у части больных, возможно, возникали на фоне депрессивных эквивалентов, либо вторичный алкоголизм начинался позже, при развитии очевидных депрессивных эпизодов. Мании носили атипичный характер (психопатоподобные, маниакальные эквиваленты с одержимостью сверхценными идеями и сутяжной деятельностью), формировались стойкие изменения личности паранойального типа.

Конфликтность, сутяжно-паранойальные реакции приводили к неустойчивой трудовой адаптации; конфликты с врачами-психиатрами заканчивались прекращением наблюдений и поддерживающего лечения, больные «терялись» из поля зрения психиатра на многие годы. Однако, они сохраняли профессиональные знания и навыки, стремились найти работу, повторно вступали в брак. Заболевание квалифицировалось как психогенная депрессия или циклотимия. Возможны рецидивирующие псевдогаллюцинаторные эпизоды в структуре ААС либо возникновение хронифицированного аффективно-паранойального приступа в период стойкой алкогольной ремиссии. «Паранойальный сдвиг» во второй половине зрелого возраста как бы «удерживает больных на плаву», несмотря на социальные потери (утрата работы, семьи, жилья). Больные обнаруживают стремление «жить дальше», трудоустраиваются разнорабочими, пытаются заниматься сетевым маркетингом.

У большинства больных вялотекущей шизофренией с соматоформными расстройствами дебют заболевания возникает в зрелом возрасте. Эти больные длительно наблюдались в общемедицинской сети, имели инвалидность по соматоневрологической патологии. В психиатрический стационар были направлены Главным Бюро МСЭ в связи с тем, что диагноз первичной комиссии не обосновывал степень стойкой утраты трудоспособности. При стационарном обследовании в специализированном психиатрическом учреждении выявлялась симптоматика из круга «небредовой ипохондрии» с пароксизмальноподобными состояниями, сенестоалгиями и сенестопатиями, деперсонализацией и во всех случаях на фоне аффективных расстройств (тревожно-апатические, тревожно-адинамические депрессии).

Психопатоподобные расстройства при начале заболевания в дошкольном возрасте проявлялись ранним дизонтогенезом диссоциированного типа с преобладанием нарушений эмоциональной сферы и поведения в сочетании с аутизмом. Речь идет о симптомокомплексе шизоидных, истероидных и возбудимых черт в сочетании с мрачно-утрюмым настроением, истерическими реакциями с кататоноподобным негативизмом, моторным беспокойством, «неуправляемостью», гипердинамической симптоматикой и расстройством влечений (садистические наклонности). В то же время больные обладали хорошим воображением, способностью к фантазированию, мечтали о романтических профессиях и путешествиях. К близким были холодными, либо избирательно привязаны к одному из родителей. Эмоциональная холодность и жестокость к родным сочеталась с бережным, трепетным отношением к животным, растениям и своим любимым вещам. Самооценка и уровень притязаний были завышены. Больные не выделяли малейших замечаний в свой адрес. В случае начала заболевания в позднем юношеском возрасте психопатоподобные расстройства характеризовались сочетанием шизоидных и истероидных черт, что проявлялось крайним эгоцентризмом, «вседозволенностью», быстрым развитием зависимости от алкоголя; псевдологией, вероятно в рамках бредоподобного фантазирования, агрессией с шантажно-суицидальным поведением и садизмом по отношению к близким в семье.

У всех больных с психопатоподобной симптоматикой в клинике вялотекущей шизофрении, независимо от возраста начала заболевания, выявлялись биполярные или условно биполярные аффективные расстройства: хронические гипомании с повышенной активностью, сверхценными увлечениями либо псевдологией (эквиваленты гипоманиакальных состояний), чередовались с депрессиями, повторными суицидальными попытками. Злоупотребление алкоголем начиналось как на фоне аффективных расстройств, так и на фоне психопатоподобных. Алкогольные эксцессы могли провоцировать рецидивирующие транзиторные бредовые

и галлюцинаторно-бредовые (шизофреноподобные) эпизоды по типу «клише», которые возникали в период запоя и алкогольной ремиссии. Больные не были заняты трудом на производстве, но сохраняли активность и социальные связи в сфере сверхценных увлечений — например, радиотехнике, коллекционировании книг и обмене ими на «книжных развалах», торговле с лотка, наконец, в выполнении роли «домохозяйки» — предоставляя жене отчет о покупках с приложением чеков.

Отчетливые проявления нейрокognитивного дефицита в клинике вялотекущей шизофрении выявлялись в случае начала заболевания в преддошкольном возрасте (от 1 года до 3 лет) и были по существу одним из компонентов раннего дизонтогенеза по типу задержанного психического развития с аутизмом и слаженностью эмоциональных реакций. В отечественной психиатрии такие состояния квалифицируются как шизотипический диатез [4]. К моменту настоящего обследования психический склад больных не претерпевал сколько-нибудь существенных изменений и определялся «псевдоолигофреническим» типом дефекта. Диагноз устанавливался при проведении военной экспертизы в призывном возрасте. Коморбидные расстройства были представлены возникавшими в юношеском возрасте субдепрессивными эпизодами, защитными навязчивыми действиями, явлениями социофобии. Больные не имели профессии, не вступали в брак, им был недоступен малоквалифицированный труд. Они симбиотически сосуществовали с родителями, которые расценивали состояние больных как последствия патологии беременности и родов и не считали их психически больными. В одном наблюдении родители даже пытались оплачивать обучение в вузе, несмотря на то, что больной с учебной программой не справлялся. В случае начала заболевания в юношеском и зрелом возрасте нейрокognитивный дефицит развивался в рамках «симплекс»-синдрома и проявлялся постепенно нарастающей интеллектуальной несостоятельностью. Запоздывание диагностики шизофрении могло быть поставлено в связь со своеобразной адаптацией больных на низком уровне в виде выполнения малоквалифицированного труда, способности к самостоятельной жизни, в целом упорядоченным поведением в быту, а также с позицией родственников (безучастность к судьбе больных либо трактовка их состояния как последствий перинатальной патологии или перенесенной черепно-мозговой травмы).

Обсуждение. Анализ синдромологической характеристики поздно диагностируемой вялотекущей шизофрении выявляет зависимость между типом ведущего психопатологического синдрома и возрастом начала заболевания. В случае начала заболевания до достижения зрелого возраста (детский, подростковый или юношеский возраст) на активном этапе течения вялотекущей шизофрении преобладающими с равной частотой оказались аффективные и психопатоподобные расстройства (соответственно по 15,3%). Нейрокognитивный дефицит и соматоформные расстройства отмечены соответственно в 2 и 3 раза реже (7,7% и 5,1%). Начало заболевания в зрелом возрасте наиболее часто характеризуется аффективными расстройствами (35,9%), второе место занимают соматоформные расстройства (15,3%). Отмечена значительная частота сочетания вялотекущей шизофрении с зависимостью от алкоголя и наркотиков в случае начала заболевания до достижения зрелого возраста (70,6%), при начале заболевания в зрелом возрасте — 57,1% (во всех случаях речь идет о коморбидности с аффективными расстройствами). До момента адекватной диагностики эндогенного заболевания больные наблюдались преимущественно наркологической и общемедицинской службами с диагнозами зависимости от ПАВ, расстройства личности, органического заболевания ЦНС, либо с диагнозом соматоневрологической патологии.

ЛИТЕРАТУРА

1. Гофман А.Г., Паничева Е.В. К вопросу об организации психиатрической помощи больным эндогенными заболеваниями, сочетающимися с алкоголизмом. // Социальная и клиническая психиатрия. — 1998. — Т. 8, вып. 2. — С. 95-99.
2. Гурьева В.А., Гиндикин В.Я. Раннее распознавание шизофрении — М.: Высшая школа психологии, 2002. — 304 с.
3. Жариков Н.М., Гиндикин В.Я. Распространенность пограничных психических расстройств среди лиц, не находящихся под наблюдением психиатрических учреждений. // Журн. невропатологии и психиатрии им. С.С.Корсакова. — 2002. — №7. — С. 45-49.
4. Козловская Г.В., Горюнова А.В. Нервно-психическая дезинтеграция в раннем онтогенезе детей из групп высокого риска по эндогенным психическим заболеваниям. // Журн. невропатологии и психиатрии им. С.С.Корсакова. — 1986. — Т. 86. — №10. — С. 1534-1538.
5. Корнетова Е.Г. Клинико-конституциональные особенности и адаптационные возможности больных простой шизофренией: дис. канд.мед.наук. — Томск, 2001.
6. Наджаров Р.А., Смулевич А.Б. Клинические проявления шизофрении. Формы течения: Руководство по психиатрии. / Под ред. А.В. Снежневского. — М., 1983. — Т.1. — С. 333-355.
7. Смулевич А.Б. Вялотекущая шизофрения в общей медицинской практике. // Журн. Психиатрия и психофармакотерапия. — М., 2004. — Т.4. — № 5. — С. 172 — 175
8. Смулевич А.Б., Дробижев М.Ю., Иванов С.В. Шизофрения и расстройства шизофренического спектра в соматическом стационаре. Журн. неврологии и психиатрии им. С.С.Корсакова. — М., 2002. — № 7. — С. 9-13.
9. Тульская Т.Ю. Клиническая характеристика больных малопрогредиентной шизофренией, сочетающейся с алкоголизмом. // Журн. неврологии и психиатрии им. С.С.Корсакова. — 2003. — №10. — С. 26 — 30.
10. Чирко В.В., Дроздов Э.С. Эндогенные психозы и зависимость от психоактивных веществ: Руководство по наркологии. / Под ред. Н.Н.Иванца. — М.: Медпрактика-М, 2002. — Т. 1. — С. 385-407.

Адрес для переписки: Сенько Елена Владимировна — ассистент кафедры психиатрии ГОУ ДПО Иркутского государственного института усовершенствования врачей.
Тел/факс: (3952) 46-45-68. Эл.почта: bobrov_irkutsk@rambler.ru

© РОДИКОВ М.В., ШПРАХ В.В. — 2009

СОСТОЯНИЕ КОГНИТИВНОГО СТАТУСА У БОЛЬНЫХ С ПОЗДНИМ НЕЙРОСИФИЛИСОМ

М. В. Родиков¹, В. В. Шпрах²

(¹Красноярский Государственный медицинский университет им. проф. В. Ф. Войно-Ясенецкого, ректор — д. м. н., проф. И. П. Артюхов, кафедра нейрохирургии и неврологии ИПО, зав. — д. м. н., проф. М. Г. Дралюк; ²Иркутский государственный институт усовершенствования врачей Федерального агентства по здравоохранению и социальному развитию, ректор — д. м. н., проф. В. В. Шпрах)

Резюме. Описаны результаты нейропсихологического тестирования 89 больных с поздним нейросифилисом, дана характеристика нарушения когнитивных функций при этом заболевании.

Ключевые слова: поздний нейросифилис, когнитивный статус, нейропсихологическое тестирование

MENTAL STATE IN THE PATIENTS WITH LATE NEUROSYPHILIS

M. V. Rodikov¹, V. V. Shprakh²

(¹Krasnoyarsk State Medical University named after V. F. Vojno-Jasenetskij;
²Irkutsk State Institute for Postgraduate Medical Education)

Summary. The results of neuropsychological testing of 89 patients with late neurosyphilis are described, the disturbance characteristic of mental state is given.

Keywords: late neurosyphilis, mental state, neuropsychological testing.

Несмотря на давнюю историю изучения нейросифилиса, в понимании патогенеза этого заболевания до сих пор остается много неясного [1, 2]. Термин «нейросифилис» подразумевает целый спектр симптомов поражения нервной системы, которые по мере прогрессирования заболевания трансформируются один в другой или сосуществуют в виде динамического состояния [3, 5]. Патогенез когнитивных нарушений при сифилитической деменции продолжает оставаться предметом научных дискуссий [4, 6]. Это определило цель нашего исследования.

Цель работы: исследовать состояние когнитивных функций у больных с поздним нейросифилисом.

47,35±1,34 лет и 49,86±1,22 лет соответственно (p>0,05). Самым молодым пациентом был мужчина в возрасте 22 лет, самым старшим — мужчина 78 лет. Наиболее типичной была группа больных в возрасте 47 лет (Mo).

Средняя продолжительность болезни (табл. 2) при позднем нейросифилисе составила 10,60 ± 0,41 лет, у женщин 11,71±0,69 лет, у мужчин 10±0,50 (p > 0,05). Наименьшая и наибольшая продолжительность заболевания выявлена среди мужчин: сифилитическая атрофия зрительных нервов — 4 года, васкулярный сифилис мозга — 25 лет. Наиболее типичной среди всех больных была продолжительность заболевания 9 лет (Mo). Эти показатели отличаются от общеизвестных литератур-

Материалы и методы

Под наблюдением находилось 89 больных с поздним нейросифилисом. Распределение больных с поздним нейросифилисом по возрасту и полу представлено в табл. 1. Средний возраст женщин и мужчин составлял

Характеристика больных с поздним нейросифилисом

Больные нейросифилисом	Кол-во		Средний возраст в годах по выборке M±m	±σ	Средний возраст по совокупности M±m	±σ	Границы возрастных групп		
	n	N					Min	Max	Mo
Женщины	31	89	47,35±1,34*	7,44	48,99±0,92	8,72	35	64	47
Мужчины	58		49,86±1,22*	9,27			22	78	

* — межгрупповые различия статистически незначимы (p > 0,05 по Mann-Whitney).