

Признаки органического поражения головного мозга у пациентов, обследованных в остром периоде иксодового клещевого боррелиоза

Железнова И.О., Балашов П.П., Лепёхин А.В.

Signs of brain organic lesion in patients examined in the acute period of ixodic tick-borne borreliosis

Zheleznova I.O., Balashov P.P., Lepyokhin A.V.

Сибирский государственный медицинский университет, г. Томск

© Железнова И.О., Балашов П.П., Лепёхин А.В.

Изучены признаки органического поражения головного мозга у 85 пациентов в остром периоде иксодового клещевого боррелиоза. При анализе результатов клинического, клинико-психопатологического методов исследования в 100% случаев выявлены признаки органического поражения головного мозга (ОПГМ). В исследуемой группе наиболее часто встречается умеренная степень признаков ОПГМ (54%), несколько реже легкая (41%) и достоверно редко встречается выраженная степень (5%). Степень выраженности признаков органического поражения головного мозга зависит от возраста и соматоневрологически отягощенного фона пациентов и оказывает влияние на течение острого и отдаленного периодов иксодового клещевого боррелиоза.

Ключевые слова: органическое поражение головного мозга, психоорганический синдром, иксодовый клещевой боррелиоз, нейроборрелиоз.

Signs of organic lesion of brain have been studied in 85 patients in the acute period of tick-borne borreliosis. The analysis of results of clinical and clinical-psychopathological studies has revealed signs of brain organic lesion (BOL) in 100% cases. In the studied group, the moderate degree of BOL signs is most often (54%), mild cases are somewhat rarer (41%), and the pronounced degree is confidently rarer (5%). The degree of manifestation of signs of brain organic lesion depends on the age and the somatic-neurological burdened background of patients and influences the course of the acute and remote periods of ixodic tick-borne borreliosis.

Key words: organic lesion of brain, psychoorganic syndrome, ixodic tick-borne borreliosis, neuroborreliosis.

УДК 616.98:579.834.114:616.89-07-036.6/.8

Введение

Разделение психических расстройств на органические и функциональные является условным, и принято скорее говорить о степени объективизации психического расстройства данными дополнительных исследований (нейропсихология, компьютерная томография, электроэнцефалография и т.д.), позволяющими связать мозговой субстрат, токсический агент и конкретное расстройство [11]. При экзогенно-органическом поражении

головного мозга наблюдается различная глубина расстройств психики [2]. Считается, что органические нарушения чаще встречаются у пожилых людей, однако они могут проявляться или начинаться в любом возрасте [9].

В литературе существует три трактовки экзогенно-органических психических расстройств.

Первая — это нарушения, обусловленные сформировавшимся органическим поражением головного мозга (ОПГМ), возникшим в ре-

зультате действовавших ранее экзогенных факторов [10, 13].

Вторая — расстройства начального и острого периодов экзогенного повреждения головного мозга [4].

Третья — нарушения, развивающиеся как в непосредственной связи с действием экзогенных факторов, повреждающих головной мозг, так и на последующих этапах органического мозгового процесса [5, 11].

Е. Bleuler (1916) ввел термин «органический симптомокомплекс», который, по его мнению, являлся синонимом термина «амнестический синдром». В последующем термин «органический симптомокомплекс» начал рассматриваться более широко [7]. Сравнение картины психоорганического синдрома, вызванного различными факторами, по данным ряда авторов [1, 6], позволило сделать вывод о малой специфичности его проявлений.

Церебрастенический синдром в литературе рассматривается в рамках психоорганического синдрома как начальная стадия, за которой могут следовать стадии энцефалопатии и парциальной деменции [2, 6].

Психопатологические расстройства церебрастенической стадии отличаются частотой развития невротических реакций аффективно-возбудимого и субдепрессивного типов и неврозов — неврастенического, истерического, психастенического [2], что не специфично для более глубоких стадий психоорганического синдрома.

По мнению Б.Н. Пивня, невротический уровень не имеет прямой связи с органическим процессом, так как больные с экзогенно-органическим поражением головного мозга особенно подвержены влиянию психогенных факторов и у них часто возникают собственно невротические расстройства [8].

Материал и методы

Настоящее исследование выполнено в период с 2005 по 2008 г. на базе терапевтического отделения МСЧ «Строитель» (г. Томск), в состав которого входят инфекционные койки для лечения больных с нейроинфекциями (клещевой

энцефалит, иксодовый клещевой боррелиоз (ИКБ), эрлихиоз), и на базе инфекционного отделения клиник Сибирского государственного медицинского университета (г. Томск).

Программа исследования была реализована с применением клинического, клинко-психопатологического, клинко-динамического, лабораторно-диагностического, клинко-катамнестического, корреляционно-статистического методов.

Статистическая обработка данных проводилась с использованием пакета стандартных прикладных программ Statistica 6.0 for Windows. Производились расчеты среднего арифметического, квадратичного отклонения, стандартной ошибки среднего арифметического для количественных показателей. При сравнении качественных показателей использовался критерий χ^2 в соответствии с условиями применения. За статистически значимые принимались различия при величине достигнутого уровня $p < 0,05$.

Группу исследуемых составили 52 (58%) женщины и 33 (42%) мужчины. Женщин в исследуемой группе достоверно больше ($p < 0,05$). Средний возраст мужчин ($39,5 \pm 2,3$) года; женщин — ($42,9 \pm 1,9$) года.

У всех обследованных пациентов врачами-инфекционистами диагностирована манифестная форма ИКБ, острое течение, легкой и средней степени тяжести. Из 85 обследуемых у 75 (88,3%) пациентов отмечалась безэритемная форма ИКБ, что достоверно больше ($p < 0,001$), чем эритемной формы заболевания, которая зарегистрирована у 10 (11,7%) пациентов с образованием кольцевидной эритемы диаметром более 5 см в месте присасывания клеща.

По данным лабораторных исследований у 2 (2,4%) пациентов отмечался серонегативный вариант течения ИКБ.

Результаты и обсуждение

Отягощенность по соматоневрологической патологии в исследуемой группе встречается у 51 (60%) пациента, что достоверно чаще ($p < 0,01$), чем отсутствие данной патологии в анамнезе — 34 (40%).

Экспериментальные и клинические исследования

Исследование пациентов в остром периоде ИКБ обнаруживает, что присасывание или присутствие на теле клеща для большинства является стрессовым фактором.

Из 73 (85,9%) человек с установленным фактом присасывания клеща 25 (33,8%) отрицали психогенную реакцию, а 48 (66,2%) отметили, что испытали психогенную реакцию на присасывание клеща. Между полученными результатами существует достоверная разница ($p < 0,001$).

Исследование психического состояния показало наличие проявлений астенического синдрома как основной клинической симптоматики в остром периоде ИКБ. Астенический синдром выявлен у 73 (85,88%) обследованных.

Во время клинического опроса у всех пациентов имелись признаки органического поражения головного мозга (Пивень Б.Н., 1981) в разном количественном и качественном выражении (табл. 1).

Как видно из табл. 1, такие признаки ОПГМ, как головная боль, головокружение, плохая переносимость духоты и жары, повышенная утомляемость, неосвежающий сон, сонливость, эмоциональная лабильность, ухудшение памяти, встречаются больше чем у половины пациентов.

Таблица 1

Признаки органического поражения головного мозга (по классификации Б.Н. Пивня, 1981)

Признак ОПГМ	Абс.	%
Головная боль	79	92,90
Головокружение	53	62,35
Тошнота	17	20
Рвота	4	4,71
Плохая переносимость душных помещений	50	58,82
Плохая переносимость жары	45	52,94
Плохая переносимость алкогольных напитков	16	18,82
Метеотропность	32	37,65
Обморочные состояния	3	3,53
Повышенная утомляемость	74	87,06
Неосвежающий сон	46	54,12
Сонливость	66	77,65
Гиперестезия	38	44,71

Эмоциональная лабильность	58	68,24
Гипомнезия	64	75,29
Заторможенность мышления	35	41,18

Все признаки органического поражения головного мозга разделены по силе проявления на незначительные, умеренные и выраженные (Пивень Б.Н., 1981). В данном исследовании каждому значению присвоен соответствующий балл: 1 – незначительные признаки, 2 – умеренные и 3 – выраженные признаки.

Соответственно полученным максимальным суммарным значениям были выделены три степени выраженности проявлений органического поражения головного мозга: легкая – до 16 баллов, умеренная – до 32 баллов и выраженная – до 48 баллов (табл. 2).

Таблица 2

Степень выраженности признаков органического поражения головного мозга в исследуемой группе

Степень выраженности ОПГМ	Абс.	%	p_{1-2}	p_{2-3}	p_{1-3}
Легкая	35	41,18	0,05	—	—
Умеренная	46	54,12	—	0,001	—
Выраженная	4	4,70	—	—	0,001
Всего	85	100	—	—	—

Примечание. p_{1-2} – уровень достоверности между легкой и умеренной степенью; p_{2-3} – между умеренной и выраженной степенью; p_{1-3} – между легкой и выраженной степенью.

Как видно из табл. 2, в исследуемой группе наиболее часто встречается умеренная степень признаков ОПГМ – 54,1%, несколько реже легкая – 41,2% и достоверно редко встречается выраженная степень ОПГМ – 4,7%.

Проанализировав распределение степеней выраженности проявлений органического поражения головного мозга в зависимости от пола, наличия соматоневрологических заболеваний в анамнезе, наличия психогенной реакции на присасывание (ползание) клеща, выявленных психоневрологических синдромов в остром периоде ИКБ, получили следующие результаты (табл. 3).

Таблица 3

Сравнение групп пациентов с разными степенями выраженности признаков ОПГМ по факторам

Фактор	Степень ОПГМ						Всего (n = 85)		Степень достоверности
	Легкая (n = 35)		Умеренная (n = 46)		Выраженная (n = 4)		Абс.	%	
	Абс.	%	Абс.	%	Абс.	%			
Мужчины	21*	63,64	12*	36,36	—	—	33	100	$\chi^2 = 12,2887; df = 2$ $p = 0,002146$
Женщины	14***	26,92	34***	65,38	4	7,70	52	100	
Психогенная реакция на клеща:									$\chi^2 = 6,68996; df = 2$ $p = 0,035265$
есть	16**	31,37	31**	60,78	4	7,84	51	100	
нет	19	55,88	15	44,12	—	—	34	100	
Соматоневрологическая патология:									$\chi^2 = 3,91563; df = 2$ $p = 0,141172$
нет	17	50	17	50	—	—	34	100	
есть	18*	35,29	29*	56,86	4	7,84	51	100	
Психоневрологические синдромы:									$\chi^2 = 18,0502; df = 2$ $p = 0,000120$
не выявлены	11	100	—	—	—	—	11	100	
выявлены	24***	32,43	46***	62,16	4	5,41	74	100	

* $p < 0,05$.

** $p < 0,01$.

*** $p < 0,001$.

Как видно из табл. 3, признаки органического поражения головного мозга легкой степени достоверно чаще ($p < 0,05$) встречаются у мужчин — 64%, тогда как признаки умеренной степени достоверно чаще ($p < 0,001$) выявлены у женщин — 65%.

Признаки органического поражения головного мозга выраженной степени установлены только у женщин и составили 8% в исследуемой группе.

Среди пациентов, испытавших психогенную реакцию на присасывание клеща, достоверно чаще ($p < 0,01$) встречается группа с признаками ОПГМ умеренной степени (61%) по сравнению с группой, где признаки органического поражения головного мозга выражены в легкой степени (31%).

Пациенты с признаками органического поражения головного мозга выраженной степени в 100% случаев испытывали психогенную реакцию на присасывание клеща.

В целом степень выраженности ОПГМ достоверно не связана с наличием соматоневрологических заболеваний в анамнезе, но у пациентов с признаками ОПГМ умеренной степени соматоневрологически отягощенный фон встречается достоверно чаще ($p < 0,05$), чем у пациентов с признаками легкой степени выраженности (57 и 35% соответственно).

В 100% случаев пациенты с признаками ОПГМ выраженной степени имеют в анамнезе соматоневрологическую патологию.

Среди пациентов с клинически очерченными психоневрологическими синдромами в остром периоде ИКБ достоверно чаще ($p < 0,001$) встречаются пациенты с признаками ОПГМ умеренной степени (62%), чем с признаками легкой степени (32%).

У пациентов без психоневрологической симптоматики в 100% случаев отмечались признаки ОПГМ легкой степени выраженности.

Психопатологические проявления у пациентов в остром периоде ИКБ имеют достоверные различия в зависимости от степени выраженности признаков ОПГМ.

Истинные элементарные галлюцинации в 50% случаев от всех выявленных обманов восприятия встречаются в группе с умеренной степенью органического поражения головного мозга.

Расстройства чувствительности достоверно чаще ($p < 0,01$) присутствуют в группе пациентов с умеренной степенью органического поражения головного мозга — 59% и, соответственно, достоверно чаще отсутствуют в группе пациентов с признаками легкого органического поражения головного мозга — 89%.

Все пациенты с признаками ОПГМ выраженной степени в остром периоде ИКБ имели расстройства чувствительности.

Расстройства настроения достоверно чаще ($p < 0,001$) встречаются у пациентов с признаками ОПГМ умеренной степени и достоверно чаще отсутствуют среди пациентов с признаками легкой степени.

Нарушения сознания выявлены у пациентов с умеренной степенью ОПГМ — 67% и с выраженной степенью — 33%.

Расстройства памяти достоверно чаще ($p < 0,001$) обнаружены в группе пациентов с умеренной степенью ОПГМ — 72% и достоверно чаще отсутствуют в группе с легкой степенью ОПГМ — 75%.

Нарушения внимания у пациентов с признаками ОПГМ умеренной степени имелись в 63% случаев, что достоверно чаще ($p < 0,001$), чем у пациентов с легкой степенью выраженности ОПГМ — 32%.

Заключение

Таким образом, признаки органического поражения головного мозга встречаются в 100% случаев острого периода ИКБ. Степень выраженности ОПГМ зависит от наличия соматических и неврологических заболеваний в анамнезе и оказывает влияние на течение острого периода ИКБ, проявление психопатологической симптоматики.

У пациентов с умеренной степенью выраженности ОПГМ достоверно чаще встречаются обманы восприятия, расстройства памяти, внимания, чувствительности и нарушения настроения в остром периоде ИКБ.

Учитывая отсутствие грубой органической патологии в остром периоде ИКБ и выраженных психотических расстройств, сохранение

преморбидных особенностей личности, критического отношения к заболеванию, можно говорить о церебрастеническом синдроме как начальной стадии формирующегося психоорганического синдрома.

Литература

1. Бамдас Б.С. Астенические состояния. М., 1961. 221 с.
2. Голодец Р.Г., Авербах Я.К., Афанасьев Ю.И., Максимова Э.Л. Психогенные (реактивные) заболевания на измененной «почве». Воронеж, 1982. Вып. 2. С. 171—173.
3. Жмуров В.А. Общая психопатология. Иркутск, 1986. 280 с.
4. Иванов Ф.И. К синдромальной структуре травматической болезни головного мозга // Журн. невропатологии и психиатрии. 1971. Вып. 4. С. 547—553.
5. Ковалёв В.В. Личность и ее нарушения при соматической болезни / Роль психического фактора в происхождении, течении и лечении соматических болезней. М., 1972. С. 102—114.
6. Короленко Ц.П., Пивень Б.Н. Психоорганический синдром при некоторых интоксикациях / Вопр. клинико-эксперим. психиатрии и невропатологии. Барнаул, 1974. С. 66—68.
7. Морозов Г.В., Шумский Н.Г. Введение в клиническую психиатрию. Н. Новгород: Изд-во НГМА, 1998. 426 с.
8. Пивень Б.Н. О структуре психических нарушений экзогенно-органической этиологии // Журн. невропатологии и психиатрии. 1987. Т. 87. Вып. 3. С. 404—409.
9. Пивень Б.Н., Шереметьева И.И. Смешанные формы психических заболеваний. Новосибирск: Наука, 2003. 125 с.
10. Посвянский П.Б. Основные закономерности патогенеза затяжных экзогенно-органических психозов // Тр. центр. ин-та психиатрии. М., 1947. С. 260—270.
11. Руководство по психиатрии: В 2 т. / Под ред. А.С. Тиганова. М.: Медицина, 1999. 1496 с.
12. Снежневский А.В. Руководство по психиатрии. М.: Медицина, 1983. Т. 1. С. 5
13. Фридман Б.Д. К вопросу о патогенезе экзогенно-органических психических расстройств // Клиника, патогенез и лечение нервно-психических заболеваний. М., 1970. С. 229—232.
14. Bleuler E. Lehrbuch der Psychiatrie. 12. Aufl. umearb. von M. Bleuler. 1979. 193 s.

Поступила в редакцию 16.02.2009 г.

Сведения об авторах

И.О. Железнова — ассистент кафедры психиатрии, наркологии и психотерапии СибГМУ (г. Томск).

П.П. Балашов — д-р мед. наук, профессор, зав. кафедрой психиатрии, наркологии и психотерапии СибГМУ (г. Томск).

Железнова И.О., Балашов П.П., Лепёхин А.В. Признаки ОПГМ у пациентов, обследованных в остром периоде ИКБ

А.В. Лепёхин — д-р мед. наук, профессор, зав. кафедрой инфекционных болезней СибГМУ (г. Томск).

Для корреспонденции

Железнова Ирина Олеговна, тел. 8-913-814-62-78, e-mail: zheleznova_irina@mail.ru