

УДК 616.892/.893-02:616.9]-008-07

СТРУКТУРНО-ДИНАМІЧНІ ОСОБЛИВОСТІ ПСИХОПАТОЛОГІЧНИХ ПОРУШЕНЬ ІНФЕКЦІЙНОГО ГЕНЕЗУ У ОСІБ ІЗ ЕКЗОГЕННО-ОРГАНІЧНОЮ ОБТЯЖЕНІСТЮ

Казаков В. Є.

Казаков Віталій Євгенович

КУ «Обласна клінічна психіатрична лікарня» ЗОР, Орхівське шосе, 10-а,
м. Запоріжжя; 69600, Україна
e-mail: v.kazakov@i.ua; ORCID: 0000-0002-3070-432X

Анотація.

З метою встановлення психопатологічних особливостей психічної відповіді на інфекційну патологію у хворих із екзогенно-органічної обтяженістю в анамнезі та розуміння синдромотаксису при коморбідній залученості даних реєстрів ураження психіки нами було обстежено 144 хворих на гострі респіраторні інфекції верхніх дихальних шляхів (гострий риніт, гострий синусит, гострий фарингіт, гострий ларингіт, гострий тонзиліт) – J00-J06 та гострі респіраторні інфекції нижніх дихальних шляхів (бронхіт) – J20 за МКХ-10. Хворі були розділені на дві групи згідно екзогенно-органічної обтяженості за анамнестичними даними. До групи дослідження увійшли 44 хворих на вищезначену інфекційну патологію, які у минулому перенесли черепно-мозкову травму. До групи порівняння увійшли 100 хворих на вищезначену інфекційну патологію, які не мали екзогенно-органічної обтяженості за анамнестичними відомостями. В рамках дослідження використовували клініко-анамнестичний, клініко-психопатологічний, психодіагностичний, катамнестичний, статистичний методи дослідження. Проведене дослідження продемонструвало якісну та кількісну відмінність психопатологічної симптоматики у хворих на гострі респіраторні інфекції верхніх та нижніх дихальних шляхів у хворих із екзогенно-органічною обтяженістю в анамнезі та без неї. Стало можливим виділити п'ять типів відповіді психіки у хворих із екзогенно-органічною обтяженістю в анамнезі на гострі респіраторні інфекції верхніх та нижніх дихальних шляхів: астено-депресивний, астено-дефіцитарний, експлозивно-дисфоричний, експлозивно-демонстративний, експлозивно-іпохондричний. Превалюючими виступали типи із експлозивним аранжуванням, що було достовірно відмінним від осіб без екзогенно-органічної обтяженості. Виявлені особливості дозволяють розширити уявлення про синдромотаксис при психопатологічній коморбідності інфекційного та екзогенно-органічного генезу, поліпшити якість диференційної діагностики та встановити точки психокорекційного впливу.

Ключові слова:

інфекційна патологія, гострі респіраторні інфекції, екзогенно-органічний реєстр, черепно-мозкова травма, синдромотаксис, психопатологія.

СТРУКТУРНО-ДИНАМИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ ПСИХОПАТОЛОГИЧЕСКИХ НАРУШЕНИЙ ИНФЕКЦИОННОГО ГЕНЕЗА У ЛИЦ С ЭКЗОГЕННО-ОРГАНИЧЕСКОЙ ОТЯЖЕННОСТЬЮ

Аннотация.

С целью установления психопатологических особенностей психического ответа на инфекционную патологию у больных с экзогенно-органической отягощенностью в анамнезе и понимания синдромотаксиса при коморбидной вовлеченности данных регистров поражения психики нами были обследованы 144 больных острыми респираторными инфекциями верхних дыхательных путей (острый ринит, острый синусит, острый фарингит, острый ларингит, острый тонзиллит) – J00-J06 и острыми респираторными инфекциями нижних дыхательных путей (бронхит) – J20 по МКБ-10. Больные были разделены на две группы согласно экзогенно-органической отягощенности по анамнестическим данным. В группу исследования вошли 44 больных с вышеуказанной инфекционной патологией, которые в прошлом перенесли черепно-мозговую травму. В группу сравнения вошли 100 больных с вышеуказанной инфекционной патологией, которые не имели экзогенно-органической отягощенности по анамнестическим сведениям. В рамках исследования применялись клинико-анамнестический, клинико-психопатологический, психодиагностический, катамнестический, статистический методы исследования. Проведенное исследование показало качественное и количественное отличие психопатологической симптоматики у больных острыми респираторными инфекциями верхних и нижних дыхательных путей у больных с экзогенно-органической отягощенностью в анамнезе и без неё.

Стало возможным выделить пять типов ответа психики у больных с экзогенно-органической отягощенностью в анамнезе с острыми респираторными инфекциями верхних и нижних дыхательных путей: астено-депрессивный, астено-дефицитарный, эксплозивно-дисфорический, эксплозивно-демонстративный, эксплозивно-ипохондрический. Превалирующими типами выступали типы пациентов с эксплозивной аранжировкой, что было достоверно отличающимся от лиц без экзогенно-органической отягощенности. Выявленные особенности позволяют расширить представление о синдромотаксисе при психопатологической коморбидности инфекционного и экзогенно-органического генеза, улучшить качество дифференциальной диагностики и установить точки психокоррекционного влияния.

Ключевые слова: инфекционная патология, острые респираторные инфекции, экзогенно-органический регистр, черепно-мозговая травма, синдромотаксис, психопатология.

STRUCTURAL AND DYNAMIC FEATURES OF PSYCHOPATHOLOGICAL DISORDERS OF INFECTIOUS GENESIS IN INDIVIDUALS WITH EXOGENOUS-ORGANIC BURDEN

Abstract.

. In order to establish the psychopathological features of the mental response to an infectious pathology in patients with exogenous-organic complications in the history and understanding of syndromotaxis with comorbid involvement of these registers of mental damage, we examined 144 patients with acute respiratory infections of the upper respiratory tract (acute rhinitis, acute sinusitis, acute pharyngitis, acute laryngitis, acute tonsillitis) - J00-J06 and acute respiratory infections of the lower respiratory tract (bronchitis) - J20 according to ICD-10. Patients were divided into two groups according to exogenous-organic burden according to anamnestic data. The study group included 44 patients with the above infectious pathology, who in the past suffered a traumatic brain injury. The comparison group included 100 patients with the above infectious diseases, who did not have exogenous-organic burden according to anamnestic information. In the study, clinical, anamnestic, psychopathological, psychodiagnostic, follow-up, statistical research methods were used. The study showed a qualitative and quantitative difference in psychopathological symptoms in patients with acute respiratory infections of the upper and lower respiratory tract and with an exogenous-organic burden in history and without it. It became possible to distinguish five types of psyche responses in patients with exogenous-organic burden in the anamnesis with acute respiratory infections of the upper and lower respiratory tract: astheno-depressive, astheno-deficient, explosive-dysphoric, explosive-demonstrative, explosive-hypochondriac. The prevailing types were with an explosive arrangement, which was significantly different from those without exogenous-organic burden. The revealed features allow us to expand the understanding of syndromotaxis in the psychopathological comorbidity of infectious and exogenous-organic genesis, improve the quality of differential diagnosis and establish the points of psychocorrective influence.

Key words:

infectious pathology, acute respiratory infections, exogenous-organic registry, traumatic brain injury, syndromotaxis, psychopathology

Актуальність дослідження.

Різноміжуровнів психопатологічні розлади, внаслідок коморбідної патології екзогенно-органічного та інфекційного генезу, представляють одну з найбільш значущих проблем сучасної медицини [1, 2].

Питання про відстрочені наслідки нейротравматизму, які представляють собою тло для психопатології іншого генезу, до теперішнього часу залишається дискусійним. То ж, в осіб із черепно-мозковою травмою в анамнезі можна очікувати зміну психопатологічного континууму при інших захворюваннях, в тому числі інфекційного генезу, внаслідок психопатологічних нашарувань, обумовлених коморбідністю [3].

Причинно-наслідкові зв'язки між патологією екзогенно-органічного (церебротравматичного) генезу і психічними порушеннями, які спостерігаються при ній, складні і залежать від широкого спектру факторів, в тому числі, впли-

ву коморбідних розладів, перш за все екзогенно-інтоксикаційного (інфекційного) генезу [4].

У пацієнтів із травматичним ураженням головного мозку часом дуже важко провести чіткий діагностичний паралелізм із травматичною етіологією, що додатково підкреслює ймовірність головуючого впливу ко- та мультиморбідної патології, в тому числі такої розповсюдженої, як екзогенно-інтоксикаційна (інфекційна), і навпаки, психопатологічні розлади, які супроводжують інфекційну патологію в осіб із травматичним ураженням головного мозку в анамнезі, можуть бути обумовлені не стільки інфекційним захворюванням, скільки органічним тлом або їх поєднанням [5, 6].

В цьому контексті постає питання про необхідність виключення або доведення мультиморбідних впливів на виникнення психопатологічних розладів у осіб із церебротравматичною патологією в анамнезі, що захворіли на такі розповсюджені хвороби, як респираторні ін-

фекції та встановлення основних точок медичного впливу на таку психопатологічну симптоматику з метою попередження її виникнення або зменшення виразності.

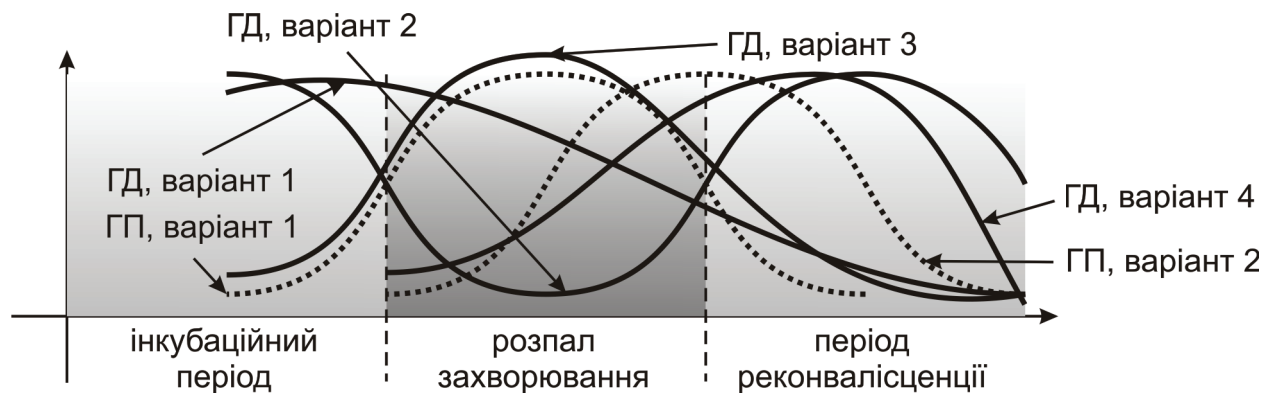
Мета дослідження – встановлення психопатологічної особливості психічної відповіді на інфекційну патологію у хворих із екзогенно-органічної обтяженістю в анамнезі.

Матеріали дослідження.

Із дотримання принципів медичної етики та деонтології, нами було обстежено 144 хворих на гострі респіраторні інфекції верхніх дихальних шляхів (гострий риніт, гострий синусит, гострий фарингіт, гострий ларингіт, гострий тонзиліт) – J00-J06 та гострі респіраторні інфекції нижніх дихальних шляхів (бронхіт) – J20 за МКХ-10.

ривання: психопатологічні прояви могли виникати гостро вже в інкубаційному періоді (9 осіб – 20,5%) (варіант 1), мати параболічний вигляд із спадом проявів у період розпалу інфекційного захворювання (15 осіб – 34,1%) (варіант 2), або набувати максимальної виразності на піку інфекційного захворювання (17 осіб – 38,6%) (варіант 3), рідше, у період реконвалісценції (3 осіб – 6,8%) (варіант 4).

Тоді як в ГП психопатологічні прояви мали місце лише в 62,0%, виявлялися переважно у період розпалу інфекційного захворювання та в періоді реконвалісценції і за своєю динамікою умовно мали вигляд перевернутої параболи із піком у період розпалу захворювання (варіант 1) або на початку періоду реконвалісценції (варіант 2), що достовірно відрізнялося від ГД ($p < 0,01$) (мал. 1).



Мал. 1. Динаміка психопатологічних проявів, асоційованих із інфекційним захворюванням, у досліджуваних контингентів.

Згідно екзогенно-органічної обтяженості, встановленої за анамнестичними даними, хворі були розділені на дві групи. До групи дослідження (ГД) увійшли 44 хворих на інфекційну патологію, які у минулому перенесли черепно-мозкову травму; середній вік у групі склав $49,2 \pm 2,4$ років. До групи порівняння (ГП) увійшли 100 хворих на інфекційну патологію, які не мали екзогенно-органічної обтяженості за анамнестичними відомостями; середній вік у групі становив $46,8 \pm 2,6$ років.

Методи дослідження: клініко-анамнестичний, клініко-психопатологічний, психодіагностичний, катamnестичний, статистичний методи дослідження

Результати дослідження.

Дослідження дозволило встановити, що у всіх хворих з ГД психопатологічна симптоматика, асоційована із інфекційним захворюванням, виявлялася на всіх його етапах, починаючи з інкубаційного періоду і закінчуючи тривалим періодом реконвалісценції, при цьому виразність психопатологічної симптоматики за своєю динамікою не корелювала із періодом інфекційного захво-

уже з інкубаційного періоду інфекційного захворювання та до закінчення періоду реконвалісценції майже у всіх хворих ГД (42 осіб – 95,5%) екзацербувалися патоперсоналогічні риси; у більшості випадках (31 особа – 70,5%) – у бік епілептоїдних та емоційно нестійких: конфліктності, невірноваженості, характерними були егоцентризм та злопам'ятність.

Тоді як в осіб з ГП персоналогічно обумовлено вербальні та невербальні патерни поведінки або не змінювалися (59%), або набували істероїдних (11 осіб – 11,0%), залежних (14 осіб – 14,0%) чи інфантильних рис (16 осіб – 16,0%), що достовірно відрізнялося від ГД ($p < 0,01$).

Тоді як для ГП домінуючими психопатологічними порушеннями були астеничні з ухилом в гіпостенію, для ГД був характерним більш широкий діапазон психопатологічних проявів ($p < 0,01$).

Для хворих ГД, окрім астеничної симптоматики, у більшості випадках у період протікання інфекційного захворювання характерною була втрата контролю над емоціями, більш виразна ніж в ГП, що у 33 осіб (75,0%) проявлялося у експлозивності, лабільності емоцій та

настрою переважно у сторону дисфоричності, нетриманні афекту, що достовірно відрізнялося від ГП ($p < 0,01$). У 5 хворих (11,4%) на протилежність дисфорії виявлялися депресивні симптоми.

У 6 хворих (13,6%) клінічно значуще зворотно загострювалися органічно обумовлені дефіцитарні прояви у вигляді порушення зосередження уваги, зниження показників короткотривалої та довготривалої пам'яті, труднощів осмислення, погіршення розумової діяльності, психастенії, що достовірно відрізнялося від ГП ($p < 0,01$).

Континуум психопатологічних порушень, виникши на тлі інфекційного захворювання у осіб із екзогенно-органічною обтяженістю, дозволив нам дослідити синдромотаксис психопатологічної симптоматики різнорегістрової приналежності – інфекційного та екзогенно-органічного, що знайшло відображення у виділених нами п'яти типах відповіді психіки у хворих із екзогенно-органічною обтяженістю в анамнезі на гострі респіраторні інфекції верхніх та нижніх дихальних шляхів:

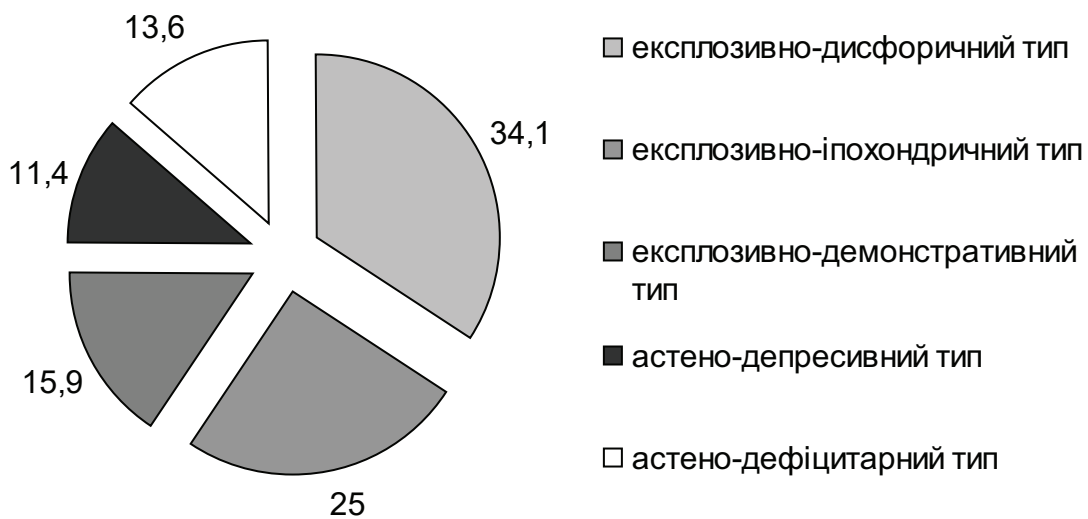
– експлозивно-дисфоричний тип (15 осіб – 34,1%) проявлявся виразним порушенням емоційної сфери у бік емоційного напруження, субдисфоричного настрою та дисфорич-

сонал, на погляд хворих, мало приділяють увагу стану їх здоров'я, недостатньо піклуються, що виступало додатковим стимулом для роздратованості, спрямованої на оточуючих, дисфоричного відтінку настрою;

– експлозивно-демонстративний тип (7 осіб – 15,9%), який відзначався поєднанням симптоматики порушення емоційної сфери із загостренням демонстративних рис особистості, агравацією соматичних проявів інфекційного захворювання та диссоціативними симптомами; дисфоричні прояви були значно слабшими за попередній тип, домінували лабільність емоцій, нетримання афекту, спалахи якого закінчувалися маніпулятивною поведінкою;

– астено-депресивний тип (5 осіб – 11,4%), переважними проявами якого були зниження настрою від гіпотимії до депресії на тлі помірно вираженої астеничної симптоматики у вигляді загальної слабкості, швидкої втомлюваності, зниженні вольових якостей та спонукань;

– астено-дефіцитарний тип (6 осіб – 13,6%) характеризувався поєднанням астеничної симптоматики різного супеню виразності та зворотнього когнітивно-амнестичного та вольового дефіциту, гіпобулії, психастенії (мал. 2).



Мал. 2. Розподіл типів відповіді психіки у хворих із екзогенно-органічною обтяженістю в анамнезі на гострі респіраторні інфекції верхніх та нижніх дихальних шляхів (%).

них реакцій, експлозивності, конфліктності, невдоволеності; симптоми астенії при даному типі були виражені слабо;

– експлозивно-іпохондричний тип (11 осіб – 25,0%), характерним для якого була поява стану емоційної нестійкості, виразних симптомів гіперстезії з гіперболізованим переїманням хворими станом свого здоров'я, наданням окремим соматичним симптомам значення більш важкого захворювання, невдоволення тим, що близькі та медичний пер-

Як можна судити з наведеного розподілу, превалюючими виступали типи із експлозивним аранжуванням, що було достовірно відмінним від ГП ($p < 0,01$).

У більшості хворих з ГД (34 особи – 77,3%) на висоті гіпертермії мали місце порушення сну у вигляді яскравих калейдоскопічних сновидінь «втомлюючого» або «неприємного» характеру, що у хворих ГП відзначалося лише у 18% випадків.

В клінічній картині інфекційного захво-

рювання у хворих ГД виявлялися психотичні симптоми: суб- та деліріозні (4 осіб – 9,1%), суб- та кататонічні (2 осіб – 4,5%), маячно-подібні та маячні стани (4 осіб – 9,1%), судомні напади (1 особа – 2,3%). При цьому суб- і деліріозні та судомні напади відзначалися на висоті гіпертермії, тоді як кататонічні та маячні стани – при нормальній або субфебрильній температурі тіла.

Симптоматика психотичного та субпсихотичного рівня в ГП не зустрічалася.

То ж, виходячи з кількісного та якісного наповнення психопатологічного континуума в ГД, у більшості випадках психокорекційні впливи доцільно спрямовувати на стабілізацію емоційної сфери, та поєднувати їх із медикаментозною терапією, спрямованою не лише на лікування основного – інфекційного захворювання, а й на недопущення екзацербачії когнітивно-амнетичного дефіциту та розвитку психотичної симптоматики.

Результати дослідження. В результаті дослідження було встановлено відмінність клінічної картини психопатологічної симптоматики у хворих на гострі респіраторні інфекції верхніх та нижніх дихальних шляхів, виниклої на екзогенно-органічному тлі та без нього.

Досліджено відмінність динаміки психопатологічної симптоматики у хворих на гострі респіраторні інфекції верхніх та нижніх дихальних шляхів, виниклої на екзогенно-органічному тлі та без нього, яка проявлялася у

більшій варіативності відносно періоду інфекційного захворювання в ГД, порівняно з ГП.

Для ГД, на відміну від ГП достовірно характерними були: більша частота виникнення та різноманітність психопатологічної симптоматики; домінування порушень емоційної сфери у вигляді втрати хворими контролю над емоціями, дисфоричності, а також минущі дефіцитарні симптоми; загострення патоперсоналогічних рис особистості, в більшості випадках у бік епілептоїдних та емоційно нестійких, наявність симптоматики психотичного та субпсихотичного рівнів у період інфекційного захворювання.

Досліджено синдромотаксис психопатологічної симптоматики у хворих на гострі респіраторні інфекції верхніх та нижніх дихальних шляхів, виниклої на екзогенно-органічному тлі та без нього, який знайшов своє відображення у виділених нами п'яти типах відповіді психіки у хворих із екзогенно-органічною обтяженістю в анамнезі на гострі респіраторні інфекції верхніх та нижніх дихальних шляхів: астено-депресивний, астено-дефіцитарний, експлозивно-дисфоричний, експлозивно-демонстративний, експлозивно-іпохондричний.

Виявлені особливості дозволяють розширити уявлення про період виникнення, динаміку, клінічне наповнення психопатологічних порушень та її синдромотаксис при коморбідності інфекційного та екзогенно-органічного генезу, поліпшити якість диференційної діагностики та встановити точки психокорекційного впливу.

Література

1. Azouvi P. Neuropsychology of traumatic brain injury: An expert overview / P. Azouvi, A. Arnould, E. Dromer, C. Vallat-Azouvi // *Rev Neurol. (Paris)*. 2017. – №173(7-8). – P. 461–472.
2. Hale A. C. Traumatic Brain Injury in the General Population: Incidence, Mental Health Comorbidity, and Functional Impact / A. C. Hale, K. M. Bohnert, R. Grekin, R. K. Sripada // *J. Nerv. Ment. Dis.* – 2019. – №207(1). – P. 38–42.
3. Eshel I. Rehabilitation of Cognitive Dysfunction Following Traumatic Brain Injury / I. Eshel, A. O. Bowles, M. R. Ray // *Phys. Med. Rehabil. Clin. N. Am.* – 2019. – №30(1). – P. 189–206.
4. Orlovska S. Association of Streptococcal Throat Infection With Mental Disorders: Testing Key Aspects of the PANDAS Hypothesis in a Nationwide Study / S. Orlovska, C. H. Vestergaard, B. H. Bech, M. Nordentoft, M. Vestergaard, M. E. Benros // *JAMA Psychiatry*. – 2017. – №74(7). – P. 740–746.
5. Antón Jiménez M. Disorders associated with mild cognitive impairment. Risk factors and predictors / M. Antón Jiménez, J. L. González Guerrero // *Rev. Esp. Geriatr. Gerontol.* – 2017. – №1. – P. 20–23.
6. Brainstorm Consortium. Analysis of shared heritability in common disorders of the brain / Brainstorm Consortium, V. Anttila, B. Bulik-Sullivan, H. K. Finucane et al. // *Science*. – 2018. – №360(6395). pii: eaap8757. doi: 10.1126/science.aap8757.

References

1. Azouvi P, Arnould A., Dromer E., Vallat-Azouvi C. Neuropsychology of traumatic brain injury: An expert overview. *Rev Neurol. (Paris)*. 2017, no. 173(7-8), p. 461–472.

Казаків Виталій Євгенєвич - КУ «Областная клиническая психиатрическая больница» ЗОС; Ореховое шоссе, 10-а, г. Запорожье, 69600, Украина

Kazakov Vitaly E. - MI «Regional Clinical Psychiatric Hospital» ZRC; Orikhiv highway, 10-a, Zaporizhzhya, 69600, Ukraine

e-mail: v.kazakov@i.ua; ORCID: 0000-0002-3070-432X