

М. Ф. Андрейко, канд. мед. наук, зам. гл. врача

Днепропетровская областная клиническая психиатрическая больница
(г. Днепропетровск)

ПСИХОПАТОЛОГИЧЕСКИЕ ДЕБЮТЫ АРТЕРИАЛЬНЫХ АНЕВРИЗМ

Будучи врожденным уродством развития сосудистой системы головного мозга, артериальные аневризмы (АА) длительное время существуют «бессимптомно». Основными клиническими проявлениями артериальных аневризм являются субарахноидальные кровоизлияния и ишемия мозга [4, 6, 7, 10, 13, 15, 16, 18–23].

Медленно прогрессирующие нарушения кровоснабжения мозга за счет действия физиологических защитных механизмов позволяют кислородному обмену достаточно долго оставаться на уровне адекватного и обеспечивать физиологический уровень кровообращения. Однако воздействие разнообразных физических и психогенных факторов в форме острого или хронического психического стресса, состояний длительного эмоционального напряжения увеличивает спазм сосудов и усиливает гипоксию мозга [9, 11, 14, 17–21].

Морфологически реакция элементов нервной ткани, вне зависимости от вида кислородной недостаточности, оказывается единой, неспецифичной и в клинике проявляется общемозговыми симптомами и психическими расстройствами в широком диапазоне: от изолированных астенических симптомов до развития слабоумия [1, 5, 12].

К общемозговым проявлениям соматопсихических болезней и сосудистых заболеваний, в частности [8, 17], относят пароксизмальные расстройства, в том числе панические атаки. Панические расстройства — пароксизмальные вегетативные нарушения, как правило, сопровождаются ощущением тревоги, страха умереть, совершить неконтролируемый поступок или сойти с ума и сочетаются с другими психопатологическими симптомами (агорафобия, депрессия).

При наличии в мозгу патоморфологического субстрата в виде внутримозговых аневризм психические расстройства возникают значительно раньше неврологического дефицита и могут выступать в качестве клинических предикторов в диагностике цереброваскулярной патологии (ЦВП) на ее ранних этапах [2, 3]. Однако особенности их развития, выраженность и динамика психических расстройств не всегда адекватно квалифицируются клиницистами смежных с психиатрией специальностей, а также врачами-психиатрами на доклиническом этапе развития нейрососудистой патологии.

Возможность идентификации аневризматического процесса на ранних этапах развития сосудистой патологии появляется при использовании более общих теоретических представлений, постулирующих, что психопатологические феномены при данном заболевании являются особым состоянием соматопсихической организации и отражаются в содержательных характеристиках жалоб больных. Следовательно, клиническому анализу должно быть подвергнуто не только наличие психопатологических проявлений, но и их структура, динамика, нарастание симптомов органического круга, устойчивость к лечению.

Задачей настоящего исследования явилось изучение психических расстройств у больных с артериальными аневризмами, у которых психические расстройства являлись дебютом развития сосудистой патологии.

Обследовали 84 больных с артериальными аневризмами, находившихся на стационарном лечении и амбулаторном наблюдении в Днепропетровской областной клинической психиатрической больнице в период с 1995 по 2005 год. Мужчин в группе исследования было 62 (73,8 %), женщин — 22 (26,2 %). Средний возраст больных составил $42,9 \pm 7,24$ года; мужчин — $42,9 \pm 7,58$, женщин — $42,9 \pm 6,94$ года. 20 пациентов (23,8 %) поступали в нейрохирургический стационар впервые, 64 больных (76,2 %) — повторно.

В 75 % случаев аневризмы располагались на артериях основания мозга, в местах их деления или анастомозирования. Мелкие и средние аневризмы обнаружены у 22 больных, большие и крупные аневризмы выявлены у 62 пациентов. Представленная клиничко-анатомическая характеристика артериальных аневризм соответствует данным, полученным рядом авторов [24–26].

Исследование психического статуса проводилось по специально разработанной для этих целей карте психопатологического исследования. Акцент такого исследования смещался в сторону ретроспективного изучения медицинской документации и выявления содержательных характеристик психических расстройств на самых ранних этапах развития сосудистого процесса.

Клиничко-психопатологическим анализом исследуемой группы больных психические расстройства на доклиническом этапе установлены в 72,6 % (61) случаев (табл. 1).

Таблица 1

Частота и клинические варианты психических расстройств у больных с артериальными аневризмами на доклиническом этапе, n = 84

Диагностическая рубрика	абс. ч.	%
1. Органическое эмоционально-лабильное (астеническое) расстройство (F 06.6)	49	58,3
2. Органический психосиндром (F 07.9)	5	5,9
3. Тревожное расстройство (F 06.4)	4	4,8
4. Органическое диссоциативное расстройство (F 06.5)	1	1,2
5. Легкое когнитивное расстройство (F 06.7)	2	2,4
6. Без психических расстройств	23	27,4

Настоящим исследованием установлено, что астенический синдром на доклиническом этапе развития ЦВП отмечался в 58,3 % случаев (49 больных). В своем развитии астенический синдром не достигал уровня полного развития, а носил неразвернутый, рудиментарный характер.

Анализ особенностей астенических проявлений на данном этапе у больных с АА показал, что симптомы астенического регистра возникали после перенесенных психогений у 43,6 % больных, физического перенапряжения — у 29,6 % пациентов, перенесенных соматических заболеваний (пневмонии, катаральные явления верхних дыхательных путей, заболевания почек, печени) — у остальных 26,8 % больных. Длительное время — от 1 года до 7,5 лет — курирующие пациентов специалисты (терапевты, невропатологи, эндокринологи, психиатры и др.) связывали астенические симптомы с перенесенными соматическими заболеваниями или неблагоприятными воздействиями производственно-бытовых факторов. В дальнейшем такие больные пополняли группу «неясных» больных районных поликлиник.

Характерной клинической особенностью астенических расстройств на доклиническом этапе развития аневризматического процесса является малая представленность компонента тревоги до появления в клинической картине острых нарушений мозгового кровообращения или пароксизмальных расстройств.

С развитием преходящих малых кровотечений из аневризм у 74,8 % пациентов развивались аффективные расстройства в виде нарастающей тревоги, страха смерти, внутреннего и физического беспокойства, ощущения приливов жары и холода, чувства удушья, кома в горле. В дальнейшем у них развивались различной степени выраженности депрессивные состояния с ипохондрической фиксацией. В лечении пациентов применялись транквилизаторы и антидепрессанты в половинных дозах.

Клиническим исследованием установлена не только частая представленность психических расстройств у пациентов с АА, но и время запаздывания (лаг) диагностики аневризм, которое исчислялось от появления первых признаков астении до ангиографической их верификации.

Средний возраст пациентов на период обращения за медицинской помощью, т. е. на момент начала развития сосудистого заболевания, у больных с АА составил 37,1 лет, средний возраст верификации АА в целом у пациентов группы исследования составил 43,4 года. Показатель величины лага (запаздывания) верификации АА составил 6,3 года.

Психопатологическая характеристика пациентов на момент верификации АА представлена в табл. 2.

На период верификации характера сосудистой патологии превалировали психические расстройства

органического генеза более глубоких регистров: органический психосиндром отмечался у 13,1 % пациентов, тревожное расстройство — у 15,5 %, легкое когнитивное расстройство — у 16,6 %. Делириозные расстройства сознания диагностированы у 4,8 % больных.

Проведенным исследованием установлена зависимость длины лага от структуры психических расстройств, являющихся определяющими в направлении диагностического процесса.

Так, в случаях развития органического эмоционально-лабильного (астенического) расстройства направление диагностического процесса задавалось четко устоявшейся клинической традицией поиска соматической, в широком смысле этого слова, природы астении. Установление у пациентов симптоматики из круга диссоциативных расстройств оценивалось как развитие психогенных заболеваний.

Симптомы психоорганического синдрома у больных с артериальными аневризмами на донологическом этапе характеризовались незавершенностью и малым темпом прогрессивности. Эмоциональные нарушения, дисмнезии и интеллектуальная недостаточность, характеризующие психоорганический синдром, долго скрывались за фасадом психогений и астенических нарушений. Наибольшая прогрессивность расстройств психоорганического регистра наблюдалась у больных с гигантскими и большими аневризмами ($p < 0,01$). У 36,8 % пациентов психоорганическая стигматизация отсутствовала до появления ОНМК.

Клиническим исследованием установлена большая частота встречаемости (больше 2/3 случаев) пароксизмальных расстройств и нарушений сознания у изучаемых больных. Большая представленность астенического синдрома и пароксизмальных расстройств потребовала их дальнейшего изучения. Проведено сопоставление частоты пароксизмальных расстройств у больных с отсутствием и наличием астенических расстройств у больных с АА в период до верификации ЦВП.

В первую подгруппу вошло 23 пациента (27,4 %), у которых астеническая симптоматика на доклиническом этапе не обнаруживалась. Такие пациенты работали в условиях обычного производства, не обнаруживали признаков социальной дезадаптации, оцениваемой по показателям «ухода с работы» и «наличие группы инвалидности». Не работали 2 человека данной подгруппы по признаку материальной независимости.

Во вторую подгруппу вошли 49 человек (58,3 %), у которых астенические расстройства были зафиксированы в медицинской документации задолго (от 1 до 7 лет) до верификации цереброваскулярной патологии.

Проведенным сопоставлением (табл. 3) установлена достоверно ($p < 0,05$) большая представленность частоты пароксизмальных расстройств у пациентов 2-й подгруппы, что свидетельствует о более значимых патоморфологических нарушениях у пациентов данной группы. Данное утверждение получило свое подтверждение по результатам сопоставления групп больных с миллиарными и большими аневризмами, о чем будет идти речь дальше.

Таблица 2

Частота и клинические варианты психических расстройств у больных с АА на момент установления нозологического диагноза (n = 84)

Диагностическая рубрика	абс. ч.	%
1. Органическое эмоционально-лабильное (астеническое) расстройство (F 06.6)	42	50
2. Легкое когнитивное расстройство (F 06.7)	14	16,6
3. Тревожное расстройство (F 06.4)	13	15,5
4. Органический психосиндром (F 07.9)	11	13,1
5. Делирий (F 05.0)	4	4,8

Таблиця 3

Распределение частоты и характера пароксизмальных расстройств у больных с артериальными аневризмами без астенических проявлений (1-я подгруппа) и с астеническими расстройствами (2-я подгруппа)

Пароксизмальные расстройства	Больные				P
	1-я подгруппа, n = 23		2-я подгруппа, n = 49		
	абс. ч.	%	абс. ч.	%	
Психовегетативные	8	34,8	18	36,7	< 0,05
Респираторно-аффективные	3	13	9	18,4	< 0,05
Обморочоподобные	4	17,4	12	24,5	< 0,05
Тонико-клонические	0	0	4	8,2	< 0,05
Мигреноподобные	4	17,4	3	6,1	< 0,05
Пароксизмальные расстройства отсутствуют	4	17,4	3	6,1	< 0,05

Настоящим исследованием установлено, что у 17 больных (40,5 %) с малыми кровотечениями неврологическая симптоматика была бедной, в связи с чем им ошибочно устанавливались следующие диагнозы:

- вегетососудистая дистония — 5 случаев;
- гипертонический криз — 4 случая;
- обморочные состояния — 3 случая;
- истерический невроз — 2 случая;
- эпилепсия — 2 случая;
- шейный остеохондроз — 1 случай.

Такие больные находились на амбулаторном или стационарном обслуживании, а затем под динамическим наблюдением с указанной «патологией».

Впоследствии, только через 2–3 недели и более, после перевода пациентов в нейрохирургический стационар или при их повторном поступлении устанавливался диагноз артериальных аневризм.

У этих больных на ближайшем (2–3 дня) догоспитальном этапе устанавливались различными специалистами следующие диагнозы:

- гипертонический криз — 6 случаев;
- менингит — 5 случаев;
- эпилепсия или состояние после припадка, черепно-мозговая травма — по 4 случая;
- алкогольный делирий и острый психоз со спутанностью сознания — по 3 случая;
- пищевая интоксикация — 2 случая и
- грипп — 1 случай.

В процессе подготовки к настоящему исследованию больных выявлена группа пациентов (26 человек, не вошедших в данную выборку), госпитализированных в нейрохирургический стационар с подозрением на разрыв артериальной аневризмы. В ходе исследования цереброваскулярная патология не была подтверждена, а катamnестическим обследованием установлено развитие психического заболевания.

Ретроспективный анализ распределения давности от обнаружения психических расстройств в зависимости от величины верифицированных аневризм представлен в табл. 4. Средний по группе больных срок от появления психических расстройств до верификации аневризм составил $5,8 \pm 1,6$ лет.

Анализ динамических рядов свидетельствует, что срок давности психических расстройств у больных с большими и гигантскими аневризмами до момента

их верификации был короче, нежели у больных с мелкими и средними аневризмами. Такое положение, по-видимому, можно объяснить большими гемодинамическими нарушениями и гипоксией мозга с развитием психических расстройств.

Таблиця 4

Распределение давности психических расстройств в зависимости от величины аневризм на период их верификации (n = 84)

Давность психических расстройств до верификации аневризм, лет	Больные с мелкими и средними аневризмами, n = 22		Больные с большими и гигантскими аневризмами, n = 62		P
	абс. ч.	%	абс. ч.	%	
1	—	0	7	11,3	< 0,05
2	—	0	9	14,5	< 0,05
3	—	0	13	21,0	< 0,05
4	3	13,6	18	29,0	< 0,05
5	5	22,7	8	12,9	< 0,05
7	10	45,5	4	6,5	< 0,05
10	4	18,2	3	4,8	< 0,05

Острые психические расстройства у 4-х больных группы исследования развивались при аневризматическом поражении передней мозговой и передней соединительной артерий.

У таких больных на первый план выступали симптомы нарушенного сознания в виде дезориентировки в обстановке и времени, психомоторного возбуждения, безотчетного страха.

Делириозные расстройства носили отрывочный характер, галлюцинаторные переживания приближались к иллюзиям и не проявлялись сценopodobными картинками.

Хотя представленность таких больных в группе исследования и невелика (4,8 %), однако их значение в клинике возрастает в связи с невозможностью обследования больных специалистами вследствие отсутствия или затруднения контакта и психомоторного возбуждения. В то же время, характер психических расстройств указывает на необходимость проведения дополнительных исследований по нейровизуализации сосудистых нарушений.

Принимая во внимание, что все случаи острых дисгемий сопровождаются паническими расстройствами, адекватная их оценка и коррекция возможны в содружестве психиатра и ангионевролога (ангионейрохирурга).

Так как в догеморрагическом периоде диагноз артериальной аневризмы устанавливается редко, такое положение диктует необходимость разработки новых критериев, в том числе психиатрических, которые выступали бы в качестве клинических предикторов данной патологии, что имеет важное значение не только в плане разработки новых организационных форм профилактики острых мозговых дисгемий, но и выработки адекватной врачебной тактики.

Необходимы методические разработки по ведению таких больных на различных этапах развития цереброваскулярной патологии.

Таким образом, данные, полученные в результате проведенного исследования, свидетельствуют о том, что психопатологические феномены могут выступать в качестве клинических предикторов сосудистых заболеваний головного мозга задолго до их верификации. Такое положение имеет важное значение в плане организации медицинской помощи и привлечения психиатра к диагностическому процессу.

Список литературы

1. Абашев-Константиновский А. Л. О психопатологических синдромах очагового значения // Вопросы нейрохирургии. — 1961. — № 5.
2. Андрейко М. Ф. Психические расстройства при патологии магистральных артерий головы. — Днепропетровск: Пороги, 1999. — 447 с.
3. Андрейко М. Ф. Декларацийний патент на винахід «Спосіб діагностики патології магистральних артерій голови та шиї за психопатологічними ознаками». — 56884 А от 15.05.2003.
4. Бурцев Е. М. Аневризмы мозговых сосудов // Журнал невропатологии и психиатрии им. С. С. Корсакова. — 1996. — № 5. — С. 81–86.
5. Вейн А. М. Неврологические маски депрессии // Там же. — 2000. — № 6. — С. 21–23.
6. Верещагин Н. В. Патология магистральных артерий головы и нарушение мозгового кровообращения (Аспекты морфологии, патогенеза, клиники и диагностики): Автореф. дис. ... д-ра мед. наук. — М., 1974.
7. Верещагин Н. В. Клиническая ангионеврология на рубеже веков // Журнал невропатологии и психиатрии им. С. С. Корсакова. — 1996. — № 1. — С. 11–13.

8. Ганнушкина И. В. Патофизиологические механизмы нарушений мозгового кровообращения и новые направления в их профилактике и лечении // Там же. — 1996. — № 1. — С. 14–18.

9. Григорьева В. Н., Густов А. В., Котова О. В. и др. Роль эмоционального напряжения в развитии начальных форм хронической цереброваскулярной недостаточности // Там же. — 2000. — № 5. — С. 14–18.

10. Зозуля Ю. П. Сучасні напрямки розвитку нових технологій в нейрохірургії // Бюлетень Української Асоціації Нейрохірургів. — 1997. — № 3. — С. 4–5.

11. Лазарев В. А., Смирнов Н. А., Сазонова О. Б. и др. Критерии оценки коллатерального кровообращения и функционального состояния головного мозга при выключении магистральных артерий у больных с гигантскими мешотчатыми аневризмами // IV Всесоюзный съезд нейрохирургов. — М., 1988. — С. 128.

12. Лапин И. П., Анналова Н. А. Сердечно-сосудистые заболевания и депрессии // Журнал невропатологии и психиатрии им. С. С. Корсакова. — 1997. — № 3. — С. 71–75.

13. Лебедев В. В., Быковников Л. Д. Руководство по неотложной нейрохирургии. — М.: Медицина, 1987. — 336 с.

14. Панков Д. Д. К вопросу о совершенствовании классификации сосудистых поражений головного мозга // Журнал невропатологии и психиатрии им. С. С. Корсакова. — 1998. — № 8. — С. 66.

15. Переседов В. Е. Ангионейрохирургия в Институте неврологии РАМН // Там же. — 1996. — № 1. — С. 19–23.

16. Ромоданов А. П., Зозуля Ю. А., Педаченко Г. А. Сосудистая нейрохирургия. — К.: Здоров'я, 1990. — 312 с.

17. Смудевич А. Б. Психическая патология и ишемическая болезнь сердца / Психические расстройства и сердечно-сосудистая патология. — М.: Научный центр психического здоровья РАМН, Кардиологический научный центр РАМН, Московская медицинская академия им. Сеченова, 1996. — С. 12–18.

18. Feigin V. L., Wieberg D. O., Whisnant J. P. // J Stroke Cerebrovasc. Dis. — 1944, 4, 4, 207–215.

19. Fox J. L. Intracranial aneurysms. — N. Y.: Springer-Verlag, 1983. — V. 1–3.

20. Kassell N. F., Torner J. C., Haley E. C. The international cooperative study on the timing of aneurysm surgery. Part I., Overall management results // Journal of Neurosurgery. — 1990. — V. 73, 18–36.

21. Kassell N. F., Torner J. C., Jant J. A. The international cooperative study on the timing of aneurysm surgery. Part II. // Ibid. — 37–47.

22. Sherman D. G. 2-d World Congress of stroke. — Washington, 1992. — Abstr. SY22.

23. Spallone A., Ferrante I., Patatinsky E. Subarachnoid hemorrhage of unknown origin // Acta Neurochirurgica. — 1986, Bd80. — S. 12–17.

Надійшла до редакції 11.10.2005 р.

М. Ф. Андрейко

M. F. Andreyko

Психопатологічні дебюти артеріальних аневризм

Дніпропетровська обласна клінічна психіатрична лікарня (м. Дніпропетровськ)

На основі психопатологічного дослідження 84 пацієнтів з ангиографічно верифікованими внутрішньочерепними аневризмами поданий стереотип розвитку психічних розладів на доклінічному етапі розвитку аневризматичних уражень судин головного мозку.

Психічні розлади у таких хворих характеризувалися невротичним спектром психічних порушень. Основну репрезентованість мали: астеничний синдромокомплекс, психоорганічний синдром, психо вегетативні пароксизми, істеричний синдром, розлади свідомості, гострі транзиторні психотичні порушення. Давність таких проявів до верифікації аневризми складала по групі досліджень від одного до семи років.

Psychopathological first appearances of arterial aneurysms

Regional clinical psychiatric hospital (Dnipropetrovsk)

On the base of psychopathological investigations the stereotype of the development of mental disorders on the pre-clinical phase of aneurysms of brain vascular was performed in 84 patients with angiographic verified intracranial aneurysms.

The mental disorders of such patient 1 were characterized by neurotic kinds of this once. The asthenic syndromocomplex, psychoorganic syndrome, psychovegetative paroxysms, hysterical syndrome, the disorders of consciousness, the acute transit psychotic disorders were mainly represented. Duration of such manifestations before verification of aneurysms in the group of investigation was made up from one till seven years.