

КЛИНИЧЕСКИЕ ПРОЯВЛЕНИЯ НЕЙРОБОРРЕЛИОЗА В КРАСНОЯРСКЕ

С.А. Шетекаури

(Красноярская государственная медицинская академия, и.о. ректора проф. И.П. Артюхов, кафедра нейрохирургии и неврологии ФПК и ППС, зав. – д.м.н., проф. М.Г. Дралюк)

Резюме. В статье представлены результаты наблюдения за 224 больными, которые находились на лечении в стационарах Красноярска с диагнозом иксодовый клещевой боррелиоз (ИКБ). Эта новая клещевая инфекция официально стала регистрироваться с 1992 года, но и в настоящее время клиника неврологических проявлений и их региональные особенности недостаточно известны практическим врачам. Представлены клиничко-неврологические проявления эритемных и безэритемных форм. Применение современных высокочувствительных и специфичных методик серологического и молекулярно-генетического обследования (ИФА и ПЦР) позволяет надежно диагностировать нейроборрелиоз.

Ключевые слова. Клещевые инфекции, нейроборрелиоз, полимеразная реакция, диагностика.

Широкая распространенность природно-очаговых инфекций, передающихся через укус клеща, продолжает делать эту проблему одной из самых актуальных во многих регионах России [4]. Но если многие вопросы клещевого энцефалита за более чем 60-летний период изучения решены, то проблемы этого трансмиссивного инфекционного заболевания, вызываемого спирохетами рода *Borrelia*, продолжают оставаться чрезвычайно актуальными как для России в целом, так и для Восточно-Сибирского региона в частности. Количество больных ИКБ в крае за период 1992 – 2000 гг. составило – 2632 человека. Ежегодно регистрируется от 102 до 478 случаев. В связи с введением новых, более современных методов диагностики, за последние три года количество зарегистрированных больных уже составило 973. Рост заболеваемости отмечен и по России [1,3]. Показатели заболеваемости возросли от $3,3 \pm 0,33$ в 1993 г. до $28,1,1 \pm 0,77$ в 1999 г. Это в 1,9–5,1 раза выше среднероссийских.

Материалы и методы

Проведено наблюдение и анализ клинических проявлений у больных ИКБ, находившихся на стационарном лечении в нервных и инфекционных отделениях Красноярска за 10 летний период (1991–2000 гг.). Под наблюдением находилось 224 больных.

Современные представления ИКБ основаны преимущественно на эритемных формах болезни, поскольку достоверность диагноза безэритематозных форм затруднительна [1,3]. Но эритема, как патогномоничный синдром, сопровождает заболевание далеко не всегда [2]. В наших наблюдениях ежегодно эта форма отмечена в среднем в $42,2 \pm 4,3\%$ случаев. В некоторые годы эта цифра была всего 36,8%. Отмечено, что у некоторых больных эритема могла проходить незамеченной (5,5%).

Диагноз выставлялся на основании уточненного анамнеза, клинических проявлений и положительных диагностических реакций: РИФ с корпускулярным антигеном боррелий для определения специфических антител; иммуноферментный анализ (ИФА) сыворотки крови для обнаружения ранних иммуноглобулинов класса М (Ig M) и поздних иммуноглобулинов класса G (Ig G), а также полимеразной цепной реакции (ПЦР) для выявления ДНК боррелий. Математическая обработка полученных материалов проводилась с использованием компьютерных программ STATISTICA 5.0 фирмы MathSoft, Inc. Производились расчеты средней арифметической (M), ошибки средней арифметической

(m). Оценка достоверности различий частот осуществлялась с использованием критерия Стьюдента для дискретных величин. Различия считали достоверными при 5%-ном уровне значимости.

Результаты и обсуждение

При изучении анамнеза установлена связь заболевания с фактом укуса одного (66,7%) или нескольких клещей (3,5%). Ползающих клещей больные отмечали в 20% случаев. Отрицали контакт с клещами – в 10,2% случаев. Максимальное число заболеваний приходилось на май-июнь. Началу клинических проявлений предшествовал инкубационный период (от 1 суток до 30 дней), в среднем $12,5 \pm 2,3$ дня. Продромальные явления в этот период установлены у единичных больных (усталость, недомогание, снижение аппетита). Острый период болезни у большинства больных был коротким и составлял в среднем 8-12 дней. Он характеризовался общеинфекционным синдромом различной степени выраженности: субфебрилитетом, общей слабостью, утомляемостью, недомоганием, головной болью, сонливостью. Клинические проявления представлены мигрирующими миалгиями и артралгиями различной локализации, ограничением подвижности в суставах из-за болей и скованности (13,5%). Реже определяли регионарную или генерализованную лимфаденопатию (11,7%), спленомегалию (7,6%), проявления гепатита (5,2%). Из общеинфекционных симптомов наиболее постоянными были общая слабость и недомогание. В остром периоде головные боли имели умеренный диффузный характер без четкой локализации. Уже в остром периоде ИКБ у 1/3 больных обнаружена неврологическая симптоматика в виде болезненности тригеминальных точек (5%), симптома Ман-Гуревича (18,3%), светобоязни (3%). Эмоциональная лабильность отмечена в 15% случаев, корешковые боли – в 17%, головокружение – в 43,7%. Менингеальные симптомы выявлялись в 8,9%. Раздражение мозговых оболочек могли появиться в первую неделю (19,2%), когда еще сохранялась эритема, но выраженную неврологическую симптоматику чаще определяли в сроки от 8 (28,3%) дней до двух недель (2,6%). Явления менингизма наблюдались у 14 (10%) больных. При появлении выраженных и стойких менингеальных симптомов осуществлялось исследование спинномозговой жидкости (общий анализ и ПЦР).

В зависимости от наличия или отсутствия клещевой мигрирующей эритемы (КМЭ) все больные были разделены на две основные группы.

В первую группу входило 140 больных с эритемной формой ранней локализованной инфекции, из них 78 (55,7%) мужчин и 62 (44,2%) женщины. Возраст больных в среднем составил 40,5 лет (от 5 до 76 лет).

Таблица 1

Клинические проявления нейроборрелиоза

Неврологические синдромы	Частота встречаемости синдромов	
	n	%
Нейропатия лицевого нерва	36	41,4
Полинейропатия	15	17,2
Мононейропатия	1	1,1
Радикулопатия	2	2,2
Менингоррадикулоневрит	2	2,2
Менингит	31	35,6
ВСЕГО:	87	100,0

Абсолютное большинство составили 110 (78,5%) больных с легким течением болезни, со среднетяжелым течением – 30 (21,4%). Тяжелого течения в этой группе больных не наблюдалось. Синдром инфекционного токсикоза проявлялся температурной реакцией, жалобами на общую слабость, умеренные головные боли, диффузные мышечные и суставные боли и вегетативные симптомы, которые носили кратковременный характер (от 3 до 8 дней) и прекращались на фоне антибактериальной терапии. Инкубационный период в среднем составил 12,5±3,6 дней (от 1 до 21)

Острое начало заболевания было в 47,1% случаев, у остальных – в 52,9% начиналось постепенно. Первые проявления болезни неспецифичны. Только КМЭ является постоянным симптомом в этой группе больных, другие симптомы острого периода изменчивы и преходящи. Эритема часто предшествовала другим симптомам. Исходом 1 стадии у наших больных было выздоровление, вероятность которого значительно возрастала при проведении своевременной и адекватной антибактериальной терапии.

Менее диагностируемой является безэритемная форма [3]. Начало заболевания, связанного с укусом клеща, практически всегда ассоциировалось у больных и врачей с клещевым энцефалитом (КЭ). Поэтому в эпидсезон при экстренной госпитализации с жалобами на остро развившееся инфекционное заболевание (повышение температуры, головные боли, слабость, недомогание) в 96% был поставлен диагноз клещевой энцефалит.

В острой стадии заболевания у всех больных имелись признаки интоксикационного синдрома разной степени выраженности. Необходимо отметить, что тяжелых проявлений интоксикации не отмечалось. Артралгии и миалгии с преимущественной локализацией в области шеи, поясницы, конечностей носили преходящий характер.

В эпидсезоны 1998 – 2000 годов под наблюдением находилось 84 больных, которым на основании совокупности эпидемиологических, клинических и обязательных лабораторных данных был выставлен диагноз: ИКБ, ранняя локализованная инфекция, безэритемная форма. В группу больных вошло 55 (65,4%) мужчин и 29 (34,5%) женщин. Возраст их был от 16 до 79 лет. Инкубационный период варьировал от 2 до 24 дней (в среднем 11,7±0,8). Клинические проявления в острой фазе заболевания характеризовались преобладанием общинфекционных симптомов.

Незначительное количество больных 2-ой группы обусловлено в первую очередь гиподиагностикой, поскольку специфических симптомов при отсутствии КМЭ не отмечалось. В связи с этим достоверность диагноза Лайм-боррелиоза может быть подтверждена только лабораторными методами. Для верификации диагноза применялись методы НРИФ, РТГА, а последние годы ИФА и ПЦР.

Нейроборрелиоз в наших наблюдениях верифицирован у 87 (38,8%) больных (табл.1), который представлен преимущественным поражением периферической нервной системы (64,2%) в виде пареза мимической мускулатуры – у 36 (41,1%) больных, полинейропатии – 15 (17,2%), единичными моно- и полирадикулоневритами. Полирадикулоневропатии у наблюдавшихся больных проявлялись болевым синдромом и развивались чаще в ниже-шейных и/или пояснично-крестцовых сегментах. Двигательные расстройства были представлены ограничением активных движений, обусловленных болью и симптомами натяжения только в острый период.

Менее часто встречался изолированный радикулярный синдром (корешки С 5-6-7-8, L 4-5, S 1) или мононевритический (2 больных).

Таблица 2

Неврологические проявления острой стадии иксодового клещевого боррелиоза

	Неврологические симптомы	Частота встречаемости симптомов	
		n	%
1	Симптом Ман-Гуревича	42	18,7
2	Светобоязнь	8	3,5
3	Болезненность тригемин. точек	10	4,4
4	Головокружение	89	39,7
5	Сонливость	45	20,0
6	Эмоциональная лабильность	33	14,7
7	Гипергидроз	80	35,7
8	Корешковые боли	38	16,9
9	Анизорефлексия	13	5,8
10	Снижение мышечной силы	35	15,6
11	Нарушения чувствительности	56	25,0
12	Менингеальные симптомы	78	34,8

Наиболее типичным неврологическим проявлением нейроборрелиоза по данным литературы является спинальный менингоррадикулоневрит [4]. Классический вариант синдрома Баннварта в наших наблюдениях встречался достаточно редко (2 наблюдения) и оба у лиц старших возрастных групп. Он характеризовался болевым корешковым синдромом и легким лимфоцитарным плеоцитозом в ликворе (до 50 клеток). Нейроборрелиоз с поражением ЦНС у 31 (35,6%) больных был представлен доброкачественным боррелиозным менингитом. Диагноз был верифицирован методом ПЦР с выявлением ДНК боррелий в ликворе.

Результаты обследования больных показали, что в остром периоде ИКБ обнаруживается практически вся неврологическая симптоматика разной степени выраженности, что указывает на раннюю заинтересованность и раннее вовлечение в инфекционный процесс различных отделов нервной системы. Своевременная диагностика и полноценное лечение предупреждают прогрессирование неврологической патологии.

ЛИТЕРАТУРА

1. Воробьева Н.Н. Клиника, лечение, профилактика иксодовых клещевых боррелиозов. – Пермь, 1998. – 131 с.
2. Деконенко Е.П. Основные формы поражений нервной системы при Лайм-боррелиозе. // Неврологический журнал. – 2001. - № 5.
3. Лобзин Ю.В., Усков А.Н., Козлов С.С. Лайм-боррелиоз (иксодовые клещевые боррелиозы). – СПб.: Изд-во Фолиант, 2000. – 157 с.
4. Онищенко Г.Г. Распространенность природно-очаговых инфекций в РФ и меры по их профилактике. // Эпидемиология и инфекционные болезни. – 2000. – №4. – С.4-6.

© ПЕТРОСЯН Е.Ю., МОЛОДЫХ В.В., СОЛДАТОВА О.Г., САВЧЕНКОВ Ю.И. –

ОСОБЕННОСТИ ЧЕРТ ТЕМПЕРАМЕНТА У МУЖЧИН И ЖЕНЩИН РАЗНОГО ВОЗРАСТА

Е.Ю. Петросян, В.В. Молодых, О.Г. Солдатова, Ю.И. Савченков

(Красноярская государственная медицинская академия, ректор – д.м.н., проф. И.П. Артюхов, кафедра физиологии, зав. – д.м.н., проф. Ю.И. Савченков)

Резюме. Предметом изучения были черты темперамента 3500 респондентов разного возраста, от 9 до 70 лет. Результаты исследования показали, что по мере старения человека степень проявления фиксируемых опросником Томаса черт темперамента закономерно меняется, причем направленность этих изменений, в основном, одинакова у мужчин и у женщин. Эти особенности определяются, по-видимому, морфофункциональными изменениями в мозге и в организме в целом, связанными с процессами общего старения организма.

Ключевые слова. Возраст, пол, темперамент.

Одним из постулатов концепции индивидуальности В.М. Русалова является представление о взаимодействии свойств личности и динамических свойств биологической организации человека, к которым относятся пол и возраст. Влияние пола и возраста может быть прослежено на всех уровнях биологической подсистемы человеческой индивидуальности, от биохимического до психодинамического. Темперамент является биологически обоснованным, эмоциональным ядром индивидуальности. Взрослая индивидуальность связана с процессами развития темперамента [10]. Непосредственное влияние свойств темперамента на особенности поведения человека меняется с возрастом. При этом черты темперамента, которые проявляются в первые годы жизни ребенка, отражают в гораздо большей степени, чем у взрослых, его конституциональные особенности, на которые социальное окружение еще не успело оказать значительное модифицирующее влияние [1].

Формирование черт темперамента происходит уже в младенческом возрасте [10], затем до трехлетнего возраста он кажется очень устойчивым [11]. Причем, темпераментные характеристики младенца и малыша определяют их тип в дошкольном возрасте [3], продолжают влиять на развитие детей в течение их школьного возраста [14], определяют черты индивидуальности и во взрослой жизни. Более того, рано проявляющиеся детские поведенческие стили могут предсказать характер поведения взрослых [6,8,29]. Факторная структура темперамента не изменяется существенно с возрастом детей [13]. Не найдено никаких свидетельств очевидности изменений темперамента на протяжении 4-11 лет жизни [16], между средней юностью (15-17 лет) и ранней взрослой жизнью (18-25 лет) [12], а такие черты темперамента, как *эмоциональность*, *деятельность* и *застенчивость* независимы от возраста и пола [4].

Взрослая индивидуальность естественно связана с процессами развития темперамента, и эта связь может лежать в основе ожидаемой индивидуальности [9]. В

группе из 205 детей в возрасте 8-12 лет, прослеженных до взрослой жизни исследовали прогнозирующие связи между чертами индивидуальности детства и взрослой индивидуальностью и адаптацией 20 лет спустя. Индивидуальность демонстрировала небольшие изменения за эти два десятилетия [23]. Многие ученые подчеркивают темпераментальное происхождение детских и юношеских проблем поведения [7,17,20] и считают, что детский характер может иметь прогностическое значение для развития более поздней психопатологии, показаны даже ассоциации между поведением в возрасте 3 лет и взрослой преступностью [21,24].

С другой стороны, показана неоднородность в связях между индивидуальностью в периоды раннего детства и поздней юности [22], не обнаружено долгосрочной стабильности в оценках темперамента от раннего младенчества до детства (6 лет), кроме таких показателей, как величина положительного эмоционального ответа на окружающую среду и время его восстановления после волнения [28]. Наиболее продолжительные в возрастном плане исследования стабильности черт темперамента показали, что стабильность изучаемых черт темперамента увеличилась от 0,31 в детстве к 0,54 в колледже, и к 0,64 в 30 лет, а затем достигла плато приблизительно на уровне 0,74 между возрастными 50 и 70 лет, что свидетельствует о меньшей стабильности черт темперамента в детстве, чем у взрослых [18]. При исследовании индивидуальности у старших взрослых Brent J. Small et. al. [5] подтвердили результаты о существенной стабильности показателей индивидуальности на протяжении 6-летнего периода, а также показали существование индивидуальных различий, связанных со старением.

Предположив, что темперамент и индивидуальность являются функцией возраста, А. Mehrabian and J.S. Blum [15] исследовали возрастные различия показателей трех черт характера и четырех показателей индивидуальности в трех возрастных группах (молодых, взрослых и