

5. Локишина, Э. Э. Маркеры аллергического воспаления у детей из группы высокого риска по развитию бронхиальной астмы / Э. Э. Локишина, О. В. Зайцева // Педиатрия. — 2006. — № 4. — С. 94–97.

6. Лютин, Е. И. Эпидемиология бронхиальной астмы в детском возрасте / Е. И. Лютин, Ф. К. Манеров // Педиатрия. — 2005. — № 4. — С. 111–114.

7. Либерман, И. С. Метаболический синдром в свете эволюционно-генетических закономерностей / И. С. Либерман // Рос. кардиологич. журнал. — 2002. — № 1. — С. 14–18.

8. Заболотских, Т. В. Значение социальных факторов при бронхиальной астме у детей / Т. В. Заболотских, Ю. Л. Мизерницкий // Пульмонология детского возраста: проблемы и решения. — 2004. — № 4. — С. 196–201.

9. Тихомиров, А. Л. Привычное невынашивание беременности: причины, диагностика и современные подходы к терапии / А. Л. Тихомиров // Фарматека. — 2004. — № 1. — С. 28–39.

10. Оразмурадов, А. А. Особенности плацентарного ложа матки при осложнениях беременности и экстрагенитальных заболеваниях / А. А. Оразмурадов // Рос. вест. перинат. и педиатрии. — 1999. — № 2. — С. 55–59.

11. Strauss, R. S. Effects of the intrauterine environment on childhood growth / R. S. Strauss // Br. Med. J. — 1997. — Vol. 33, No 1. — P. 81–95.

12. Равочкина, Н. Р. Сравнительный анализ состояния здоровья детей первого года жизни, получавших грудное и искусственное вскармливание / Н. Р. Равочкина. — 24-е Огарёвские чтения. — Саранск, 1995. — Т. 1, Ч. 2. — С. 117–118.

Поступила 30.06.2009

СЛУЧАЙ ИЗ КЛИНИЧЕСКОЙ ПРАКТИКИ

УДК 616.894-053.8-07

СЛУЧАЙ НАБЛЮДЕНИЯ ПАЦИЕНТА, СТРАДАЮЩЕГО СМЕШАННОЙ ДЕМЕНЦИЕЙ ПРИ БОЛЕЗНИ АЛЬЦГЕЙМЕРА

С. Л. Дудук, Е. Г. Королева

Гродненский государственный медицинский университет

В статье приводится наблюдение авторов случая деменции при болезни Альцгеймера, атипичной или смешанной типа. Обследование пациента проведено с использованием современных функциональных, нейрорентгоскопических, психометрических методов диагностики. Данные исследования выявили как альцгеймеровскую природу заболевания, так и изменения сосудистого характера, что в совокупности и дает клиническую картину смешанной деменции.

Ключевые слова: смешанная деменция при болезни Альцгеймера, методы нейровизуализации, когнитивные нарушения, диагностика.

THE CASE OF THE SUPERVISION OF PATIENT SUFFERING MIXED DEMENTIA WITH ALZHEIMER'S DISEASE

S. L. Duduk, E. G. Koroleva

Grodno State Medical University

The article is presented the supervision of the authors of case mixed (atypical) dementia with Alzheimer's disease. The evaluation of patient is carried out with using modern functional, neurointraoscopic and psychometric methods of diagnostics.

This research detected as Alzheimer's nature of disease, so and vascular disturbance, that lead to clinical picture of mixed dementia with Alzheimer's disease.

Key words: mixed dementia with Alzheimer's disease, methods of neurovisualization, cognitive disturbances, diagnosis.

Введение

В последнее время представления о соотношении болезни Альцгеймера и сосудистой деменции значительно изменились, и сходство между этими двумя состояниями представляется более значительным, чем считалось ранее. У 80 % больных с диагностированной при жизни сосудистой деменцией на аутопсии помимо сосудистых изменений находят также альцгеймеровские изменения. Примерно в 20 % случаев данные аутопсии не подтверждают сосудистый характер процесса, в большинстве этих случаев патоморфологические изменения носят альцгеймеровский характер. При болезни Альцгеймера сосудистые изменения выявляются в 50 % случаев [1, 2]. Предполагается, что на практике сосудистая деменция нередко

гипердиагностируется, а болезнь Альцгеймера — гиподиагностируется, при этом смешанная деменция составляет 20–40 % всех случаев деменции [3, 4]. В клинической практике этот вариант деменции нередко не диагностируется.

Основная часть

С целью усовершенствования качества ведения пациентов с нарушениями когнитивных функций, изменения традиционного подхода врачей-психиатров к диагностике деменций позднего возраста, когда болезнь Альцгеймера и сосудистая деменция взаимоисключали друг друга, учитывая опыт зарубежной психиатрии [5], считаем актуальным подробно рассмотреть смешанную деменцию при болезни Альцгеймера на конкретном примере с детальным обоснованием клинико-функционального диагноза.

Анамнез. Пациент родился в 1953 году в семье рабочих. Наследственность психическими заболеваниями не отягощена. Мать и отец умерли от осложнений сердечно-сосудистых болезней в старческом возрасте. Пациент — второй ребенок в семье. Особенности раннего развития установить не удалось. Со слов родственников, рос активным, болел редко. Развивался правильно, от сверстников не отставал. В школу пошел с 6 лет, учился хорошо. Предпочтение отдавал предметам физико-математического профиля, занимался физкультурой. Закончил 10 классов и поступил в училище, которое успешно окончил. Был призван в армию. Демобилизовался на общих основаниях. Окончил институт, до настоящего времени работал научным сотрудником на одной из кафедр университета. По характеру был всегда спокойный, ответственный, трудолюбивый. Алкоголем никогда не злоупотреблял, не курил. Был женат, от брака — двое взрослых детей. В настоящее время в разводе, проживает один. Аллергологический анамнез без особенностей. Из перенесенных заболеваний — простудные. Черепно-мозговые травмы, нейроинфекции, туберкулез, тяжелые интоксикации пациент не переносил.

Со слов родственников, нарушения памяти стали очевидны в течение последнего года. Сотрудники кафедры также отмечали, что пациент забывает вовремя приходить на занятия, на лекции. Часто терялся при ответе на простые вопросы. За медицинской помощью ни сам пациент, ни его родные длительное время не обращались. Память продолжала прогрессивно снижаться. Перестал за собой следить, терял привычные бытовые навыки. Стал совершать нелепые действия. Например, купив продукты в магазине, мог их выбросить, так как считал, что они уже не нужны. Перестал пользоваться привычными предметами, выполнять ежедневные обиходные процедуры и действия: мыть руки, готовить простые блюда. В течение полугода стал забывать некоторые слова, мог только объяснять их функциональное значение. Периодически включал газ, не зажигая его, открывал водопроводный кран в квартире, забывая закрыть, затем очень расстраивался, когда ему на это указывали. По настоянию родных обратился к неврологу с жалобами на нарушение памяти и внимания. С 17.03. по 20.03.2009 г. наблюдался в неврологическом отделении, принимал циннаризин, гомецин. С диагнозом: «Энцефалопатия смешанного генеза (атеросклеротическая, дисметаболическая), легкий когнитивный дефицит, легкий атактический синдром», без существенной положительной динамики был выписан. Поскольку пациент становился все более беспомощным на работе и в быту, родственники обратились за помощью в диспансерное отделение для

взрослых УЗ ГОКЦ «Психиатрия-наркология». Для обследования и лечения был направлен в мужское психиатрическое отделение центра, в соответствии со статьей 6 и статьей 29 Закона Республики Беларусь «О психиатрической помощи и гарантиях прав граждан при ее оказании» госпитализирован добровольно.

Соматический статус

Среднего роста, правильного телосложения, удовлетворительного питания. Кожные покровы лица незначительно гиперемированы, с сосудистым рисунком. Зев спокоен. Язык влажный, розовый. В легких дыхание везикулярное, хрипов нет, тоны сердца ритмичные, приглушенные. АД — 140/90 мм рт. ст., ЧСС — 72 уд. в мин. Живот мягкий, безболезненный. Стул и диурез в норме.

Рентгеноскопия грудной клетки: вариант нормы с возрастными изменениями. Аорта уплотнена, тень средостения расширена за счет левого желудочка.

В стационаре с целью исключения соматических и неврологических причин когнитивного снижения пациент был осмотрен узкими специалистами, были проведены все диагностические манипуляции, рекомендованные консультантами в соответствии с Республиканскими Протоколами диагностики и лечения психических и поведенческих расстройств [6, 7].

Невролог: парезов нет. Сухожильно-перистальтные рефлексy D = S, патологических рефлексов нет, устойчив в позе Ромберга, чувствительность в норме, менингеальных знаков нет.

Отоневролог: очаговой церебральной патологии, гипертензионных знаков нет. Искривление носовой перегородки.

Офтальмолог: гипертрофическая ангиопатия сетчатки.

Логопед: осмотрен.

Терапевт: АД при поступлении — 180/115 мм рт. ст. ЧСС — 74 уд. в мин.

ИБС: атеросклеротический кардиосклероз, Н1, АГ2 Риск 3.

УЗИ органов брюшной полости, малого таза: признаки хронического панкреатита, желчнокаменной болезни.

Биохимический анализ крови: без значимых отклонений.

РЭГ: гиперкинетический тип циркуляции, повышена ударная и минутная работа сердца, повышен тонус регионарных артерий всех калибров, снижена скорость наполнения артерий.

КТ головного мозга: данных об очаговом поражении мозга не выявлено, выражены атрофические изменения, кальцинирована правая позвоночная артерия.

Дуплексное сканирование экстракраниальных отделов брахиоцефальных сосудов (РНПЦ «Неврологии и нейрохирургии», Минск):

эхографические признаки стенозирующего атеросклероза БЦА: до 30 % правой вертебро-церебральной артерии, до 50 % — левой. Доплерографические признаки стеноза левой позвоночной артерии в устье (65–70 %). Дефицит кровотока по левой позвоночной артерии в сегменте V2, асимметрия кровотока 66 %, $D > S$.

МРТ головного мозга: на последовательности срезов срединные структуры головного мозга не смещены, боковые желудочки на уровне тел расширены слева до 12,4 мм, справа — до 9,8 мм, с зоной перивентрикулярного отека/глиоза. 3-й желудочек до 9,8 мм шириной. Субарахноидальное пространство расширено, отмечается расширение и углубление мозговых борозд. В разных отделах головного мозга, субкортикально и в области подкорковых ядер определяются единичные участки округлой формы, с повышенным сигналом в режиме T2 и сниженным или изоинтенсивным в режиме T1 размером до 9 мм (участки глиоза). Гиппокамп атрофированы с обеих сторон. Крупные сосуды и гипофиз без явных изменений. Придаточные пазухи носа без особенностей. **Заключение:** МР-признаки дегенеративно-атрофических изменений головного мозга. Данных об объемной патологии в головном мозге на настоящий момент не получено.

Психический статус

В приемное отделение пришел в сопровождении дочери. Не ориентировался в полном объеме в месте и времени: не мог назвать текущую дату, с трудом называл свой возраст, неправильно указывал свой адрес. Не знал имени жены, родителей, своей даты рождения, адреса. На вопрос о стране, в которой живет, ответил: «В Горького», такой же ответ дал на вопрос о городе, в котором проживает и работает.

На предложенные варианты текущего года: «1945», «1970» — отрицательно качал головой, не называл своего места нахождения, из предложенных вариантов: «дома», «в больнице», «в магазине» — выбрал вариант «дома».

В собственной личности ориентировался частично. В беседе вел себя заинтересованно, пытался с большими усилиями вникать в вопросы и по мере своих возможностей более полно отвечать на них. Говорил медленно, неуверенно, не всегда осмыслил задаваемые вопросы, часто повторял отдельные свои слова и фразы, многие из необходимых слов не мог подобрать, при этом очень расстраивался, на глаза выступали слезы, отводил взгляд, тербил руками одежду.

В мужском психиатрическом отделении настроение было снижено, жаловался на головные боли разлитого характера умеренной интенсивности, утомляемость. Ночами спал плохо, просыпался в 4 утра, беспричинно заходил в чужие палаты. Кушал с помощью мед-

персонала. Во время свидания с дочерью узнавал ее, просил забрать его домой, плакал.

Осмотр через три недели наблюдения в стационаре

После назначения антидепрессантов стал живее, проявлял большую заинтересованность в беседе. Но память оставалась грубо нарушенной. Острой психической симптоматики не выявлялось. Агрессии не проявлял. Без посторонней помощи одеться не мог.

Тяготится пребыванием в стационаре, интересуется выпиской, назвать сроки пребывания в отделении не может. Астенизирован. Движения неловкие, растерян. Внимание неустойчивое, отвлекаем. Мышление резко замедлено, не находит общих свойств предметов. Настроение снижено, частично понимает свое состояние, сам говорит, что «память становится намного хуже», не может сказать, когда начались мнестические нарушения. Суицидальные мысли отрицает. Себя в зеркале узнает, рассматривает. Резко выражены нарушения памяти: снижено непосредственное запоминание, память на текущие события, память на события своей жизни, снижен общий запас знаний (не знает стран и их столиц, не ориентируется в деньгах, с трудом объясняет характер своей профессии). Некоторые слова произносит невнятно, имеются элементы дизартрии. Значительно затруднен подбор слов. Выражены семантическая, частично сенсорная (не всегда понимает обращенную к нему речь) виды афазий, пространственная апракто-агнозия. Пациент соглашается, что знает название предмета, например, ручки, но как одним словом назвать предмет — не помнит. Нарушены навыки счета, письма, не справляется с простыми арифметическими задачами в пределах десяти. Не может писать буквы, простые предложения под диктовку. Разрывает слова, пишет не слитно. Располагает буквы далеко друг от друга и на разной высоте. Читает с ошибками, слова произносит неправильно, прочитанного не понимает.

Осмотр через два месяца наблюдения в стационаре

В процессе лечения нейромидином, феварином, церебролизином и препаратами-вазопро-текторами отмечается некоторое улучшение состояния, временами благодушен, эпизодически слезлив, переживает собственную несостоятельность. Знает, где в отделении находится столовая, место свидания с посетителями. Состояние «мерцает». Ночью спит. Пребыванием тяготится. Время проводит бесцельно.

Учитывая рекомендации Научного центра психического здоровья РАМН [9] и опыт работы авторов с пациентами, страдающими деменциями, был применен блок психодиагностических методик для уточнения нозологиче-

ской принадлежности синдрома деменции и функционального класса расстройства.

Результаты применения диагностических шкал и методик

MMSE (Мини-тест оценки психических функций) — 9 баллов, что говорит о деменции тяжелой степени; *Ишемическая шкала Хачинского* — 5 баллов, не исключает роль сосудистого компонента в развитии заболевания; *FAB (Батарея лобной дисфункции)* — 6 баллов, подтверждает болезнь Альцгеймера; *GDR (Гериаτρическая шкала депрессии)* — 6 баллов, присутствуют депрессивные переживания, возможно, связанные с частичной критикой к нарушениям памяти; *Международная шкала повседневной активности пациента с болезнью Альцгеймера* — 3.276 — тяжелые нарушения в сфере социального и личного функционирования; *Тест рисования часов* — 2 балла — грубая апраксия; *Тест Векслера* — общий показатель $IQ < 51$, (минимальное количество баллов, которое можно набрать по тесту — 11, у пациента — 5), невербальный интеллект — 48 баллов, вербальный — 53, что соответствует умственному дефекту.

Заключение

У пациента резко снижена память, особенно процесс воспроизведения ранее усвоенной информации. При нейропсихологическом обследовании выявляется семантическая и сенсорная афазия, пространственная апракто-агнозия, нарушены все высшие психические функции, забывает инструкции, с трудом выполняет команды на последовательность действий («кулак-ребро-ладонь», «правая рука-левое ухо»), симптоматика прогрессирует, временной период более 6 месяцев достаточный для установления диагноза рубрики F00 МКБ-10 «Деменция при болезни Альцгеймера».

Получает нейромидин по схеме (80 мг суточная доза на 30 день лечения), гипотензивные препараты. Режим наблюдения Б-2.

В соответствии с МКБ-10, у данного пациента диагноз болезни Альцгеймера основан на присутствии следующих признаков:

- синдром деменции; развитие множественного дефицита познавательных функций;
- постепенное малозаметное начало и неуклонное прогрессирование нарушений когнитивных функций;
- отсутствие данных клинического или специальных параклинических исследований, которые могли бы указать на обусловленность расстройств когнитивных функций каким-либо другим заболеванием или повреждением центральной нервной системы (за исключением сосудистого заболевания).
- признаки когнитивных нарушений выявляются вне состояний помрачения сознания.

Обсуждение

В настоящее время все больше внимания уделяется вопросу об удельном весе сосудистых изменений при болезни Альцгеймера. В исследованиях ряда авторов отмечается, что нередко около трети пациентов с болезнью Альцгеймера имеет кроме специфических изменений, свойственных для болезни Альцгеймера, значительную цереброваскулярную патологию, обусловленную поражением мелких сосудов, часто встречаются церебральная амилоидная ангиопатия, микровазкулярная дегенерация, гиалиновый фиброз артериол и мелких сосудов [8].

Следует подчеркнуть, что доказательством наличия сосудисто-деструктивного поражения головного мозга не могут являться просто такие факторы, как артериальная гипертензия или гипотензия в пожилом возрасте, а также данные о патологии (атеросклерозе) сосудов головного мозга (по результатам КТ, доплеро-, реоэнцефалографии, обследования глазного дна), поскольку они являются **только факторами повышенного риска развития** такого поражения, но сами по себе еще не доказывают его присутствие. В качестве основного доказательства присутствия сосудистого компонента в деменции является «мерцание» клинических симптомов во взаимосвязи с лечением, комплекс так называемых церебрально-сосудистых жалоб: головокружения, головные боли, эмоциональные расстройства сосудистого типа, частичная сохранность критики к своему состоянию.

В предлагаемом случае заболевание началось постепенно, с расстройств памяти, при сохранении в течение некоторого времени трудоспособности, затем катастрофически нарастали нарушения высших психических функций: апраксия, афазия, агнозия, что указывает на развитие атрофического процесса, который патогномичен для болезни Альцгеймера. В настоящее время принято говорить о слабоумии альцгеймеровского типа, которое включает в себя как собственно болезнь Альцгеймера, так и различные варианты сенильной деменции (по прежним классификациям) [9]. Атипичность болезни Альцгеймера у данного пациента заключается в «ножницах» между достаточно типичной и выраженной симптоматикой болезни Альцгеймера (выраженные семантическая, сенсорная афазии, пространственная апракто-агнозия, аграфия, МР-признаки дегенеративно-атрофических изменений головного мозга, в первую очередь, атрофия гиппокампов, результаты психологического обследования: минимальный показатель по тексту Векслера) и эмоциональной и личностной сохранностью пациента: сохранены основные характерологические особенности, теплое отношение к близким, осознание нарушений памяти и адекватное переживание возникшей несостоятельности, поиск

помощи и стремление к лечению. Данные клинические особенности указывают на значительный компонент сосудистых нарушений в картине болезни Альцгеймера у данного пациента.

Диагноз: «Деменция при болезни Альцгеймера, смешанного типа, тяжелой степени, с другой симптоматикой, преимущественно, депрессивной, F00.222, функциональный класс 3–4».

Для решения вопроса о трудоспособности пациента и степени нарушения его социальной независимости больной был направлен на консультацию к специалистам психиатрической МРЭЖ Гродненской области. Установлена группа инвалидности.

БИБЛИОГРАФИЧЕСКИЙ СПИСОК

1. Дамулин, И. В. Болезнь Альцгеймера: клинико-МРТ-исследование / И. В. Дамулин, О. С. Левин, Н. Н. Яхно // Неврол. журнал. — 1999. — № 2. — С. 34–38.
2. Diagnosis and evaluation of dementia / J. Corey-Bloom [et al.] // Neurology. — 1995. — № 45. — P. 211–218.
3. Дудук, С. Л. К вопросу о диагностике болезни Альцгеймера / С. Л. Дудук // Журнал Гродн. гос. мед. ун-та. — 2009. — № 1. — С. 14–17.
4. Жариков, Г. А. Диагностика деменции альцгеймеровского типа на ранних этапах ее развития / Г. А. Жариков, И. Ф. Рощина // Психиатрия и психофармакотерапия: прилож. № 2. — 2001. — С. 23–27.
5. Mild cognitive impairment: Directions for future research / С. А. Luis [et al.] // Neurology. — 2003. — Vol. 61. — P. 438–444.
6. Современные методы диагностики, лечения и профилактики заболеваний: сб. инструктивно-методич. докум. / Ред. кол.: Л. А. Постоялко [и др.] — 3-й вып. — Мн: ГУ РНМБ, 2003 — Т. 5: Гастроэнтерология и гепатология. Педиатрия. Психиатрия. Психотерапия. Офтальмология. Курортология и физиотерапия — 228 с.
7. Дудук, С. Л. Некоторые аспекты организации специализированной психиатрической помощи больным с сосудистой деменцией и болезнью Альцгеймера / С. Л. Дудук // О совершенствовании геронтологической помощи в республике: матер. Респ. науч.-практ. конф., посвящ. дню пожилых людей, Минск, 1 окт. 2008 г. / Белорус. мед. акад. последипломного образов; редкол.: Г. Я. Хулуп [и др.]. — Минск, 2008. — С. 64–66.
8. Magnetic resonance spectroscopy in Alzheimer's disease: focus on N-acetylaspartate / J. G. Chen [et al.] // Acta Neurol. Scand. Suppl. — 2000. — № 176. — P. 20–26.
9. Дудук, С. Л. Правомочен ли сегодня диагноз «Сенильная деменция»? / С. Л. Дудук // Психиатрия. — 2009. — № 1. — С. 119–122.

Поступила 29.06.2009