

РАЗНОВИДНОСТИ ИНИЦИАЛЬНЫХ ПРОЯВЛЕНИЙ МЕНИЛЬНО-АТРОФИЧЕСКОГО ПРОЦЕССА, ПРОТЕКАЮЩЕГО В СОЧЕТАНИИ С СОСУДИСТЫМ ЗАБОЛЕВАНИЕМ ГОЛОВНОГО МОЗГА

Обследовано 125 больных Оренбургской областной клинической психиатрической больницы №1 от 59 до 93 лет: 54 пациента с комбинацией сенильной деменции альцгеймеровского типа и атеросклероза сосудов головного мозга (основная группа); 24 – с «чистой» СДАТ (1-я контрольная группа), 47 – с сосудистым заболеванием головного мозга (2-я контрольная группа). Было установлено влияние сосудистого процесса на атрофический в случае их комбинации.

Ключевые слова: старческое слабоумие, атрофия головного мозга, атеросклероз.

Актуальность исследования

В связи с постарением населения, увеличивается число смешанных (сосудистых и атрофических) случаев заболевания [1]. Более точная диагностика сочетанных сосудистого и атрофического процессов связана с дальнейшим изучением их патогенеза и закономерностей взаимного влияния, и продиктована возможностями современной психиатрии – проведения патогенетического лечения.

Цель работы: изучение клинико-психопатологических особенностей инициальных проявлений сенильно-атрофического процесса, протекающего в сочетании с сосудистым заболеванием головного мозга.

Материалы и методы

Обследовано 125 больных геронтопсихиатрического стационара Оренбургской областной клинической психиатрической больницы №1 от 59 до 93 лет. Основную группу составили 54 пациента с комбинацией сенильной деменции альцгеймеровского типа и атеросклероза сосудов головного мозга (СДАТ/СД, F 00.2). В 1-ю контрольную группу вошли 24 пациента с «чистой» СДАТ (F 00.1), во 2-ю – 47 больных с сосудистым заболеванием головного мозга (СД, F 01). Нозологический диагноз основывался на данных клинического обследования с учетом диагностических критериев МКБ-10. Диагноз подтвержден (нейроинтраскопическими, анатомо-гистологическими методами) в 80% случаев. Исследование проводилось клинико-анамнестическим, клинико-психопатологическим, клинико-катамнестическим методами, с использованием шкалы MMSE [2]. Для статистичес-

кой обработки полученных данных использовалась компьютерная программа Statistica 5.0 для Windows. Оценка проводилась с помощью параметрического t-критерия Стьюдента, непараметрического критерия U-Манна-Уитни (малые выборки, $p < 0,05$). Статистически значимыми принимались результаты на уровне $p < 0,05$. Все переменные представлены как среднее $\pm$ ошибка среднего.

Средний возраст начала заболевания при «чистой» СДАТ был старше ($p < 0,05$), чем при комбинации сосудистого и сенильно-атрофического процесса. Инсультное течение атеросклеротического процесса в основной и второй контрольной группах отмечалось у 19 больных, но преимущественно в группе с «чистым» сосудистым заболеванием по сравнению с комбинированной сенильно-сосудистой деменцией (23,4% и 14,81% соответственно – $p < 0,05$). Соотношение доброкачественного (безинсультного) типа течения к злокачественному (инсультному) в основной группе СДАТ/СД составило 6:1, в контрольной группе с сосудистой деменцией (вторая контрольная группа) – 3:1. Средняя продолжительность болезни у умерших в основной группе СДАТ/СД составляла $5,7 \pm 0,11$ лет и достоверно превышала таковую при «чистой» СДАТ – $5,2 \pm 0,45$ года ($p < 0,05$), во второй контрольной группе (СД) она была близкой к основной группе – $5,77 \pm 0,79$ лет (при доброкачественном течении – $7,27 \pm 0,83$ лет, при злокачественном – $2,02 \pm 0,41$).

Влияние возрастного фактора на клиническую структуру дементного синдрома и течение ослабляющего заболевания констатировалось нами как довольно значительное и ха-

характеризовалось более «мягкими» проявлениями деменции и более благоприятным течением при раннем (по возрасту) начале заболевания. Так, почти в половине случаев ($p < 0,05$) более раннего возраста возникновения заболевания (до 65 лет) во всех группах больных на инициальном этапе развился амнестический синдром – нарушение хранения в памяти текущих и недавних событий, доходящее до фиксационной амнезии, с оживлением воспоминаний давних событий, дезориентировка в незнакомых и малознакомых местах с относительной сохранностью критики и малой выраженностью личностных изменений – 46,6%. В относительно раннем возрасте развития болезни почти у одной трети больных во всех группах (26,7%) встречался психотический вариант инициального этапа (с негрубыми интеллектуально-мнестическими и личностными изменениями, трудно отличимыми от возрастных) и асемический вариант (26,7%) – с характерным преобладанием афатических расстройств над апракто – агностическими, с сохранностью навыков самообслуживания, относительным пониманием своей несостоятельности, заметными мнестическими расстройствами, но со стремлением к их компенсации и негрубыми изменениями личности. Психотический вариант был представлен в основном (60%) бредовым (паранойяльный, параноидный) синдромом, с преобладанием параноидного, реже (30%) – депрессивным синдромом и его разновидностями (депрессивно-ипохондрическим, депрессивным с сенестопатиями, астено-депрессивным), изредка – галлюцинаторным (10%). В возрасте 66 лет и старше в основной и контрольных группах несколько с большей частотой отмечался инициальный вариант органического снижения – 36%, и в равной мере (по 32%) – амнестический вариант и психотический.

В основной группе СДАТ/СД инициальный этап преимущественно протекал по амнестическому варианту – 48,1% (с возникновением заболевания в 27% случаев до 65 лет и в 73% – в возрасте 66 лет и старше), в 33,3% случаев по психотическому варианту – с преобладанием параноидного синдрома – (в 16,7% случаев с возникновением заболевания до 65 лет и в 83,3% – старше 65 лет), в 16,7% – по типу органического снижения и в 1,9% – по асемическому типу (с возрастом начала заболевания 66 лет и старше).

В первой контрольной группе при «чистой» СДАТ инициальный этап (с возникновением заболевания в возрасте 66 лет и старше) был представлен в 62,5% вариантом грубого органического снижения, в 25% амнестическим вариантом, в 12,5% – психотическим (с преобладанием параноидного синдрома). Инициальный этап во второй контрольной группе при сосудистой деменции протекал преимущественно по психотическому – 42,5% (в 31,25% случаев заболевание возникало до 65 лет, в 68,75% – старше 65 лет), с преобладанием в равной мере галлюцинаторно-параноидного и депрессивного синдромов, и амнестическому варианту – в 40% случаев – (в 58,3% с началом болезни до 65 лет и в 41,7% – в возрасте 66 лет и старше); по асемическому – в 17,5% (после инсульта) – с возрастом возникновения заболевания до 65 лет.

Прогностически наименее благоприятен вариант органического снижения инициального этапа, при котором средняя длительность болезни – 3,6 года, а больные удерживались дома 2,9 года с минимальной возможностью компенсации расстройств. Симптоматика варианта органического снижения при комбинации сенильной атрофии с атеросклеротическим процессом в отличие от «чистых» ее случаев отличалась сосудистыми (гипертензионными) кризами с головными болями, головокружениями (у всех больных этой группы), легкой смазанностью речи (1 больная), инсультом без предвестников (1 больная) и эпизодами внезапной дезориентировки с неузнанием родных, ответами не по – существу (3 больных). Кроме того, при сочетанной деменции, в отличие от собственно сенильного слабоумия, инициальный этап общего органического снижения отличался большей «мягкостью» проявлений с некоторой сохранностью критики и менее грубым расстройством абстрактного мышления. В соответствии со шкалой MMSE, вариант общего органического снижения при сочетанном слабоумии протекал легче, чем в случаях «чистой» сенильной деменции (20 ± 1 и 18 ± 1 баллов соответственно, $p < 0,05$).

Наиболее благоприятен в отношении прогноза амнестический вариант, так как при нем длительность болезни почти в 2 раза больше, чем при органическом снижении (6,7 года) и возможна относительная компенсация в течение 2-3 лет. Амнестический вариант инициаль-

ного этапа также имеет некоторые особенности при комбинированной деменции, в отличие от собственно старческого слабоумия. Сосудистые симптомы при этом варианте в основной группе включали, прежде всего, церебрастенические явления с головными болями, головокружениями, слезливостью, некоторыми колебаниями памяти. У четырех больных такая сосудистая симптоматика предшествовала инсультам, после которых возникала глобальная деменция. В некоторых случаях (у 5 больных) сосудистые расстройства проявлялись эпизодами утяжеления состояния (сдвигами состояния – [3]) без явных признаков инсульта (у 1 – возбуждение, у 1 – суетивное беспокойство со зрительными галлюцинациями, у 1 – остро возникшая суеливость, растерянность, у 2 – делириозные явления). В инициальной стадии у этих больных отмечались колебания глубины психических нарушений, относительное понимание своей несостоятельности. Согласно данным по шкале MMSE, амнестический вариант инициального этапа при сочетанном слабоумии протекал мягче, чем в случаях «чистой» сенильной деменции альцгеймеровского типа (21 ± 2 и 19 ± 1 баллов, $p < 0,05$).

При психотическом варианте инициального этапа в основной и контрольных группах психоз в большинстве случаев начинался одновременно с деменцией (18 случаев), а у 12 больных психоз предшествовал деменции – главным образом, в основной группе (10 из этих 12 пациентов). По-видимому, самому атрофическому процессу, предшествующие отчетливым симптомам деменции, психозы не свойственны или свойственны мало, что совпадает с данными В.Г. Будзы [3]. Количество больных с психотическим вариантом инициальной стадии при комбинации сенильной атрофии с сосудистым процессом по сравнению с собственно сенильной деменцией преобладает ($p < 0,05$). Это свидетельствует в пользу утверждения того, что присоединение атеросклероза к атрофическому процессу, а с ним и динамических обратимых механизмов патологии предрасполагает к психотическим проявлениям. Как в основной группе, так и в группе с «чистой» сенильной деменцией, на инициальном этапе преобладал параноидный синдром (14 из 19 больных при комбинации и 2 из 3 больных при собственно сенильной деменции). Значительно реже встречался паранойяльный синдром (3 из 19 больных при комби-

нации, 1 из 3 – при «чистой» сенильной атрофии). Сложные синдромы с психотическими симптомами различного регистра встречались в единичных случаях, как при смешанной деменции, так и при собственно старческом слабоумии. Так, депрессивно – бредовой синдром диагностировался в 1 случае комбинированной и в 1 – «чистой» сенильной деменции, в обоих этих случаях был ипохондрический бред с депрессивным аффектом, а у больного с «чистой» сенильной атрофией выявлялись еще и идеи отравления. Отличительной особенностью инициального психотического этапа в случаях комбинации являлось наличие у 2 больных синдрома галлюциноза – зрительного у слепой и вербального – у другого больного. Эти психотические состояния преимущественно обусловлены сосудистым процессом, которому (в чистом виде) они свойственны вообще [3] – что совпадает с данными второй контрольной группы СД нашей выборки больных (у 4 больных этой группы на инициальном этапе отмечался синдром галлюциноза). В соответствии со шкалой MMSE, различия психотического варианта инициального этапа при сочетанном слабоумии и в случаях «чистой» сенильной деменции статистически не достоверны (19 ± 3 и 19 ± 2 баллов соответственно, $p > 0,05$).

Асемический вариант начался с относительно «мягкими» дементными проявлениями в силу некоторой сохранности критики и не грубо выраженных изменений личности, тем не менее, был прогностически неблагоприятным как в основной (СДАТ/СД), так и второй контрольной (СД) группах – больные в связи с развитием афатических расстройств быстро дезадаптировались и длительность болезни при этом составляла около 2 лет. Асемический вариант инициального этапа сочетанной деменции оценен по методике MMSE в 18 баллов.

Выводы

Наши исследования выявили следующие особенности деменции в результате сочетания сенильно-атрофического процесса с атеросклерозом сосудов головного мозга: 1) более ранний средний возраст в начале заболевания (по сравнению с «чистой» сенильной атрофией); 2) чаще отмечается у лиц женского пола; 3) преимущественно протекает с безинсультным типом течения; 4) более длительное течение заболевания (относитель-

но продолжительности сенильной деменции); 5) преобладает амнестический вариант инициального этапа (при «чистой» сенильной атрофии – вариант общего органического снижения).

Таким образом, наши исследования, вопреки мнению ирландских авторов [4], подтверждают влияние сосудистого процесса на атрофический в случае их комбинации. Атеросклероз

сосудов головного мозга, сочетаясь с атрофическим процессом, уменьшает прогрессирование деменции, снижает ее выраженность (имеются в виду случаи безинсультного течения), способствует более раннему выявлению атрофии. Это сказывается преимущественным появлением более «мягких» (по симптоматологии) синдромов на инициальном этапе болезни.

21.02.2011

Список литературы:

1. Гаврилова С.И. Современные представления о болезни Альцгеймера // Журн. психиатрии и психофармакотерапии – 2008;3:2:40-45
2. Folstein M. et al. Mini-Mental State. A practical method of grading the cognitive state of patients for the clinician // J Psych. Research. – 1974;12:189-98.
3. Будза В.Г. Диагностика сенильной деменции: Автореф. дис... докт. мед. наук. – Л., 1990.
4. Swanwick G.R.J. et al. Effects of co-existent cerebrovascular disease on rate of progression in Alzheimer's disease // Irish j psychol. Med. – 1996;13:3:91-93.

Сведения об авторах:

Воронина Елена Олеговна, ассистент кафедры психиатрии, медицинской психологии Оренбургской государственной медицинской академии Росздрава, кандидат медицинских наук
460000, г. Оренбург, ул. М. Горького, 45, e-mail: eovoron@mail.ru

Журавлев Ярослав Сергеевич, врач-психиатр, психотерапевт, Оренбургская областная клиническая психиатрическая больница №1
г. Оренбург, ул. Цвиллинга, 5

UDC 616.899.9:616.831-007.23:616.13-004.6

Voronina E.O., Zhuravlev Ya.S.

E-mail: eovoron@mail.ru

KINDS OF INITIAL MANIFESTATIONS OF THE SENILE-ATROPHIC PROCESS PROCEEDING IN THE COMBINATION TO VASCULAR DISEASE OF THE BRAIN

125 sick of Orenburg regional clinical psychiatric hospital №1 from 59 till 93 old are examined: 54 patients with a combination of senile dementia Alzheimer's type and atherosclerosis of brain vessels (the basic group); 24 – with «pure» SDAT (the 1st control group), 47 – with vascular disease of a brain (the 2nd control group). Influence of vascular process on atrophic one in case of their combination has been established.

Key words: senile dementia, brain atrophy, atherosclerosis.

Bibliography:

1. Gavrilova S.I. Modern representation about Alzheimer's disease // Zhurnal Psichiatrii and psychopharmacoterapii – 2008. T. 3. – No. 2. – S. 40-45.
2. Folstein M. et al. Mini-Mental State. A practical method of grading the cognitive state of patients for the clinician // J. Psych. Research. – 1974. – No. 12. – P. 189-98.
3. Budza V.G. The diagnostic of the senile dementia. Dis. doct. med. nauk. – L., 1990.
4. Swanwick G.R.J. et al. Effects of co-existent cerebrovascular disease on rate of progression in Alzheimer's disease // Irish J. Psychol. Med. – 1996. – V. 13. – No. 3. – P. 91-93.