

Клинико-психопатологические особенности пресбиофренической формы сочетанной сенильно-сосудистой деменции

Е.О. Воронина, П.А. Филиппов, Н.Н. Полосаева.

Kliniko-psychopathological features presbiofrenus forms of the mixed senile-vascular dementia

E.O.Voronina, P.A. Filippov, N.N.Polosaeva

Резюме

Цель работы: Обследовано 125 пациентов соматогериатрического отделения Оренбургской областной клинической психиатрической больницы №1. Основную группу составили 54 пациента с сочетанной сенильно-сосудистой деменцией (F 00.2). В контрольную группу вошли 24 больных с «чистой» сенильной деменцией (F 00.1), 47 пациентов с сосудистой деменцией (F 01). Исследование проводилось клинико-anamnestическим, клинико-катамnestическим, клинико-психопатологическим, патопсихологическим методами. Установлены дифференциально-диагностические признаки пресбиофренической формы смешанной сенильно-сосудистой деменции от таковой при монопатологии сенильной деменции альцгеймеровского типа.

Ключевые слова: сочетанная сенильно-сосудистая деменция, пресбиофреническая форма, дифференциальный диагноз

Summary

125 patients somatogeriatric branches of the Orenburg regional clinical psychiatric hospital №1 are surveyed. The basic group was made by 54 patients with mixed senile-vascular dementia (F 00.2). In control group 24 patients with «pure» senile dementia (F 00.1), 47 patients with vascular dementia (F 01) have entered. Research was conducted clinical- anamnesis, clinical-psychopathological, pathopsychological by methods. Differential-diagnostic signs presbiofrenus forms mixed senile-vascular dementia from that are established at a monopatology senile dementia.

Key Words: Mixed senile-vascular dementia, presbiofrenus the form, the differential diagnosis

Введение

В связи с постарением населения увеличивается число смешанных (сосудистых и атрофических) случаев заболевания [1,2]. Относительно частое сочетание сосудистого и атрофического процессов отечественные и зарубежные исследователи пытаются объяснить участием сосудисто-атеросклеротического процесса в развитии атрофического процесса [3,4]. По мнению ряда авторов, диагностика именно таких синдромов деменции (при сочетанных сосудистых и атрофических процессах) затруднена вследствие их взаимного влияния, закономерности которого изучены недостаточно [5,6,7]. Более точная диагностика сочетанных сосудистого и атрофического процессов связана с дальнейшим изучением их патогенеза и закономерностей взаимовлияния, и продиктована возможностями современной психиатрии - проведения патогенетического лечения. В связи с указанными обстоятельствами актуальность клинической диагностики и дифференциальной диагностики смешанной сосудисто-атрофической деменции от деменции при монопроцессе в настоящее время возрастает.

Цель и задачи исследования: изуче-

ние клинико-психопатологических особенностей пресбиофренической формы деменции при сочетании сенильного и сосудистого процессов; установление дифференциально-диагностических критериев данной формы деменции от таковой при монопатологии сенильной деменции альцгеймеровского типа.

Материал и методы

Исследованию были подвергнуты 125 больных соматогериатрического отделения Оренбургской областной клинической психиатрической больницы №1 в возрасте от 48 до 93 лет. Основную группу составили 54 пациента с комбинацией сенильной деменции альцгеймеровского типа (СДАТ, соответствующая позднему варианту болезни Альцгеймера по МКБ-10) и сосудистой деменцией — СДАТ/СД (шифр по МКБ-10: F 00.2). В первую контрольную группу вошли 24 больных с «чистой» СДАТ (F 00.1), вторую контрольную группу составили 47 пациентов с сосудистым заболеванием головного мозга (F 01). Нозологический диагноз органического дементирующего процесса основывался на данных клинического обследования с учетом диагностических критериев МКБ-10. Диагноз сенильной

деменции альцгеймеровского типа мы определяли в соответствии с клиническими критериями синдромальных типов деменции при болезни Альцгеймера с поздним началом. При этом в качестве основного признака их разграничения мы использовали не возраст начала, а особенности дементного синдрома: при сенильной деменции альцгеймеровского типа – глобальная деменция с наличием прогрессирующей амнезии и отсутствием типичных для болезни Альцгеймера расстройств высших корковых функций. Клиническая разнородность синдрома деменции определялась с учетом классификации и описания синдромальных типов деменции у больных с возрастными психозами [8]. Для соотнесения степени выраженности деменции использована систематика этапов ее течения [9,10]: 1) инициальный (с характерными для него органического снижения, амнестическим, асемическим, психотическим синдромами); 2) манифестный (со стадиями развернутых клинических проявлений слабоумия и конечного состояния).

Диагностическим признаком присоединения сенильно-атрофического процесса к сосудистому служила трансформация синдрома деменции с неравномерным поражением психических функций (преимущественно памяти по типу корсаковоподобного синдрома, с относительной сохранностью критики к своей несостоятельности, сохраненным морально-этическим ядром личности – лакунарный тип деменции – [11, 12, 13, 14, 15, 9]) в синдром с более диффузным (тотальным) поражением психики – с утратой критики, огрубением личности (или нивелированием ее черт), нелепым, нередко циничным, поведением, выраженным снижением абстрактно-конструктивных возможностей мышления, расстройствами памяти по типу прогрессирующей амнезии и сдвигом ситуации в прошлое, фрагментарными, преимущественно экмнестическими, конфабуляциями, эйфоричностью, инверсией сна (глобальный тип деменции – [11, 12, 13, 14, 15, 9]).

Диагноз подтвержден (нейроинтраскопическими, анатомо-гистологическими методами) в 87% случаев основной группы и в 89% контрольной группы.

Исследование проводилось клиничко-анамнестическим, клиничко-психопатологическим, нейропсихологическим, клиничко-катамнестическим (с учетом патогенетических факторов – пол, возраст, преморбид, актуальные экзогении) методами. На каждого больного использовалась шкала оценки когнитивных функций (Minimal Mental State Examination, MMSE) [16], по соответ-

ствующей градации – от 0 до 10 баллов – состояние тяжелой деменции, от 10 до 18 баллов – состояние деменции средней тяжести, от 18 до 23 баллов включительно – состояние «мягкой» деменции. При альцгеймеровских атрофических процессах, как «чистых», так и «смешанных», применялась шкала BEHAVE-AD [17], для оценки патологического поведения при альцгеймеровской деменции (мы применяли данную методику для оценки СДАТ, СДАТ/СД, включая псевдоальцгеймеровскую форму, и СД). Методика содержит 7 шкал: а) бредовые идеи; б) галлюцинации; в) расстройства активности; г) агрессивность; е) нарушения суточного ритма; ф) аффективные нарушения; г) тревога и фобии. В каждой шкале приведено по 5-6 пунктов, которые оцениваются соответственно от 0 (не присутствуют такие расстройства) до 3 баллов (указанное расстройство представлено в выраженной степени).

Для статистической 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, $p < 30$ – [18]). Статистически значимыми принимались результаты на уровне $p < 0,05$. Все переменные представлены как среднее \pm ошибка среднего.

Во всех случаях мы располагали основными данными анамнеза, соматического и неврологического обследования, а также результатами исследований других врачей-специалистов по мере необходимости и данными дополнительных инструментальных методов (ЭЭГ-, ЭХО-исследований, КТ-, ЯМРТ-диагностики).

Результаты и обсуждение

Формы заболевания в большинстве случаев определяются синдромами манифестного этапа. Пресбиофрениальная форма обнаруживала тенденцию к большей распространенности среди больных с комбинацией сенильной деменции и церебрально-сосудистого процесса (см. рис.1), однако достоверного различия с «чистой» сенильной деменцией альцгеймеровского типа этого показателя не установлено ($p > 0,05$). Пресбиофрениальная форма диагностировалась (см. рис.1) в 38,9% в основной группе, 29,2% первой контрольной группы с «чистой» СДАТ и в 29,77% случаев сосудистого заболевания. Средний возраст в начале болезни $73 \pm 1,4$, $74,1 \pm 0,85$, и $67,4 \pm 1,65$ лет соответственно. При пресбиофрениальной форме отмечается тенденция к более раннему на-

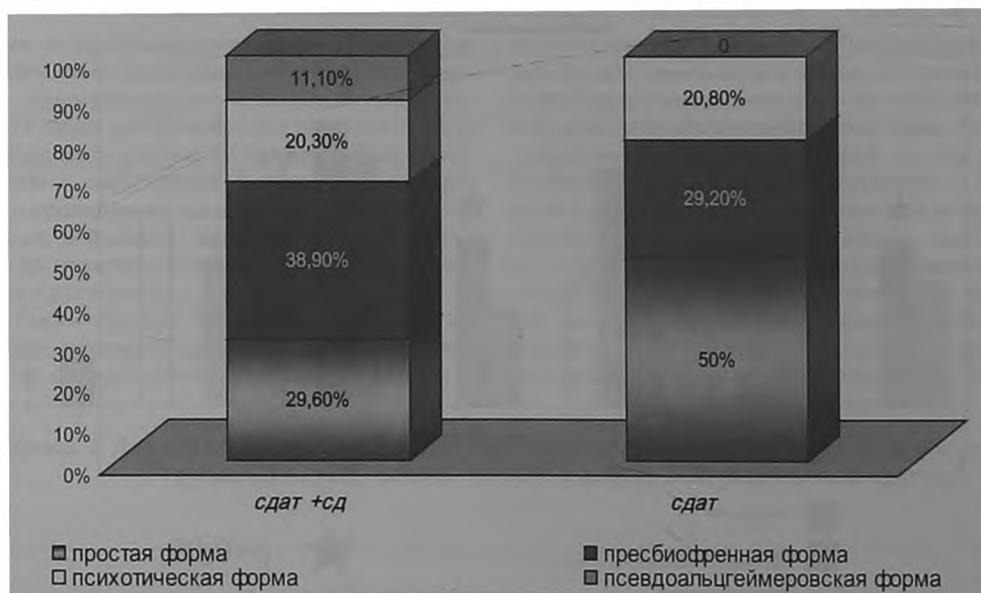


Рис. 1. Состав исследуемого контингента в зависимости от клинических форм манифестного этапа.

чалу дементных проявлений при комбинации сенильно-атрофического и церебрально-сосудистого процессов, по сравнению с «чистой» СДАТ ($p < 0,05$). Средняя продолжительность заболевания в основной и первой, второй контрольных группах - $5,8 \pm 0,2$, $4,7 \pm 0,5$, и $6,2 \pm 0,4$ года соответственно (см. таб. 1). Эти данные свидетельствуют, что средняя длительность пресбиофреничной формы заболевания в основной группе СДАТ/СД была достоверно больше, чем в первой контрольной группе СДАТ ($p < 0,05$). На инициальном этапе в случаях сосудистого заболевания и при комбинации процессов преобладал амнестический вариант ($p < 0,05$) (см. таб. 2), а при СДАТ он диагностировался не чаще синдрома органического снижения.

Значимость церебрального атеросклероза для становления пресбиофреничной формы подтверждает меньшая – почти в два раза – ее частота ($p < 0,05$), чем простой формы в случаях «чистой» СДАТ (см. рис.1), в то время как при комбинации процессов частота встречаемости этих форм отличалась немногим ($p > 0,05$). По нашим данным, течение пресбиофреничной формы более благоприятно, нежели простой, и в случаях смешанной деменции – это сказывается в большей длительности всего течения болезни при пресбиофреничной форме, чем при простой форме, и средней продолжительности пребывания дома (время от первых проявлений болезни до первой госпитализации при данной форме смешанной

деменции длиннее на 1,5 года, чем при простой форме сочетанного слабоумия).

Клинические проявления пресбиофреничной формы на манифестном этапе включали: психическую живость, «деловую» суетливость, сдвиг ситуации в прошлое, экзистенциальные конфабуляции, ложные узнавания, благодушное настроение. В половине случаев этой формы переход от инициального этапа к манифестному или начало манифестного этапа знаменовались синдромом старческого «делирия» либо относительно острым сдвигом ситуации в прошлое.

Пресбиофреничная форма на манифестном этапе при СДАТ/СД отличалась от таковой при «чистой» СДАТ: 1) наличием церебрально-стенической симптоматики; 2) слабодушием (от преобладающего до эпизодического); 3) мерцанием психического состояния за время одного эксперимента; 4) колебанием выраженности психопатологических симптомов в течение нескольких дней; 5) истощаемостью психической деятельности по гипостеническому типу; 6) наличием неврологических признаков церебрального атеросклероза; 7) ухудшением соматического состояния в связи с повышением артериального давления.

В соответствии со шкалой MMSE при комбинации процессов в отличие от сенильно-атрофического деменция при пресбиофреничной форме была менее выраженной (11 ± 3 и 9 ± 2 баллов соответственно, $p < 0,05$).

Согласно методике BEHAVE-AD при дан-

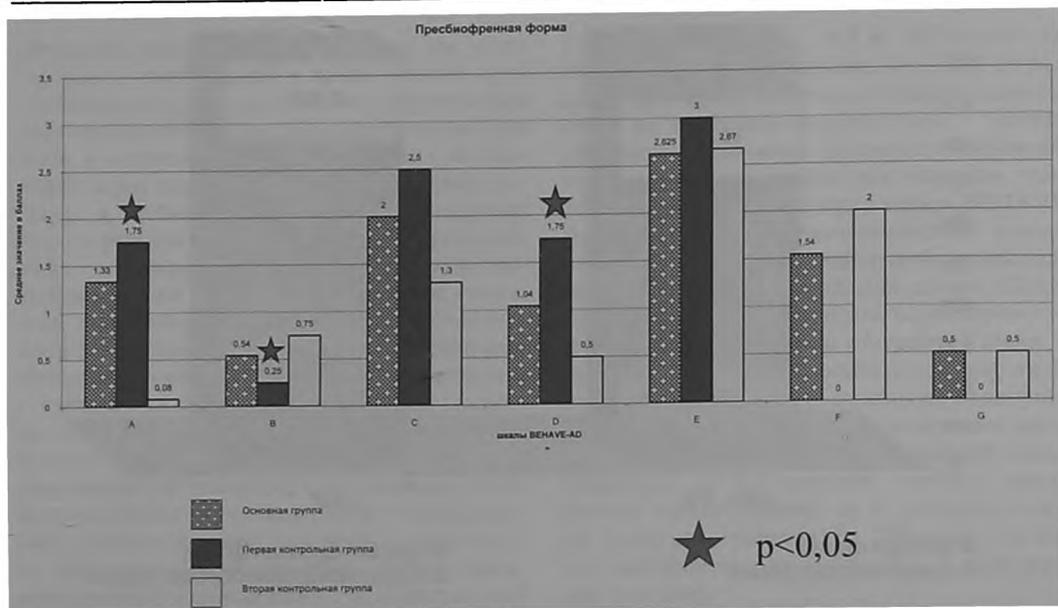


Рис. 2. Показатели шкалы BEHAVE-AD у пациентов с пресбиофрэнной формой деменции в основной и контрольных группах.

ной форме (см. рис. 2) слабоумия галлюцинации в большей мере (за счет зрительных галлюцинаций в структуре истинного делириозного расстройства) отмечаются при смешанной деменции и «чистом» церебрально-сосудистом атеросклерозе (шкала В рис. 2, $p < 0,05$), в отличие от собственно старческого слабоумия; параноидные идеи – шкала А рис. 2 (в виде отдельных бредовых идей ущерба), агрессивность в поведении больных (шкала D рис.2) значительно выражены при «чистой» СДАТ ($p < 0,05$), в меньшей мере – при смешанной деменции и мало свойственны поведению больных с «чистым» церебрально-сосудистым атеросклерозом; эмоциональные нарушения (слабодушие) – шкала F рис. 2 - присутствуют в основной группе СДАТ/СД и второй контрольной группе СД, и отсутствуют в первой контрольной группе СДАТ.

Кроме того, при комбинации двух процессов можно отметить некоторые клинические различия синдромов деменции в зависимости от преобладания одного из процессов. В случаях преобладания сосудистого процесса над атрофическим — 28,57% (умеренно прогрессивный тип течения комбинированной деменции) — пресбиофрэнная форма сочетанной деменции сохраняла явные признаки лакунарности. Это проявлялось преобладанием слабодушного настроения над благодушным или злобным, отсутствием симптомов сборов, с некоторым критическим отношением к своей мнестической несостоя-

тельности и к своему поведению, что свидетельствовало об относительной сохранности морально-этического ядра личности и непостоянным, только намечающимся, сдвигом ситуации в прошлое; преобладанием мнемонических конфабуляций над экмнестическими; эпизодическими и фрагментарными (а не постоянными, как при СДАТ) бредовыми идеями ущерба. При невозможности установить приоритета одного из сочетанных процессов (28,57%), в клинической картине пресбиофрэнной формы преимущественно отмечались: стабильный сдвиг ситуации в прошлое, который колебался по хронологической глубине, преобладание благодушного настроения, без грубого нарушения этики с попытками к плоскому юмору, эпизодическое слабодушие, преимущественно экмнестические конфабуляции над мнемоническими, относительная сохранность критики к расстройствам памяти и отсутствием – к расстройствам поведения или некоторая критическая оценка преломлялась через нелепые оправдания своей мнестико-интеллектуальной недостаточности; присутствовал симптом сборов с отдельными бредовыми идеями ущерба. В случаях преобладания сенильно-атрофического процесса над сосудистым — 42,86% (выраженно прогрессивный тип течения комбинированного слабоумия) — выявлялась явная тенденция к глобальности деменции. Клинические проявления с четко определившимся сдвигом ситуации в прошлое, значительными экмнестиче-

скими конфабуляциями, злобно-ворчливым настроением с эпизодами нелепого благодушия, формальной (согласительной) критичностью к своей несостоятельности только при ее выявлении и конкретно-примитивным мышлением с выраженной инертностью (инертность проявлялась и в психомоторике — предметных действиях) характеризовали деменцию на этом этапе комбинации двух органических процессов.

Таким образом, при комбинированной деменции инициальный этап пресбиофренической формы определяется в большинстве случаев

амнестическим синдромом. Пресбиофреническая форма при сочетанном слабоумии протекает более благоприятно, чем при «чистой» сенильной деменции альцгеймеровского типа. Отличительными признаками данной формы при комбинации процессов по сравнению с «чистой» сенильной деменцией являются наличие церебралстенической симптоматики, слабодушие (от преобладающего до эпизодического), «мерцание» психического состояния (в течение одного или нескольких часов), колебание выраженности психопатологических симптомов длительностью до нескольких дней, исто-

Таблица 1. Длительность болезни в зависимости от формы манифестного этапа в основной группе СДАТ/СД, первой (СДАТ) и второй (СД) контрольных группах.

Форма манифестного этапа	Средняя длительность болезни (лет)		
	Основная группа	Первая контрольная группа	Вторая контрольная группа
	СДАТ/СД (n=54)	СДАТ (n=24)	СД (n=47)
Простая	4,7±0,6*	4,2±0,65	-
Пресбиофреническая	5,8±0,2*	4,7±0,5	6,2±0,4
Психотическая	6,3±0,7*	5,9±1,0	7,3±0,3
Псевдоальцгеймеровская	4,5±0,9	-	2,3±0,0

* - статистически достоверные различия соответствующих показателей между основной и первой контрольной группами (p<0,05)

Таблица 2. Синдромальные разновидности инициального этапа пресбиофренической формы в основной и контрольных группах.

Вариант инициального этапа	Основная группа	Первая контрольная группа	Вторая контрольная группа
	СДАТ/СД	СДАТ	СД
	%	%	%
Амнестический	52,4	42,9	57,1
Орг. снижения	14,3	57,1*	7,2
Психотический	33,3	0	35,7

* - статистически достоверные различия соответствующих показателей между основной и первой контрольной группами (p<0,05)

щаемость психической деятельности по гипостеническому типу, неврологические признаки церебрального атеросклероза, ухудшение соматического состояния в связи с повышением артериального давления. Также имеются некоторые различия в клинической картине пресбиофренической формы при комбинации процессов в зависимости от преобладания одного из них. В случаях приоритета сосудистого процесса над атрофическим, пресбиофреническая форма сочетанной деменции сохраняла явные признаки лакунарности (с преобладанием слабодушного настроения над благодушным

или злобным, мнемонических конфабуляций над экмнестическими, только намечающимся сдвигом ситуации в прошлое с некоторым критическим отношением к своей мнестической несостоятельности и поведению). В случаях доминирования сенильно-атрофического процесса над сосудистым выявлялась явная тенденция к глобальности деменции (с четко определенным сдвигом ситуации в прошлое, значительными экмнестическими конфабуляциями, злобно-ворчливым настроением и формальной критичностью к своей несостоятельности только при ее выявлении).

Литература:

1. Пырков П.П. Клинико-социальная характеристика пожилых пациентов с деменцией, госпитализированных в многопрофильную больницу. *Ж. психиатр. и психофарм.* 2003; 9(10): 35-39
2. Blansiaar B.A., Thomasserk R., H.W. Van Schaick. Prevalence of dementia in centenarians. *J.Geriatric Psychiatry.* 2000;15(30): 219-225
3. Lovenstone S., Gauthier S. Management of dementia. London: Martin Dunitz, 2001.
4. Старчина Ю.А., Парфенов В.А. Память и другие когнитивные функции у больных с артериальной гипертензией. *Ж. психиатр. и психофарм.* 2004;10(8): 33-39
5. Дамулин И.В. Постинсультная деменция: некоторые диагностические и терапевтические аспекты. *Ж. психиатр. и психофарм.* 2005;7(1):28-32
6. Молчанова Е.К., Сударева Л.О., Селезнева Н.Д. с соавт. О некоторых особенностях инициальных проявлений болезни Альцгеймера. *Ж. невропатол. и психиатр.* 1986; 9: 1371-1375
7. Rocca W.A., Amaducci L. *Neuroepidemiology: attribute to Bruce Schoenberg*: Ed. D.W. Anderson. Florida. 1991: 55-96
8. Штернберг Э.Я., Шумский Н.Г. С соавт. Клинические и психопатологические материалы к диагностике психических заболеваний позднего возраста. Диагностика и классификация психических заболеваний позднего возраста. Л., 1970: 109-191
9. Будза В.Г. Диагностика деменций позднего возраста. Методические рекомендации. О., 1987: 20
10. Будза В.Г. Диагностика сенильной деменции. Дисс. докт. мед. наук. - О., 1990: 354
11. Банщиков В.М. Атеросклероз сосудов мозга с психическими нарушениями. - М., 1967.
12. Рахальский Ю.Е. О соотношении сосудистого и атрофического заболевания мозга в позднем возрасте при их сочетании. Тр. V Всесоюзного съезда невропатол. и психиатр. М. 1969; 2: 333-335
13. Рахальский Ю.Е. О психотических явлениях при церебральных атрофических процессах позднего возраста. *Ж. невропатол. и психиатр.* 1974; 2: 263-267
14. Елейхер В.М. Клиника приобретенного слабоумия. Киев, 1976:152
15. Штернберг Э.Я. Психические расстройства при атрофических процессах головного мозга. Руководство по психиатрии. М. 1983; 2: 51-84
16. Folstein M.F., Folstein S.E., Mc Hugh P.R. *J. Psychiat Res* 1975; 12:797-811
17. Reisberg B., Ferris S.H. A clinical rating scale for symptoms of psychosis in Alzheimer's disease. *Psychopharmacol. Bull.* 1985;21(1): 101-104
18. Лупандин В.И. Математические методы в психологии: Учеб. пособие. - 3-е изд., перераб. Екатеринбург, 2002: 208