

Колмогорова В.В., Полецкий В.М., Патракова А.А.

Клинический случай болезни Паркинсона у пациента, проживавшего в зоне экологического бедствия в Уральском регионе

Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования «Южно-Уральский государственный медицинский университет» Министерства здравоохранения Российской Федерации, г. Челябинск

Kolmogorova V. V., Poletskiy V. M., Patrakova A.A.

Clinical case of Parkinson's disease at the patient living in a zone of ecological catastrophe in the Ural region

Резюме

Представлено описание редкого клинического случая болезни Паркинсона, дементное состояние, напоминающего деменцию альцгеймеровского типа у пациента, проживавшего в зоне экологического бедствия и ранее работавшего в г. Карабаш Челябинской области в сталелитейном цехе. Особенность заболевания заключается в раннем начале клинических проявлений (в возрасте 48 лет), когда появилась двигательная заторможенность, сниженный фон настроения, а также акинето – ригидная симптоматика. В дальнейшем в 50 лет усилилось замедление при ходьбе, отмечался тремор головы и верхних конечностей, речь стала носить скандированный характер, стали нарастать нервно – психические расстройства, достаточно быстро сформировалось дементное состояние. Выявлено снижение общей оценки когнитивных функций с помощью краткой шкалы оценки психического статуса (MMSE) – 4 балла, клинической рейтинговой шкале деменции – 3 балла, гериатрической шкале депрессии – 23 балла.

Ключевые слова: территория экологического бедствия - заражённая тяжелыми металлами и опасными токсическими веществами (медь, никель, марганец и др.), старший зрелый и пожилой возраст, нарушение когнитивной деятельности мозга, болезнь Паркинсона, дементное состояние.

Summary

The article describes a rare clinical case of Parkinson's disease, a dementia condition resembling Alzheimer's type dementia in a patient who lived in the zone of environmental disaster and previously worked in Karabash, Chelyabinsk region in a steel shop. Feature of the disease is early onset of clinical manifestations (age 48 years), when the motor block, reduced background mood, as well as acineto – rigid symptoms. In the future, in 50 years has intensified the slowdown when walking, it was observed tremor of the head and upper extremities, it began to wear chanting character, began to grow nervous and mental disorders, quickly formed a dementia condition. Showed a reduction in the overall evaluation of cognitive function using the short scale assessment of mental status (MMSE) – score of 4 points, clinical dementia rating scale – 3 points, geriatric depression scale – 23 points.

Key Words: the territory of ecological disaster-infected with heavy metals and dangerous toxic substances (copper, nickel, manganese, etc.), older Mature and elderly age, cognitive impairment of the brain, Parkinson's disease, dementia.

Введение

По заключению экспертной комиссии Минприроды РФ, территория города Карабаша по показателям состояния здоровья населения, степени загрязнения почв, поверхностных и подземных вод, изменению геополитической среды, деградации наземных экосистем соответствует территории экологического бедствия, заражённой тяжелыми металлами и опасными токсическими веществами (медь, никель, марганец и др.), Карабаш – де-

факто мощный бренд со знаком минус [2, 3, 4]. Уровень содержания «тяжелых» металлов в почве, находящейся вблизи предприятий черной и цветной металлургии, в десятки и сотни раз выше предельно допустимой нормы. Для того, чтобы проанализировать и лучше понять механизмы нарушения когнитивной деятельности у пациентов с ранним старением мозга, обусловленных экологически неблагоприятными факторами, исследователи использовали метод вызванных потенциалов, который

позволяет оценить особенности формирования процессов внимания, памяти, скорости переработки информации. Это можно наблюдать у обследованных больных с деструктивным воздействием сложных химических композиций на функционирование ЦНС у жителей г. Карабаша, работников металлургических предприятий [1]. Психиатры, неврологи и другие исследователи считают, что когнитивные расстройства являются одними из наиболее распространенных видов нервно - психических расстройств у лиц старшего зрелого и пожилого возраста (52-69 лет) [8]. В ходе клинико-психологического исследования лиц старшего зрелого и пожилого возраста были выявлены следующие нервно – психические расстройства: экзогенно-органические поражения головного мозга, атрофические заболевания головного мозга, выраженные дементные состояния [5, 6, 10, 11].

Клинический случай

Больной К., 64 года, 1955 года рождения, родился и вырос в г. Карабаше. Впервые обратился к психиатру в 53 года с жалобами на апатию, резкое снижение настроения, когнитивные нарушения (особенно памяти и внимания), интеллектуальную недостаточность, тремор головы и верхних конечностей, нарушение речи, а также галлюцинаторно – бредовые расстройства фантастического содержания. До этого времени с 48 лет наблюдался у невролога. Катамнез наблюдения у психиатра составляет 11 лет.

Анамнез жизни и заболевания. Со слов жены и из медицинской документации известно следующее: наследственность психопатологическими заболеваниями неотягощена, родился первым из трех детей в полной семье, мать страдает гипертонической болезнью, отец умер в возрасте 62 лет от онкологического заболевания. Раннее развитие без особенностей, от сверстников не отставал, посещал детские дошкольные учреждения, адаптировался хорошо, переболел детскими инфекциями без осложнений. В школу пошел с 7 лет, учился удовлетворительно. Окончил 8 классов, профессиональное училище № 24 г. Карабаша по специальности – «металлург». В техникуме также учился удовлетворительно. Был спокойным, рассудительным, занимался спортом. В армию призван в 18 лет, служил 2 года в ракетных войсках, демобилизован по окончании службы. После армии работал в сталелитейном цехе рабочим, а затем мастером на Карабашском медеплавильном заводе. С работой справлялся, пользовался авторитетом среди товарищей, имел различные поощрения. Травм, операций, серьезных соматических заболеваний не отмечал. Вредных привычек не имел. Женат, от брака имеет двух детей. Отношения в семье удовлетворительные. Дети здоровы.

В 48 лет окружающие на производстве и родственники стали обращать внимание на двигательную заторможенность, замедление при ходьбе, замкнутость, сниженный фон настроения, нарушения памяти и внимания. Лечился амбулаторно у невролога. Был выставлен диагноз: ограниченное расстройство личности, дисциркуляторная энцефалопатия II степени.

Получал неспецифические психостимуляторы (алоэ, женьшень, элеутерокок и др.), ноотропными препаратами (кавинтон, церебролизин, актовегин), глицин, витамины группы В. В дальнейшем из - за отсутствия выраженного терапевтического эффекта были назначены - танакан в дозе до 120 – 160 мг в сутки в течение 80 - 90 дней, полипептиды коры головного мозга скота (кортексин в дозе 10 мг № 10, ежедневно, в/м). Состояние здоровья несколько улучшилось, но продолжал принимать поддерживающую терапию фезамом, α - токоферолом ацетата (витамин Е), апилаком, глицином.

Продолжил работу по специальности мастера, но затем был переведен вновь на должность рабочего, т.к. перестал справляться с требуемой нагрузкой, вернулась прежняя психо – неврологическая симптоматика. В возрасте 48-50 лет стали наблюдаться тремор верхних конечностей, головы, к которым присоединилась акинето - ригидная симптоматика. В большей степени усилились: замедление ходьбы, тремор верхних конечностей, речь стала более медленной и монотонной, настроение снизилось до выраженного депрессивного уровня. Окружающие стали обращать внимание, что у пациента резко снизилась память на настоящие и прошлые события, потерял интерес к домашним вопросам, стал замкнутым, раздражительным, конфликтным. Речь носила скандированный характер, появился в верхних конечностях симптом «зубчатого колеса». Изменилась походка (с трудом отрывал ноги от пола, ноги слегка согнуты в коленных суставах). Верхние конечности - полусогнуты в локтевых суставах и прижаты к туловищу. Выражение лица - гипомимичное, бледное мигание - редкое. Ходить стал мелкими шагами. Вновь обратился к неврологу, продолжил принимать вышеописанную терапию, неоднократно лечился в неврологическом отделении, а также проходил курсы терапии в дневном стационаре при неврологическом отделении с диагнозом: болезнь Паркинсона, смешанная форма, хроническая, сложного генеза, дисциркуляторная энцефалопатия III степени.

С 50 лет вышел на пенсию по возрасту и трудовому стажу. Впервые к психиатру обратился в 53 года, в связи с повышенной сонливостью, слюнотечением и выраженным потоотделением. В поведенческой сфере отмечалась апатия, в дальнейшем присоединились зрительные и слуховые галлюцинации фантастического содержания, бредовые идеи параноидного характера, сосредоточенные одном объекте или теме, нарастание депрессивной симптоматики и когнитивных расстройств. Была определена II группа инвалидности у психиатра. К 60 годам достаточно быстро сформировалось дементное состояние, пациент был грубо дезадаптирован в социальной и личностной сферах. Неоднократно стационарно лечился в психиатрической больнице г. Миасса. В этот период болезни отмечались выраженные аксиальные двигательные нарушения постуральная неустойчивость, расстройство ходьбы, застывание на одном месте, глазодвигательные нарушения в виде пареза взора вверх и нарушения аккада, периодические дисфории, дизартрия, а также - падения.

Весной 2018 года был вновь госпитализирован в стационар «Областного психоневрологического диспансера» г. Миасса.

Психический статус: Правильно называет только Ф.И.О., год рождения. Во времени не ориентируется. Не может дать о себе практически никаких сведений. Амнезирует события предшествующих госпитализаций. Голос тихий, речь – монотонная, дизартричная. В беседе не заинтересован, быстро истощается. Эмоции маловыразительные. Мышление в замедленном темпе, непоследовательное. Активной психопродукции выявить не представляется возможным, из-за непродуктивного контакта. На вопросы отвечает не по существу, с трудом подбирает слова. Память на прошлые и настоящие события резко снижена. Внимание неустойчивое. Интеллектуально резко снижен. Простые инструкции выполняет неохотно. Критика к состоянию формальная.

Терапевтический статус: Видимые слизистые оболочки и кожные покровы бледного цвета. Пониженного питания. Дыхание везикулярное, обнаруживаются отдельные влажные хрипы, ЧД 20 в 1 минуту. Тоны сердца глухие, ЧСС – 98 ударов в минуту, АД 130/85 мм рт. с. Живот мягкий, болезненный. Отмечается непроизвольное мочеиспускание.

Неврологический статус: отмечается нарушение содружественности движений. Сухожильные рефлексы неравномерные, ослаблены. Лицо маскообразное. Отмечается редкое мигание, также выражен тремор головы и конечностей. Изменена поза и походка: туловище наклонено вперед, руки полусогнуты в локтевых суставах и прижаты к туловищу, тремор конечностей и головы. Походка мелкими шагами, с трудом отрывает ноги от пола. Ноги при ходьбе слегка согнуты в коленных суставах. В позе Ромберга неустойчив. Пальце – носовую пробу выполняет неправильно. Неврологический диагноз: Хроническая, сложного генеза дисциркуляторная энцефалопатия III степени. Болезнь Паркинсона, смешанная форма, ригидно-дрожательный синдром. Терапевтический диагноз: Неосознанное, или рефлекторное, недержание мочи. Хронический гастрит типа А со сниженной секреторной функцией желудка в стадии ремиссии. Неспецифический язвенный колит.

Клинико – психологическое исследование. Выявлено снижение общей оценки когнитивных функций с помощью краткой шкалы оценки психического статуса (MMSE) – 4 балла, клинической рейтинговой шкале деменции (Clinical Dementia Rating scale — CDR) (Morris J.C., 1993) – 3 балла, гериатрической шкале депрессии (Lovenstone S. et al., 2001) – 23 балла.

Психиатрический диагноз: деменция при болезни Паркинсона, тяжелой степени (F 02.30).

Проведено лечение: селегилин 5 мг 1 раз/сут. - утром, сероквель 25 мг/сутки на ночь с последующим увеличением на 25–50 мг в день до достижения эффективного уровня, клозапин 6,25 - 7,5 мг в сутки, лепонекс - 25мг/сутки, затем в дозе 100 мг/сутки.

После выписки рекомендовано продолжить принимать поддерживающую терапию подобранными препаратами.

Представленный клинический случай позволяет остановиться на следующих важных моментах: особенностью течения болезни у пациента с болезнью Паркинсона, проживающего на экологически неблагоприятной территории, является - раннее начало, быстрое формирование дементного состояния, прогрессирующее течение. У больного обнаруживаются признаки дементного синдрома напоминающие деменцию альцгеймеровского типа, однако, нарушения вербальной памяти, а также запоминание, воспроизведение моторных навыков и выполнение оптико-пространственных задач у обследованного пациента достигает большей тяжести, чем в случае аналогичного слабоумия при болезни Альцгеймера. Клиническая картина заболевания демонстрирует признаки? говорящие больше в пользу болезни Паркинсона: нарушение содружественности движений, изменение позы и походки (туловище наклонено вперед, руки полусогнуты в локтевых суставах и прижаты к туловищу). Походка - мелкими шагами, с трудом отрывает ноги от пола, при этом ноги слегка согнуты в коленных суставах, маскообразное лицо, монотонная, тихая речь. Дрожательные проявления, которые распространяются преимущественно на дистальные отделы конечностей, захватывают голову, губы, язык, голосовые связки. Следующие особенности, которые указывают на сформированную деменцию при болезни Паркинсона (БП) являются такие расстройства, как апатия, повышенная дневная сонливость, выраженная депрессия, зрительные и слуховые галлюцинации фантастического содержания. Кроме перечисленной симптоматики в пользу БП относятся следующие синдромы: паралич вертикального зрения, асимметричная акинезия или ригидность, патологическая установка шеи в положении разгибания, раннее развитие дизартрии и дисфагии.

Заключение

В заключении необходимо подчеркнуть важность и необходимость своевременного клинико – психологического обследования пациентов с органическими расстройствами личности, для понимания истинной причины заболевания, правильной постановки диагноза, а также проведения точного дифференциального диагноза для определения тактики лечения и прогноза заболевания с учетом проживания пациентов на экологически неблагоприятной территории Уральского региона [7, 9].■

Колмогорова Влада Владимировна - к.м.н., доцент кафедры психиатрии, ФГБОУ ВО «Южно-Уральский Государственный медицинский университет» Минздрава России, Полецкий Владимир Михайлович - к.м.н., доцент кафедры психиатрии, ФГБОУ ВО «Южно-Уральский Государственный медицинский университет» Минздрава России, Анастасия Анатольевна - старший лаборант кафедры психиатрии, ФГБОУ ВО «Южно-Уральский государственный медицинский университет» Минздрава России. Автор, ответственный за переписку — Колмогорова Влада Владимировна 454087 г. Челябинск, ул. Кузнецова 2 «а», тел. (351)-269-73-50. E-mail: kolmogorova_v@mail.ru@mail.

Литература:

1. Белоконов О.В. Приоритеты проблем пожилых: мнение экспертов и населения. *Клиническая геронтология* 2008; 14(5): 11-18.
2. Бережнова Т.А. Актуальные вопросы гигиенической безопасности урбанизированных регионов. *Физиологические механизмы адаптации человека: материалы международной научно-практической конференции. Тюмень, 2010; 162-164.*
3. Одинак М.М., Кашин А.В., Емелин А.Ю. с соавт. Коррекция не достигающих степени деменции когнитивных нарушений у пациентов с дисциркуляторной энцефалопатией. *Журнал неврологии и психиатрии им. С.С. Корсакова* 2013; 113(5): 25-30.
4. Печоркин П.А. *Экология Уральского региона. Челябинск, 2007. 328 с.*
5. Пивень Б.Н. К диагностике экзогенно-органических психических расстройств. *Российский психиатрический журнал* 2002; 6: 18-22.
6. Пивень Б.Н., Шереметьева И.И., Лещенко Л.В. с соавт. Некоторые итоги изучения экзогенно-органических заболеваний головного мозга. *Социальная и клиническая психиатрия* 2011; 1: 94-99.
7. Рудницкий В.А. Психологическое здоровье пациентов, подвергшихся воздействию неблагоприятных экологических факторов. *Медицинские и экологические эффекты ионизирующего излучения: материалы IV Международной научно-практической конференции. Северск; Томск, 2007; 71-72.*
8. Рудницкий В.А. Экологические факторы, влияющие на психическое здоровье: региональный аспект. *Российский психиатрический журнал* 2009; 2: 26-29.
9. Рудницкий В.А., Никитина В.Б., Аксенов М.М. с соавт. Экологическая, пограничная и социальная психиатрия: методологический подход. *Тюменский медицинский журнал* 2014; 16(1): 55-59.
10. Смирнов О.Р. Структурные особенности тревожных состояний у пожилых, страдающих слабоумием. *Клиническая геронтология.* 2009; 15(10-11): 32-35.
11. Фролькис В.В., Аршавский И.А., Аринчин Н.И. с соавт. *Старение и старость. Биология старения. Л.: Наука. Ленингр. отд-ние. 1982. 5-21.*