

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

Клинический случай пациента с болезнью Альцгеймера (ранняя пресенильная форма), проживающего и работающего на экологически неблагоприятной территории Челябинской Области

ФГБОУ ВО «Южно-Уральский государственный медицинский университет» Министерства здравоохранения РФ, г. Челябинск

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

Klinicheskiy slychai pacienta s boleznyu Al'cgejmera, rannaya (presenil'naya) forma, prozhivayushchego i rabotayushchego na ekologicheskii neblagopoluchoj territorii Chelyabinskoy Oblasti

Резюме

Представлено описание редкого клинического случая болезни у пациента с болезнью Альцгеймера, ранняя (пресенильная) форма, проживающего и работающего на экологически неблагоприятной территории Челябинской области - в мартеновском цехе на Челябинском металлургическом комбинате. Особенность заболевания заключается в раннем начале клинических проявлений (в возрасте 52 - 53 года), когда появились первые когнитивные и нервно - психические расстройства. Также подробно описаны клинические проявления, проводимая психотерапия, выделены стадии болезни, ее прогрессирующее течение, а также генетический «код» (программированное старение), который обострил и усугубил клинические проявления и течение заболевания. 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. Описаны детерминирующие, предрасполагающие и провоцирующие факторы развития «непрограммированного старения»

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 Альцгеймера, ранняя (пресенильная) форма, деменция

Для цитирования: Колмогорова В.В., Полецкий В.М., Патракова А.А., Клинический случай пациента с болезнью Альцгеймера (ранняя пресенильная форма), проживающего и работающего на экологически неблагоприятной территории Челябинской Области, Уральский медицинский журнал, №11 (194) 2020, с. 23 - 27, DOI 10.25694/URMJ.2020.11.13

Summary

A description of a rare clinical case of the disease in a patient with Alzheimer's disease, an early (presenile) form living and working in the environmentally disadvantaged area of Chelyabinsk region - in the Martin workshop at the Chelyabinsk Metallurgical Plant is presented in the article. Clinical manifestations, psychopharmacology, highlighted the stages of the disease, its progressive course, as well as the genetic «cod» (programmed aging), which exacerbated and exacerbated the clinical manifestations and course of the disease. A decrease in the overall assessment of cognitive function with the help of the rat scale of assessment of mental status (MMSE) - 4 points, to the line rating scale of dementia - 3 points, geriatric scale of depression - 23 points. The deterministic software described, predisposing and provoking factors of the development of «unprogrammed old age»

Key words: The area of ecological disaster - contaminated with heavy metals and dangerous toxic substances (copper, nickel, manganese, etc.); senior mature and elderly age, impaired cognitive activity of the brain; Alzheimer's disease, rannaya (presenil'naya) forma, dementia

For citation: Kolmogorova V. V., Poletskiy V. M., Patrakova A. A., Klinicheskiy slychai pacienta s boleznyu Al'cgejmera, rannaya

Введение

Большинство исследователей выделяют ранжирование территорий Уральского региона на основе экспертных оценок экологического неблагополучия и ухудшения здоровья населения и приходят к следующим выводам: для Челябинской области ведущим негативным фактором воздействия отходов первого класса опасности (отходы гальванического производства, отходов, содержащих ртуть, хлорорганические соединения, медь, никель, марганец, радионуклиды и др.), определяющим состояние здоровья населения является экологическая обстановка и являющимися детерминирующими, предрасполагающими и провоцирующими факторами в развитии различных нервно – психических заболеваний; для Свердловской, Пермской и Оренбургской областей экологический фактор является одним из определяющих; для Курганской области и Башкортостана экологический фактор является фактором второго порядка [1,2]. Патогенное влияние указанных выше факторов особенно негативно влияет на лиц старшего зрелого и пожилого возраста (52 - 69 лет, средний возраст 60,5±0,9 года) проживающие в настоящее время и работавшие ранее на предприятиях, экологически загрязняющих окружающую среду, способствуя у них формированию различных соматических заболеваний, когнитивных расстройств, а затем и развитие дементных состояний [3,4,5,11 14].

Цель работы

Изучение клинического случая болезни у пациента с болезнью Альцгеймера, проживающего и работающего на экологически неблагополучной территории. Описание особенности клинических проявлений заболевания, проводимой психофармакотерапии, выделение стадий болезни и ее прогрессирующее течение.

Клинический случай:

Больной Н., 62 года, 1956 года рождения. Родился и всю жизнь проживал в г. Челябинске. Катамнез наблюдения у невролога 2 года, у психиатра 7 лет.

Анамнез жизни и заболевания: Со слов жены и медицинской документации известно следующее: наследственность психопатологическими заболеваниями не отягощена. В семье является младшим из двух детей. Раннее развитие без особенностей, от сверстников в развитии не отставал. ДДУ посещал с трех лет, адаптировался удовлетворительно. Из перенесенных заболеваний – детские инфекции. Травм, операций не было. Мать страдает гипертонической болезнью, отец умер в возрасте 69 лет от онкологического заболевания. В школу пошел с 7 лет, окончил 10 классов. Учился удовлетворительно. Поступил в Челябинский политехнический институт на металлургический факультет, по окончании которого получил специальность инженер - металлург. В дальнейшем работал сменным мастером, начальником смены, начальником мартеновского цеха на Челябинском металлургическом комбинате. С работой справлялся, имел поощрения

от руководства комбината и области. Вредных привычек не имел. С 50 лет находится на пенсии. В возрасте 52-53 лет стали отмечаться: головная боль, головокружение, частая забывчивость и недолгие по времени потеря памяти, затруднения при формулировке собственных мыслей; испытывал трудности при проведении денежных операций, «замешательство» при невозможности назвать знакомые слова, иногда многократно повторял какую - либо фразу, вопрос или слова. Отказался от вождения машины, под предлогом того, что «движение в городе слишком оживленное», перестал ездить на дачу, меньше общался с друзьями и знакомыми. Раньше имел хобби - был «заядлым» рыбаком, в 53 года «забросил» все «снасти», раздражался, когда знакомые приглашали на рыбалку, периодически становился агрессивным. При этом отмечалось снижение настроения, стал тревожным, испытывал затруднения при ориентировке в месте, неоднократно не мог найти дорогу домой, когда возвращался из магазина, испытывал сильное возбуждение, когда кто - то из соседей пытался помочь ему найти дом, подъезд, довести до квартиры. В первое время пытался скрывать, свое состояние, особенно ухудшение памяти. Для этого, со слов жены, завел дневник, куда записывал планы на день, бытовую работу, которую супруга просила выполнить, необходимые дела и покупки, имена родственников и знакомых, название ближайших улиц, магазинов и т.д.

Родственники настояли на обращении к неврологу. В возрасте 53 лет обратился впервые к неврологу по месту жительства, был направлен в неврологическое отделение больницы Челябинского металлургического завода. Неврологический статус при поступлении: Лицо симметрично, язык по средней линии, Нг - нет, D = S. Сухожильные рефлексы вялые, менингеальных знаков нет. Пальце - носовую пробу выполняет с поддержкой. В позе Ромберга не устойчив. При поступлении был впервые осмотрен консультирующим неврологическое отделение врачом - психиатром. Психический статус: в месте и времени путается, в собственной личности ориентирован правильно. В беседе не заинтересован, формальный. Вялый, заторможенный, ко всему безразличный, не в силах вспомнить события, произошедшие накануне. Мыслительные процессы замедлены. Это проявляется невозможностью подобрать правильный термин, понятие для выражения собственных мыслей. Наблюдается эмоциональная лабильность. Фон настроения снижен. Бредовые идеи не высказывает, расстройств восприятия не обнаруживает. Интеллектуально - снижен, словарный запас ограничен. Память на прошлые и настоящие события резко снижена. Внимание - истощаемое. За внешним видом не следит. Критически не относится к изменению своего состояния и нарастающей несостоятельности. В отделении большую часть времени проводил в постели. Ничем не интересовался. Настроение оставалось сниженным. Имя и отчество лечащего доктора не мог

запомнить, также «путал» имена соседей по палате, с которыми конфликтовал из-за «мелочей». За собой не следил, был неряшлив. Со слов супруги у пациента в анамнезе не отмечалось артериальной гипертензии, уровень холестерина, глюкозы крови находились в пределах допустимой нормы, на учете терапевта, невролога, эндокринолога, окулиста не состоял. Отсутствие выраженной очаговой неврологической симптоматики, прежде всего в виде псевдобульбарного синдрома, нарушений походки, а также учитывая то, что заболевание началось с симптомов нарушения когнитивных и психических функций: забывчивости, нарушения кратковременной памяти и пространственной ориентировки, не узнавание знакомых предметов и мест, депрессивности, и других нарушений эмоциональной сферы, снижения мотивации и апатии; дезориентации во времени и пространстве, был выставлен диагноз: Болезнь Альцгеймера, ранняя (пресенильная) форма. G30, F00.0

Проведено обследование: ЭЭГ - фиксируют увеличение медленноволновой активности, особенно в задних отделах коры головного мозга. Весьма характерно также удлинение латентных периодов поздних компонентов когнитивных вызванных потенциалов (P300). МРТ: атрофия гиппокампа, уменьшение объема медиальных участков височных долей. КТ с контрастом: функциональные нарушения в виде расстройства метаболизма и кровотока в лобных долях, глубоких участках височных долей и теменной зоне головного мозга. Получал терапию: церебролизин 5мл. препарата, разведенного в 100 мл физраствора в/в, каждый следующий день дозу увеличивали на 5мл. По достижении дневной дозы в 30 мл, подолжали в/в введение №20; ривастигмин («эксилон») 4,6 мг/сут. утром; донепезил («арисепт») 5мг на ночь; галантамин 8 мг/сут. - днем, препараты Ginkgo biloba, α - токоферона (витамин Е). Был выписан под «Д» наблюдение невролога, даны рекомендации: постоянно принимать вышеописанную терапию, а также перевод под диспансерное наблюдение психиатра, коррекция психофармакотерапии, рекомендации пациенту как себя вести и родственникам как правильно ухаживать за пациентом. После выписки из стационара состояние несколько месяцев оставалось стабильным, но в дальнейшем состояние постепенно стало ухудшаться. Больной стал испытывать затруднение при формулировке собственных мыслей, невозможность рассуждать логически, неспособность ориентироваться в происходящих событиях, как дома, так и вне его, отстранение от окружающей жизни, апатию, отсутствие реакций на происходящее, усилилось снижение настроения, появилась тревога, периодически стал высказывать бредовые идеи параноидного содержания. В 55 лет был впервые госпитализирован в 9 отделение ГБУЗ ОКСПНБ №1 г. Челябинска. При повторной МРТ обнаружено наличие включений (крупных очагов-бляшек и нейрофибриллярных сплетений); уменьшение массы и объема церебрального вещества; расширение желудочков; нарушение метаболизма в мозговом веществе. Клинико - психологическое исследование выявило 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. Пациенту была определена II группа инвалидности бессрочно. Произведена коррекция психофармакотерапии. Получал терапию: ривастигмин («эксилон») дозу с 4,6 мг/сут. с постепенным увеличением до 9,5 мг/сут. Интервал между изменением режима дозирования составлял 1 неделю. Арисепт с 5 мг/сут. было рекомендовано увеличить до 10 мг/сут. на ночь. Интервал между коррекцией режима дозирования составлял не менее 1 месяца. Галантамин в капсулах последовательно повышался с дозы с 8 мг/сут. до 16 мг/сут., через месяц и еще через месяц до 24 мг/сут. (при отсутствии побочных эффектов), карбамазепин назначался в дозе 200 мг. на ночь. Выписан под наблюдение участкового психиатра, даны рекомендации. В возрасте 57 лет родственники стали отмечать резкое ухудшение состояния в здоровье пациента. Был приглашен участковый психиатр на дом, т.к. больной стал полностью несостоятельным. Со слов супруги - жалобы на выраженную апатию, отсутствие реакции на происходящие бытовые события, неспособность ориентироваться в пространстве, даже на очень знакомой территории, возбудимость, которая сопровождалась агрессивными действиями, также отмечала - трудности при движении, частые травмы из-за падений, невозможность узнавать членов семьи, близких родственников и друзей, возникновение галлюцинаций и бредовых идей параноидного содержания. Пугался, считал, что это посторонний человек заходит в квартиру. В это же время был повторно госпитализирован в ГБУЗ ОКСПНБ №1 в геронтологическое отделение. Психический статус: Симптомов включения сознания нет. В месте, времени, собственной личности не ориентируется. На попытки коммуникации с ним издает нечленораздельные звуки, порой отмечают насильственный смех, плач, крик. Интересы ни к чему не проявляет. Мышление примитивное, тугоподвижное. Высказывает отрывочные бредовые идеи параноидного содержания - подозревают ближайших родственников в том, что они крадут его вещи, собираются оставить без помощи, «сдать в дом престарелых» и т.д. Отмечаются выраженные когнитивные расстройства. Интеллектуально руинирован и нивелирован. Память на прошлые и настоящие события резко снижена. Не способен удерживать внимание. За собой не следит. Критика к состоянию отсутствует. Соматический статус: резко истощен. Кожные покровы и видимые слизистые бледные. Дыхание поверхностное. Тоны сердца глухие, аритмичные. ЧСС 92 уд. в одну минуту АД 90/74 мм. рт. ст. Живот мягкий, несколько вздут. Физиологические отправления непроизвольны. Не опрятен мочой и калом. Заключение терапевта: ахилический гастрит. Неврологический статус: отмечается асимметрия носогубных складок. Сухожильные рефлексы ослаблены. Патологические рефлексы орального автоматизма. Инструкций не понимает и не может их выполнять в связи с чем, проверить положение в позе Ромберга невозможно. При МРТ обследовании выявлено

наличие включений (крупных очагов-бляшек и нейрофибриллярных сплетений); уменьшение массы и объема церебрального вещества; расширение желудочков; нарушение метаболизма в мозговом веществе. Анализ ликвора: амилоидный белок (бета-амилоид) в низком количестве; тау-протеин (высокий уровень). ЭЭГ: обнаружено резкое снижение индекса альфа ритма, понижение индекса высокочастотной активности и увеличение медленно-волновой активности мозга (особенно его задних отделов), удлинение латентных периодов.

Был выставлен диагноз: Болезнь Альцгеймера, ранняя (пресенильная) форма. G30, F00.0. Получал терапию: ривастигмин («эксилон») предпочтение отдавалось трансдермальным формам 18 мг; донепезил («арисепт») 10 мг на ночь; галантамин 12 мг/сут – днем, рисперидон (рисполепт) в каплях 2 капли на ночь. В отделении. Большую часть времени проводил в постели. Иногда встал с постели совершенно раздетым и без цели передвигался по палате, что-то выкрикивая. Интересы ни к чему не проявляет. Переодически не мог найти своей кровати. За собой следил при неоднократном упоминании. Противится употреблению лекарственных препаратов. В стационаре пребывал 56 дней, был выписан под «Д» наблюдение психиатра и уход родственников, которым были даны необходимые рекомендации по обслуживанию и контролю за пациентом и систематическом приеме психофармакотерапии. К 64 годам распад личности стал проявляться интенсивнее. Наблюдались гипермнезии на события детства и юности, то есть шло как бы переселение его «в прошлый жизненный этап». В дальнейшем (на стадии фокальных расстройств) обнаруживается самая характерная особенность болезни Альцгеймера в виде перерастания признаков слабоумия в очаговые неврологические нарушения, т.е. выявлялись и в определенной последовательности нарастали апрактические, агностические и афазические расстройства. Нарушения наиболее сложного праксиса обозначились довольно рано: больной не мог составить «целое» из частей, в тестовых условиях построить геометрические фигуры; у больного нарушился порядок слов при письме (параграфия). Вслед за параграфиями появились проявления аграфии (в виде замещения смыслового письма многократно повторяющимися волнообразными и круговыми линиями), алексии, акалькулии.

Таким образом, с 53 лет до 62-летнего возраста (7 лет) у больного наблюдались постепенные прогрессирующие расстройства памяти, внимания, речи, путался в изложении своих мыслей, потерял интерес к домашним вопросам, отмечалась дезориентировка в месте, времени. На далеко зашедших этапах заболевания у пациента начал страдать праксис. На последней стадии болезни Альцгеймера пациент полностью зависел от посторонней помощи, находился дома под наблюдением сиделки. Хотя на этом этапе всё ещё были проявления тревоги и агрессии, гораздо чаще состояние больного характеризовалось апатией, упадком физических сил и истощением, в дальнейшем он был не в состоянии осуществить даже самое простое действие без чужой помощи. Больной терял мышечную массу, передвигался с трудом и на определённом

этапе оказывался не в силах покинуть кровать, а затем и самостоятельно питаться.

Представленный клинический случай позволяет остановиться на следующих важных моментах: в клинических проявлениях болезни Альцгеймера, ранней (пресенильной) форме и в ее динамике у обследованного пациента можно было выделить 3 стадии: инициальную, фазу фокальных расстройств и терминальную. В начальной стадии наблюдалась головная боль, головокружение, тогда как проявления органического снижения психики выявлялись медленно и не резко, в виде утраты творческих комбинаторных возможностей интеллекта, ослабления сообразительности, нерезкого падения обобщающего уровня суждений и нарастающего ослабления памяти. В дебютном периоде забывчивость больных в сочетании со слабостью активного внимания и невозможностью стойкого зрительного сосредоточения на окружающей обстановке особенно сказывалась на пространственной памяти, нарушении ориентировки в месте. На стадии фокальных расстройств обнаруживалась самая характерная особенность болезни в виде перерастания указанных признаков слабоумия, очаговые неврологические нарушения, то есть выявлялись и в определенной последовательности нарастали апрактические, агностические, афазические расстройства [3,5,6,10,12].

Заключение

В заключении необходимо подчеркнуть важность и необходимость своевременной диагностики экзогенно - органических заболеваний, сосудистых деменций. Фролькис В.В. (1982) считает, что в основе старения эволюцией запрограммирован соответствующий генетический «код» (программированное старение), а в результате «сбоев», обусловленных детерминирующими, предрасполагающими и провоцирующими факторами развивается «непрограммированное старение». В основе этого подхода лежит так называемая «модель дефицита» - процесс потери или снижение эмоциональных и интеллектуальных способностей [11]. При этих заболеваниях с успехом применяются лечебные и профилактические мероприятия. При болезни Альцгеймера, болезни Паркинсона, смешанной деменции отчетливых профилактических мер до настоящего времени не выработано, что также подтверждает вышеописанный клинический случай пациента с болезнью Альцгеймера, ранней (пресенильной) форме с учетом проживания и работы на экологически неблагоприятной территории Челябинской области [7,8,9,10,13, 14]. ■

Колмогорова Влада Владимировна - к.м.н., доцент кафедры психиатрии, ФГБОУ ВО «Южно-Уральский Государственный медицинский университет» Минздрава России, г. Челябинск; Полецкий Владимир Михайлович - к.м.н., доцент кафедры психиатрии, ФГБОУ ВО «Южно-Уральский Государственный медицинский университет» Минздрава России; Патракова Анастасия Анатольевна - старший лаборант кафедры психиатрии, ФГБОУ ВО «Южно-Уральский государственный

медицинский университет» Минздрава России. Автор, ответственный за переписку: Колмогорова Влада Вла-

димировна, 454087 г. Челябинск, ул. Кузнецова 2 «а», тел. (351)-269-73-50. E-mail: kolmogorova_v@mail.ru@mail.ru

Литература:

1. Анализ психического здоровья населения старшего зрелого и пожилого возраста, проживающего на экологически неблагоприятной территории Уральского региона / В.В. Колмогорова [и др.] // Уральский медицинский журнал. 2016. № 8 (141). С. 15-19.
2. Клинический случай пациента с болезнью Альцгеймера (ранняя пресенильная форма), проживающего и работающего на экологически неблагоприятной территории Челябинской Области / В.В. Колмогорова [и др.] // Уральский медицинский журнал. 2019; 14 (182), 19: С. 26-29.
3. Белоконь О.В. Приоритеты проблем пожилых: мнение экспертов и населения // Клиническая геронтология. 2008. № 14 (5). С. 11-18.
4. Бережнова Т.А. Актуальные вопросы гигиенической безопасности урбанизированных регионов // Физиологические механизмы адаптации человека: материалы международной научно-практической конференции. Тюмень. 2010. С. 162-164.
5. Колмогорова В.В., Буйков В.А. Некоторые аспекты формирования экзогенно – органических психических расстройств у населения, проживающего на экологически неблагоприятной территории // Социальная и клиническая психиатрия. 2017. Т. 27. № 3. С. 37-42.
6. Коррекция не достигающих степени деменции когнитивных нарушений у пациентов с дисциркуляторной энцефалопатией / М.М. Одинак [и др.] // Журнал неврологии и психиатрии им. С.С. Корсакова. 2013. № 113(5). С. 25-30.
7. Печоркин П.А. Экология Уральского региона. Челябинск. 2007. 328 с.
8. Пивень Б.Н. К диагностике экзогенно-органических психических расстройств // Российский психиатрический журнал. 2002. № 6. С. 18-22.
9. Некоторые итоги изучения экзогенно-органических заболеваний головного мозга / Б.Н. Пивень [и др.] // Социальная и клиническая психиатрия. 2011. № 1. С. 94-99.
10. 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. С. 71-72.
11. Рудницкий В.А. Экологические факторы, влияющие на психическое здоровье: региональный аспект // Российский психиатрический журнал. 2009. № 2. С. 26-29.
12. Экологическая, пограничная и социальная психиатрия: методологический подход / В.А. Рудницкий В.А. [и др.] // Экологическая, пограничная и социальная психиатрия: методологический подход. Тюменский медицинский журнал. 2014. № 16(1). С. 55-59.
13. Смирнов О.Р. Структурные особенности тревожных состояний у пожилых, страдающих слабоумием // Клиническая геронтология. 2009. № 15(10-11). С. 32-35.
14. Старение и старость / В.В. Фролькис [и др.] // Старение и старость. Биология старения. Л.: Наука. Ленингр. отд-ние. 1982. С. 5-21.