

Е.И. Скугаревская, И.Г. Третьяк, С.И. Нефедова

ВИЧ-ассоциированная деменция у ребенка 10 лет (описание клинического случая)

*УО «Белорусский государственный медицинский университет», РНПЦ
психического здоровья*

Мы посчитали целесообразным сосредоточиться на описании клинического случая впервые в жизни выявленной ВИЧ-инфекции у десятилетнего ребенка в виде поражения центральной нервной системы в форме прогрессирующего слабоумия (деменции). В последние годы такой опасный и частый синдром рассматривается, с одной стороны, как следствие атрофии коры головного мозга, которая выявляется при вскрытии у 2/3 больных, умерших от СПИДа. С другой, - при ВИЧ-ассоциированной деменции наблюдаются клинические проявления когнитивного снижения субкортикального типа [2].

Клинические проявления ВИЧ-инфекции у детей, как известно, имеют свои особенности, опосредованные стадией онтогенеза, на которой произошло инфицирование: внутриутробно или в постнатальном периоде с учетом возраста ребенка. Незрелость иммунной системы, в свою очередь, обуславливает более злокачественное течение СПИДа у детей [1, 3]. Установлено, что заражение детей происходит преимущественно в матке, родовых путях и после родов, в том числе при грудном вскармливании. Дети, зараженные от матерей таким образом, начинают болеть через 4-6 месяцев после инфицирования и в большинстве случаев погибают в течение 2 лет. В то же время известно, что при заражении плода в позднем перинатальном периоде или ребенка после рождения течение ВИЧ-инфекции почти не отличается от такового взрослых.

У взрослых предполагается, что нарушения со стороны центральной нервной системы при ВИЧ-инфекции, приводящие к формированию слабоумия, могут растягиваться в среднем на 15 лет и сопровождаться в том числе поражением сосудов мозга, менингитом. Характерны жалобы на головную боль, снижение остроты зрения. Поражение клеток, обуславливающих иммунный

ответ, способствует возникновению и прогрессированию оппортунистических заболеваний. Оппортунистические инфекции, наиболее часто поражающие мозг, вызываются цитомегаловирусом, вирусами группы герпеса, токсоплазмой, гистоплазмой, грибами. При одновременном инфицировании мозга ВИЧ и другими инфекционными агентами может развиваться ряд тяжелых заболеваний.

Комплекс нарушений в связи с прямым (первичным) поражением нервной системы при ВИЧ-инфекции, ранее носивший название СПИД–деменции, в настоящее время обозначается как ВИЧ–ассоциированный познавательно–двигательный комплекс. При этом выделяются: ВИЧ–ассоциированная деменция, которая в 3,3% случаев может являться первым симптомом ВИЧ-инфекции, ВИЧ-ассоциированная миелопатия, при которой преобладают двигательные расстройства и ВИЧ-ассоциированные минимальные познавательно–двигательные расстройства.

Приводим описание клинического случая.

Ребенок Н. Арсений, 2000 г. рождения, по инициативе матери в сопровождении бабушки 16.09.2010 г. был на приеме в Минском городском клиническом детском психоневрологическом диспансере. Поводом для этого первого в жизни обращения к психиатрам послужило изменение в поведении мальчика с весны 2010, когда, со слов матери, на протяжении определенного времени он не мог подниматься с постели, становиться на ноги. Учительницей в школе было отмечено, что с мая 2010 периодически «застывал», стал рассеянным, нарушилась концентрация внимания, проявилось отсутствие учебной мотивации, быстро уставал. Ранее всегда был дисциплинированным, учился на «отлично». Летом 2010 года обращал на себя внимание гиперактивностью, непослушанием, перестал бережно относиться к игрушкам, выбрасывал их с балкона, не реагировал на замечания.

На приеме в диспансере ребенок был несколько напряжен, речь отличалась монотонностью, была трудна для понимания. Процесс обобщения при выполнении психологических заданий оказался невозможным. Мать ребенка скрывала от врачей городского клинического детского психоневрологического

диспансера, что она ВИЧ-инфицирована (установлено в 2006 г. в процессе лечения ее по поводу затянувшейся пневмонии). При этом врачи диспансера настоятельно просили мать сообщить подробные анамнестические сведения не только о ребенке, но и близких родственниках, включая ее саму. На вопрос врачей, почему голова и шея матери закрыты платком, несмотря на жаркую погоду, сообщила что у нее онкозаболевание и далее отказалась прояснить ситуацию (мать на тот момент проходила курс лечения по поводу ВИЧ-ассоциированной лимфомы).

В связи с этим предварительное диагностическое заключение по состоянию здоровья ребенка на этапе диспансерного наблюдения было сформулировано как «острое полиморфное психотическое расстройство с симптомами шизофрении» (F 23.1). Было рекомендовано провести тщательное неврологическое обследование, в том числе для исключения объемного процесса лобной доли головного мозга.

17.09.2010 года Арсений впервые поступил в детское отделение ГУ «РНПЦ психического здоровья» по направлению из Минского городского клинического детского психоневрологического диспансера в сопровождении матери и бабушки с описанными выше жалобами.

Анамнез (со слов матери). Ребёнок от второй беременности. Роды первые стремительные. Закричал сразу. Вес при рождении – 4100 г. Ребенок с матерью были выписаны из роддома вовремя.

Дома был спокойным ребёнком. Раннее развитие без особенностей. Голову стал держать к 1 мес, сидеть в 6 мес., ходить самостоятельно с 10 мес. Первые слова появились до года, фразовая речь - после года.

В детский сад был оформлен в 2 года, адаптировался хорошо, с детьми контактировал, программу обучения в детском саду выполнил.

В школу пошёл с 6 лет, обучался по программе общеобразовательной школы, успевал на отлично до 3 класса. В апреле-мае 2010 г. стал испытывать трудности в обучении в связи с повышенной утомляемостью, невозможностью сосредоточиться на учебном материале. С сентября 2010 г. рекомендованы

занятия на дому по общеобразовательной программе 4 класса, однако ребенок с учебной работой не справляется.

Сведения о том, что мать ВИЧ-инфицирована, она сообщила врачу не сразу при госпитализации ребенка в РНПЦ психического здоровья. С объективной информацией, содержащейся в амбулаторной карте поликлиники по месту жительства матери, врачи психиатрического отделения были ознакомлены лишь к концу пребывания ребенка в психиатрическом стационаре.

Так, стало известно, что в мае 2010 года в течение двух недель ребенок находился в отделении реабилитации центральной районной больницы по месту жительства, где наблюдался с диагнозами: острая энцефалитическая реакция? Заболевание крови? Малая хорея? Далее он проходил обследование в неврологическом отделении Гродненской областной клинической больницы, а затем в Гродненской областной инфекционной клинической больнице, с 31.05 по 18.06 2010 г., где был выставлен диагноз: ВИЧ-инфекция, 4-ая клиническая стадия (СПИД). С3 (СД4 - 2 клетки). Прогрессирующая мультифокальная лейкоэнцефалопатия. Орофарингеальный кандидоз. Назначена антиретровирусная терапия. Ребенок является инвалидом детства.

Характеристика из школы на ребенка не представлена.

Из перенесенных заболеваний отмечены: ОРВИ, ветряная оспа в 3 года, стоматит, пневмония в 2007 г. с затяжным течением, по поводу чего лечился стационарно, в последующем – частые бронхиты. Травмы, операции, эпилептические припадки отрицаются. Со слов матери имеется аллергия на пыльцу цветущих растений, комариные укусы, а также пищевая аллергия в виде сыпи.

Мать, 28 лет, ВИЧ инфицирована (установлено в 2006 г.). В настоящее время проходит курс химиотерапии по поводу неходжкинской лимфомы (со слов матери). Отец, 37 лет, со слов матери, здоров. Не проживает с семьей с момента рождения ребенка.

Мать замужем повторно с 2003 г., ребенок переведен на фамилию отчима. Второй муж матери, с ее слов, ВИЧ не инфицирован.

Наследственность психопатологически, со слов матери, не отягощена.

Неврологически: жалобы на нарушение речи, письма. Объективно: зрачки равновеликие, нистагма нет. Движения глазных яблок в полном объёме. Конвергенция несколько ослаблена. Лицо симметрично. Язык по средней линии. Сухожильно-периостальные рефлексy симметричны.

Движения в конечностях - в полном объёме. Мышечная сила достаточная. Мышечный тонус несколько снижен, карпорадиальные рефлексy симметричны. Патологических знаков не выявлено.

Координаторные пробы не выполняет. Проба на адиадохокнез положительная. В позе Ромберга неустойчив, отмечается лёгкая атаксия. Походка неуверенная. Менингеальных знаков нет.

Соматически: повышенного питания. Кожа с элементами аллергического дерматита. Видимые слизистые чистые. В лёгких - везикулярное дыхание. Тоны сердца ритмичные. Живот мягкий, безболезненный. Физиологические отправления в норме.

Психическое состояние при поступлении в стационар.

В сознании. Спокойно зашёл в кабинет, сел на диван. Ориентирован частично в месте и полностью в собственной личности. Речь быстрая, смазанная. Не назвал число, месяц и год. На заданный вопрос стал перечислять времена года с неверной последовательностью. Последовательно называет дни недели. Словарный запас достаточный, но осведомлённость снижена. Знает основные цвета. Обобщает и классифицирует с внешней помощью, выделение 4-го лишнего недоступно. Скрытый смысл пословиц и поговорок не понимает. Читает быстро, но суть прочитанного не понимает и текст не пересказывает. Нарушена мелкая моторика рук, показывает основные фигуры, но затрудняется при работе с доской Сегена. Навыки самообслуживания сформированы, но самостоятельно пользуется ими частично. Настроение лабильное. Быстро утомляется и истощается. Не может объяснить изменений в своём поведении. Критика снижена. В отделении остался с бабушкой, так как нуждается в дополнительном контроле и уходе.

Данные МРТ-исследования головного мозга от 22.09.10 г.: патологических объёмных образований в полости черепа не выявлено. В белом веществе головного мозга с обеих сторон определяется изменённый гиперинтенсивный МР- сигнал; после введения контрастного вещества участков патологического накопления его не определяется. Срединные структуры не смещены. Кортикальные борозды, базальные цистерны умеренно расширены. Боковые желудочки несколько расширены, симметричны. Четвёртый желудочек обычных размеров и формы, занимает срединное положение. Краниоспинальный переход – без особенностей. Гипофиз обычных размеров и формы.

Заключение: МР-картина может соответствовать ВИЧ- ассоциированному энцефалиту.

Психологическое исследование при поступлении. В контакте заинтересованности не проявляет. Визуальный контакт не удерживает, смотрит по сторонам. Страдает концентрация, объем и распределение внимания, отвлекается, быстро истощается. На вопросы отвечает не дослушав, не задумываясь. Ответы неразборчивы. Продуктивность деятельности снижена. Понимание вербальных инструкций затруднено. Периодически дополнительно необходима демонстрация. Нуждается в организующей помощи.

Объем кратковременной механической памяти значительно сужен. Информационная нагружаемость незначительно снижена. Постоянно называет слова несуществующего ряда. Удержание непрочное. Кривая запоминания 10 слов: 2-5-7-9, через 1 час не смог вспомнить ни одного слова. В прямом порядке может воспроизвести цифровой ряд из пяти цифр, в обратном – из двух.

Причинно-следственные связи по серии сюжетных картинок не устанавливает. Нарушен логический строй мышления. Страдает конструктивный праксис, с заданиями Кооса не справляется. Скрытый смысл пословиц и поговорок не понимает, трактует их конкретно. Процессы обобщения доступны на простом уровне. Снижена ориентация в правилах социального поведения.

В процессе динамического наблюдения было отмечено резкое ухудшение интеллектуально-мнестической функции. Продуктивному контакту трудно

доступен. На вопросы отвечает не по-существу, речь неразборчива, смазана. Нарушен логический строй мыслительных процессов. Снижена критика к своему поведению. Внимание неустойчивое, рассеянное, Страдает объем и концентрация внимания. Быстро утомляется, истощается. Понимание вербальных инструкций ограничено. Деятельность нецеленаправленна, быстро забывает суть задания, помощь малоэффективна.

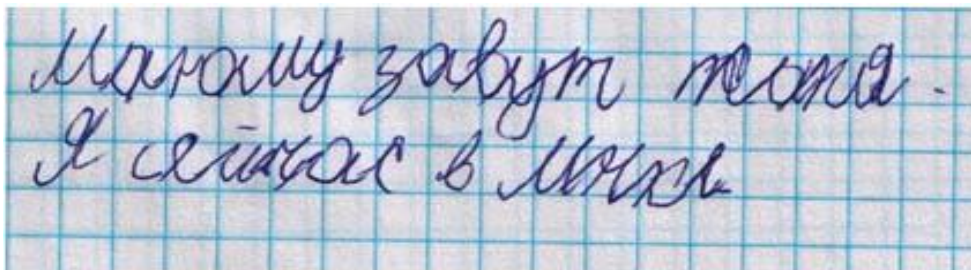
Восприятие бедное и недостаточное, недоступно восприятие зрительно-пространственных соотношений. Преобладают конкретно-ситуационные способы решения задач. Процессы обобщения недоступны, не выделяет существенные признаки предметов и явлений, неспособен к самостоятельному обобщению, не понимает переносного смысла пословиц и метафор. Нарушены процессы осмысления, не смог составить рассказ с последовательным развертыванием сюжета. Процессы непосредственной памяти (запоминание, удержание, воспроизведение) значительно снижены. Кривая запоминания 10 слов: 2-4-3-5-4, через 1 час не воспроизводит ни одного слова. Активное внимание неустойчивое, объем, гибкость, переключаемость внимания нарушены, испытывает трудности в концентрации внимания (методики «подсчет кружков в секторах», «последовательное вычитание чисел»).

Вывод. Отмечается выраженная инертность, истощаемость психических процессов, выраженное снижение мнестической функции. Уровень развития не соответствует возрасту (условно можно сопоставить с умеренной умственной отсталостью).

Заключение логопеда: расстройство артикуляции речи (ротацизм).

Таким образом, мы видим, что у мальчика в структуре психических и поведенческих расстройств на первый план выступают нарушения когнитивных (познавательных) функций. Это проявилось в замедлении психомоторных процессов, невнимательности, расстройствах памяти, в нарушении процессов анализа и синтеза информации. В процессе динамического наблюдения, в частности, отмечено, что не смог сложить достаточно простую мозаику на сюжет из детской журнальной серии «Смешарики», затруднялся в написании под

диктовку коротких предложений, несущих известный для ребенка смысл (имя матери, город, где находится в настоящее время), задумывался в ходе написания этих предложений, вспоминал буквы (см. рисунок).



Наряду с забывчивостью и медлительностью отмечалось снижение концентрации внимания. Ребенок испытывал затруднения при счете, допускал ошибки при выполнении простейших для него счетных операций (например, при вычитании от 20 по 3). Мальчик не интересуется обучением, не стремится вернуться в школу. С лета 2010 г. проявилась возбудимость, расторможенность, элементы дурашливости на фоне отсутствия критической оценки своего поведения и ситуации, что в данном случае свидетельствует о психотическом регистре расстройств. Именно эти отклонения со стороны психики при отсутствии крайне необходимых объективных анамнестических сведений ввели врачей диспансера в заблуждение и дали некоторые основания сформулировать предварительный диагноз как острое полиморфное психотическое расстройство с симптомами шизофрении (F 23.1 по МКБ-10).

Со стороны неврологической сферы обращает на себя внимание наличие тремора, что отчетливо наблюдалось при при письме (приводим образец написания ребенком двух предложений), рисовании, а также пошатывание и неустойчивость в позе Ромберга, неуверенность походки, что согласуется с указанием на период развития расстройства, когда, из-за слабости в ногах, ребенок не мог подняться с постели, стать на ноги.

Неоспоримо, что для правильной постановки диагноза, необходимо знание анамнеза, выявляемое при доверительном контакте пациента (в данном случае матери) с врачом. Мать утаила от врача крайне необходимую информацию, возможно, опасаясь стигматизации либо в связи с собственным болезненным состоянием (у матери, как указано, в 2006 г. диагностировано ВИЧ-

инфицирование). Более раннее обследование ребенка в этом аспекте и своевременное подключение антиретровирусной терапии, возможно, помогло бы избежать столь высокой прогрессивности болезни, приведшей к деменции, позволило бы улучшить качество жизни ребенка и продлить на больший срок его функционирование без таких тяжелых последствий.

Литература

1. Диагностика, лечение, медикаментозная профилактика ВИЧ-инфицированных и больных СПИД: инструкция к применению / И. А. Карпов [и др]. Минск, 2004. 43 с.
2. Покровский, В. В. ВИЧ-инфекция: клиника, диагностика и лечение / В. В. Покровский [и др.]; под ред. В. В. Покровского. М.: ГЭОТАР Медицина, 2000. 496 с.
3. Рахманов, А. Г. ВИЧ-инфекция у детей / А. Г. Рахманов, Е. Е. Воронин, Ю. А. Фомин. СПб.: Издательский дом «Питер», 2003. 448 с.