
Afektiniai sutrikimai ir normalaus spaudimo hidrocefalija: klinikinis atvejis

A. Šiurkutė**
V. Rutkauskas*
I. Kazlauskaitė*
J. Lengvenienė**

**Vilniaus universiteto Medicinos fakulteto Psichiatrijos klinika*

***Respublikinė Vilniaus psichiatrijos ligoninė*

Santrauka. 1965 m. S. Hakim ir R. D. Adams aprašė normalaus spaudimo hidrocefaliją (NSH) kaip progresuojantį neurologinį degeneracinį sindromą, pasireiškiantį kognityvinių funkcijų blogėjimu, eisenos nestabilumu ir šlapimo nelaikymu. Tai – grįžtamosios (reversinės) demencijos tipas. Jam būdingas smegenų skilvelių išsiplėtimas, esant normaliam smegenų skysčio spaudimui.

Literatūros apie psichikos sutrikimus ir NSH yra labai mažai. Vis dar diskutuojama, ar psichikos sutrikimai ir NSH yra susiję.

Pateikiame atvejį, kai NSH išsivystė pacientei, sergančiai afektiniu sutrikimu. Dėl ryškiai neurologinės simptomatikos ir jau trejus metus trunkančios depresijos pacientė Psichikos sveikatos centro psichiatro siuntimu nuo 2014-01-13 iki 2014-01-31 gydyta Respublikinės Vilniaus psichiatrijos ligoninės stacionare.

Klinikinio atvejo pateikimo **tikslas** – atkreipti psichiatrų ir neurologų dėmesį į psichikos sutrikimų ir NSH sąsajas.

Turime rašytinį pacientės sutikimą skelbti jos ligos atvejį.

Raktažodžiai: normalaus spaudimo hidrocefalija, afektiniai sutrikimai, demencija, ventrikulo-peritoninis šuntavimas.

Neurologijos seminarai 2015; 19(66): 286–291

IVADAS

Normalaus spaudimo hidrocefalijai (NSH) būdinga klasikinė neurologinių simptomų triada: eisenos sutrikimas, kognityvinių funkcijų pablogėjimas ir šlapimo nelaikymas [1]. NSH nustatoma apie 5–10 % sergančiųjų demencija [2, 3] ir laikoma penktąja pagal dažnį demencijos priežastimi [4]. Šio klinikinio sindromo sergamumą, paplitimą, etiologijos klausimus, kliniką, tyrimo metodus ir gydymą 2014 metais išsamiai aprašė J. Kuzmickienė, G. Kaubrys ir V. Budrys [5].

Literatūra apie psichikos sutrikimus ir (su) NSH ganėtinai sena, o naujesnių straipsnių yra tik keletas. Dažniausiai pirmasis simptomas yra eisenos sutrikimai, tačiau dar 1973 m. E. Rice ir S. Gendelman aprašė penkis pacientus, kurių klinikiniam vaizde vyravo depresija, dezorientacija, kliesdėsiai ir kognityvinių funkcijų sutrikimai, o neurologiniai sutrikimai buvo mažai išreikšti [6]. Pastaruoju metu vis daugiau duomenų liudija, kad NSH būdingi ir psichikos funkcijų sutrikimai. Vis dėlto dėl apibendrinamų darbų trūkumo psichiatrinė simptomatika į diagnostikos krite-

rijus dar nėra įtraukta. Publikuoti klinikiniai atvejai, kai NSH sergantiems pacientams pasireiškė ne tik klasikinė neurologinių simptomų triada, bet ir kliesdinė psichozė [7–10], šizoafektinė psichozė [11], dvipolis afektinis sutrikimas [8, 12], depresija su psichozės simptomais [13, 14]. Be to, NSH gali reikšti įvairiais psichikos sutrikimais [10]. U. Lying-Tunell aprašė klinikinį atvejį, kai kelis dešimtmečius pasikartojančios periodinės psichozės, gydytos ir elektros impulsų terapija, galiausiai buvo įvertintos kaip sąlygotos NSH ir po atliktos šuntavimo operacijos nesikartoję [9]. O. J. Thienhaus ir N. Khosla aprašė antrinės NSH atvejį, kai po kriptokokinės infekcijos išsivystė manijos simptomatika. Išgydžius infekciją, ji pranyko [15]. Literatūroje aprašyta atvejų, kai NSH reiškėsi Otelo sindromu (pavydo kliesdesiu) [10]. Yra studijų, kuriomis siekta išsiaiškinti neuropsichiatrinų simptomų sąsajas su neurotransmiterių aktyvumo pokyčiais. Tikėtasi NSH ir kartu pasireiškiančio obsesinio-kompulsinio sutrikimo (OKS), nerimo, depresijos atvejais – serotonino pokyčių, tačiau, esant išreikštam OKS, atsako į serotonerginio poveikio vaistus negauta. NSH sergantiems pacientams, palyginti su kontroline grupe, nustatytas panašus tiek noradrenalino, tiek serotonino metabolitų lygis, tačiau reikšmingai padidėjęs dopamino lygis [16].

Depresinę simptomatiką gana sunku atskirti nuo NSH demencijai būdingos apatijos, psichomotorinės retardacijos ir vykdomųjų funkcijų sutrikimų [15]. Kai kuriais atvejais demencija vystosi labai lėtai ir psichikos sutrikimai, ypač afektiniai, gali būti ankstyvieji prasidedančios NSH simptomai [12].

Adresas:

*Aldona Šiurkutė
Respublikinė Vilniaus psichiatrijos ligoninė
Parko g. 21, Vilnius
Tel. (8 5) 267 2800, el. paštas a.siurkute@rvpl.lt*

KLINIKINIS ATVEJIS

Subjektyvi anamnezė: 63 metų pacientė N. G. į Psichiatrijos kliniką paguldyta pirmą kartą. Pacientė – pensininkė, našlė, gyvena viena. Baigusi Vilniaus universitetą, buhalterinės apskaitos specialybę. Brolis sirgo šonine amiotrofinė skleroze (ŠAS), mirė 36 metų (1997 m.).

Prieš susirgdama pacientė buvo aktyvi, veikli, drauginio būdo. Ištekėjo 25 metų, turi du suaugusius vaikus. Dirbo buhalterė, vėliau vyr. buhalterė, dėstė Buhalterinės apskaitos technikume. Sėkmingai dirbo iki 2010 m., bet, sutrikus sveikatai, atsisakė dėstytojai ir įsidarbino viename universitete rūbininke, kur dirbo iki 2013 m. spalio mėn. Rūko nuo jaunystės, surūko apie 15 cigarečių per dieną. Esant progai, mėgsta išgerti, kartais mėgstamo likerio išgeria ir viena. 1988 m. dėl hipertireozės pašalinta skydliaukė, nuo tada reguliariai vartoja *L-Thyroxin* (100–150 g/d.).

Broliui susirgus ŠAS, būdama 42 metų (1993 m.), pacientė apie 3 mėn. nuolat buvo blogos nuotaikos, ją vis apnikdavo liūdesys, apatija, verksmingumas, nenorėjo bendrauti. Ji kreipėsi į psichologą, gavo psichoterapinį gydymą ir pasveiko.

Brolis mirė 1997 m., tais pačiais metais mirė ir vyras. Vos pasibaigus gedului, prasidėjo „antroji jaunystė“: daug bendraudavo, pradėjo lankyti baseiną, suplanavo pirkti sodybą, užsiėmė intensyvia jos paieška. Savaitgaliais rengdavo susitikimus su draugais, susirado draugą. Su juo bendravo apie 1 m., bet šis mėgdavęs išgerti, todėl santykius nutraukė. Labai geros nuotaikos epizodas truko apie 1–2 metus.

2002 m. (51 m.) pastebėjo neturinti jėgų dirbti, tapo apatiška, nebenorėjo bendrauti, atsirado obstipacijos. Kreipėsi į psichiatrą – šis ambulatoriškai skyrė medikamentinį gydymą (vaistų pavadinimo neprisimena). Gydėsi apie 6–8 mėn., savijauta gerėjo, jautėsi pasveikusi, grįžo į darbą.

2004 m. jos sūnus Lenkijoje sukėlė avariją, kurios metu žuvo žmogus. Labai dėl to išgyvenusi, bet depresijos išvengusi.

2006 m. (55 m.) palaiptai atsirado kojų silpnumas, 2007 m. pradėjo trikti eisena (kojų silpnumas, eisenos nestabilumas, ypač lipant laiptais, stojantis, sėdantis), atsirado galvos svaigimas, dešinės rankos tremoras, dėl kurio tapo sunku rašyti. Pacientė pastebėjo, kad greitai pavargsta, sunku susikaupti ruošiantis paskaitoms. Nuo 2008 m. dukteriai nuolat guodėsi, kad dirbti darosi per sunku, susimąžino darbo krūvį – pradėjo dėstyti tik rytinėms studentų grupėms. 2008 m. duktė pastebėjo, kad pasikeitė motinos eisena, sutriko koordinacija, atsirado kūno sąstingis. Tais pačiais metais pacientė pradėjo kartais nelaikyti šlapimo – kreipėsi į neurologą. Galvos smegenų kompiuterinė tomografija (KT) 2008-04-15: sunkaus laipsnio hidrocefalija. Magnetinio rezonanso tomografija 2008-05-15: skilveliai ryškiai praplatėję, III – 11 mm, Huckman indeksas – 69 cm; vandentiekis matomas, jo srityje paryškėjusios likvoro cirkuliacijos nematyti. Subarachnoidiniai tarpai taip

pat ryškiai praplatėję. Išvada – ryški vidinė ir išorinė hidrocefalija. 2009 m. galvos KT esminės dinamikos nekonstatuota, bet pradėjo dar labiau nelaikyti šlapimo, ėmė griuvinėti, todėl 2010 m. atsisakė dėstytojos darbo. Dukters iniciatyva įsidarbino rūbininke ir dirbo iki 2013 m. spalio mėn., kol eidama į darbą pargriuvo ir susilaužė ranką.

2011 m. (60 m.) tapo apatiška, neturėjo nei noro, nei jėgų tvarkyti buto, nustojo gamintis maistą, naudotis kompiuteriu. Susitvarkyti, nusiprausti padėdavo apsilankanti duktė.

2013 m. vasario mėn. ambulatoriškai kreipėsi į psichiatrą, šis paskyrė gydymą vaistais (nepamena, kokiais). Vaistus vartojo trumpai, bet dar dirbo rūbininke iki 2013 m. spalio mėn.

2013-06-19–2013-07-02 (62 m.) gydėsi RVUL Neurochirurgijos skyriaus stacionare – jai diagnozuota normotenzinė hidrocefalija. Iš ligos istorijos išrašo: šlapimo nelaikymas, apie 2–3 metus sunkiai vaikšto, blogėja atmintis. Protinės būklės mini tyrimas (MMSE) – 21 balas. Eisena ryškiai ataksinė, kitos židininės neurologinės simptomatikos nėra. Galvos KT: vidinė hidrocefalija, HI – 80 mm, III sk. – 13,6 mm, periventrikulinė edema. Atlikta liumbalinė punkcija, spaudimas – 160 mm H₂O, po punkcijos – teigiamas efektas, pagerėjo eisena. 2013-09-25 operuota: įvestas programuojamas Codman šuntas, REF 82-3832, LOT CNNC97, nustatytas šunto vožtuvo atsivėrimo slėgis – 160 mm H₂O; atlikta ventrikuloperitoneostomija. Pooperacinė eiga sklandi, koreguotas šunto slėgis, 120 mm H₂O. Kliniškai dinamika teigiama, ligonės eisena pagerėjo – vaikšto greičiau, platesniais žingsniais, rečiau šlapinasi. MMSE padidėjo iki 24 balų.

2013-12-18 ambulatoriškai konsultuota neurologo Vilniaus universiteto ligoninės Santariškių klinikų Neurologijos centre, neurologijos konsultacijų kabinete. Iš išrašo: skundėsi, kad 6 metai dreba dešinė ranka, stiprėjantis tremoras reiškiasi ir ramybės metu, ir judinant ranką. Apžiūros metu ekstrapiramidinio raumenų tonuso rigidiškumo, bradikinezės nenustatyta. Eisena laisva, su fiziologinėmis sinkinezėmis. Yra neritmiškas dešinės rankos padėties ir ramybės tremoras, intencinio tremoro nenustatyta. Buvo skirta levodopos, bet efekto negauta. Parkinsono ligą patvirtinančių duomenų nėra. MMSE – 25 balai. Rekomenduota psichiatro konsultacija dėl depresinio sutrikimo.

Objektyvi anamnezė (dukters žodžiais): pacientės nuotaikos sutrikimus pastebėjo apytiksliai nuo 2011 m., o 2012 m., motinai apsigyvenus vienai naujame bute (anksčiau ji gyveno su sūnumi), jos psichikos būseną dar labiau pablogėjo: gilėjo apatija, nenoras bendrauti. Prieš metus iki hospitalizacijos nustojo naudotis kompiuteriu, prasitarė apie savižudybę. Dėl nemigos gerdavo lorazepamo (2,5 mg/d.), namuose daugiausia tik guli, nieko nenori, valgyti nepasidaro, eina į netoliese esančią valgyklą arba suvalgo dukters atnešto maisto. Į psichiatrą kreipėsi tik prieš 4 dienas iki paguldymo į psichiatrijos stacionarą.

Somatinė būseną: hipersteninio sudėjimo, sveria 81 kg. Širdies veikla ritmiška, pulsas – 77 k./min. Plaučiuose alsavimas vezikulinis, pilvas minkštas, neskausmingas, kepenys nepadidėjusios. Kojų edemų nėra.

Neurologinė būseną: sąmoninga, orientacija nesutrikusi. Galvinių nervų patologijos nėra. Kiek sutrikusi artikuliacija (vartojo 2,5 mg ir daugiau lorazepamo). Raumenų tonusas normalus, sausgysliniai refleksai yra, be asimetrijos, patologinių refleksų, parezių nėra. Eina lėtai, trumpais žingsniais, sunkiai keldama kojas nuo žemės. Stojasi prisilaikydama sienos, kiek pasvyra atgal. Dešinės rankos padėties ir ramybės tremoras, dėl kurio negalėjo pasirašyti sutikimo formos, parašė tik kelis neįskaitomus ženklus. MMSE – 27 balai: orientacija laike – 5 balai, vietoje – 5 balai, įsiminimas – 3 balai, dėmesys – 4 balai, trumpalaikė atmintis – 2 balai, kalba (įvardijimas, pakartojimas, žodinės instrukcijos, perskaitymas ir atlikimas, sakinys) – 2+0+3+1+1 balai, konstrukcija – 1 balas.

Psichikos būseną: į kabinetą įeina lėtai, sėdasi atsargiai. Jaučiasi laisvai, į klausimus atsakinėja prasmingai, bet neretai atsainiai, sako tinginti galvoti, jaučianti silpnumą, niekas nebedomina, traukia tik gulėti. Nusiminusios veido išraiškos, pasisako, kad nebeįdomu gyventi, gyvenimas atrodo blankus, nebesitikinti nieko gera. Depresinių išgyvenimų spontaniškai neišsako, bet pavyksta išgauti, kad slegia dvasinis skausmas, liūdesys, savikalta, kad nieko nedaranti, negalinti nei skaityti, nei susikaupti, kamuoja nerimas dėl ateities, nebematanti prasmės gyventi, bet savižudiškas mintis ir ketinimus neigia. Išreikšta apatija, mąstymas sulėtėjęs, trūksta minčių. Skundžiasi pablogėjusia atmintimi, teisingai pasako vartojamų vaistų dozes miligramais, tačiau painioja gyvenimo įvykių chronologiją, mini skirtingas tų pačių įvykių datas. Sudirgusi pareiškė, kad pavargo, per pokalbį du kartus atsistojo sakydama nekreipti į tai dėmesio, bet jau norinti baigti pokalbį, parūkyti. Vakare, apie 19 val., būseną pagerėja, t. y. atsiranda „šviesesnių minčių“.

Tyrimai: bendrinis kraujo tyrimas, bendras šlapimo tyrimas – be pokyčių. Gliukozės konc. kraujyje – 5,4 mmol/l, ASAT, ALAT, GGT – norma, TSH – 0,4 mU/l (norma 0,25–5,0), LT4 – 25,9 pmol/l (norma 9–20). EKG – be patologinių pokyčių. Bendrojo cholesterolio konc. – 6,9 mmol/l. P300 potencialo tyrimas: P300 bangos latencija (412 ms) padidėjusi. P300 bangos amplitudė (7 mkV) sumažėjusi. Išvada – P300 bangos pokyčiai būdingi kognityvinių funkcijų sutrikimui. Ginekologo konsultacija – šlapimo nelaikymas. Neurologo konsultacija – normotenzinė hidrocefalija. Nepatikslintas dešinės rankos tremoras. Okulisto konsultacija – tinklainės angiopatija.

GKK diagnozės ir gydymo klausimu: klinikoje konstatuota depresinė būseną vyraujant apatijai. Atkreiptinas dėmesys, kad pokalbio metu jaučiasi laisvai, momentais kiek euforiška, atsakinėja atsainiai, be emocinio labilumo. Sako namie jaučianti vienatvę ir norinti, pvz., triukšmo, todėl ištisą dieną laikanti įjungtą televizorių. Ganėtinai gerai orientuojasi ir teisingai atsako į klausimus apie dabarties įvykius, tačiau galima konstatuoti atminties, dėmesio sutrikimus, o P300 tyrimas rodo kognityvinių funkcijų sutrikimui būdingus pokyčius, todėl konstatuojamas ir lengvas kognityvinis sutrikimas.

Anamnezėje 1993 ir 2004 m. psichogenijos išprovokuotos depresinės būsenos. Nuo 2006 m. atsirado dešinės

rankos tremoras, 2008–2009 m. nustatyta NSH, dėl to operuota. Po operacijos depresija tolydžiai gilėjo.

Diagnozė – pasikartojantis depresinis sutrikimas, sunkios depresijos epizodas be psichozės simptomų. Lengvas kognityvinis sutrikimas. Būklė po ventrikuloperitoneostominio šuntavimo 2013 m.

Skyriuje nuogaštavo, kad neužmigsianti, skundėsi silpnumu, jėgų trūkumu, galvos skausmais, svaigimu: teigė, kad galva esanti lyg vatos prikimšta, nesinori bendrauti, apninkančios savikaltos mintys, kad nieko neveikianti, nieko nebesugebanti, jau niekada nebeįveiksianti, nebesą ko laukti iš gyvenimo, topteli net minčių, kad neverta gyventi, bet savižudiškų ketinimų nepripažino. Epizodiškai būdavo dirgli, tikslinant anamnezės duomenis atsakinėdavo atsainiai. Pažymėtina, kad nebuvo stebėta emocinio labilumo, o savijauta kiek pagerėdavo po pietų – tada praskaidrėdavo nuotaika, atsirasdavo šviesesnių minčių, sumažėdavo silpnumas. Daug laiko dieną gulinėdavo lovoje, skųsdavosi galvos skausmais, svaigimu, mėtymu į šonus. Iš lovos stodavosi prisilaikydama sienos, tarsi buvo linkusi kristi atgal, eidavo lėtai, trumpais žingsniais, sunkiai keldama kojas nuo žemės. Protarpiais sudirgdavo, į patarimus reaguodavo pikta, būdavo ir euforiškos nuotikos, pasyvi be asociacinio pagreitėjimo. Buitinė orientacija būdavo gera, teisingai atsakydavo į visus klausimus apie dabarties įvykius. Naktimis šlapindavosi į lovą.

Gydymas: tianeptinu – 37,5 mg/d., trazodonu – 50 mg/d., lorazepamu – 2,5 mg/d. (vartojo ambulatoriškai), kurį po savaitės pavyko nutraukti. Psichologinis konsultavimas. Tęstas gydymas *L-Thyroxin* – 100 g/d.

Gydant gerėjo nuotaika, sumažėjo savikaltos minčių, normalizavosi miegas, sušvelnėjo galvos skausmai. Tapo aktyvesnė, trumpam išeidavo pasivaikščioti į lauką, išitraukdavo ir į užimtumo terapijos užsiėmimus. Būsenai saikingai pagerėjus, išrašyta gydytis ambulatoriškai. Pareiškė bėgštaujanti, kad namie neturės prasmingos veiklos, sunku sukaupti ir išlaikyti dėmesį, neužteks fizinių jėgų pasirūpinti savimi, stipriai dreba ranka, bet ketina gamintis maistą, naudotis internetu. Rekomenduota tęsti gydymą tianeptinu ir trazodonu.

Katamnezė (16 mėn. trukmės): po išrašymo iš psichiatrijos stacionaro 2014-01-31 Psichikos sveikatos centre lankėsi 2014-03-05. Konsultacijos metu buvo dirgli, pretenzinga, jautėsi alkoholio kvapas, o numatyto vizito 2014 m. rugpjūčio mėnesį neatvyko. Po išrašymo jautėsi kiek geriau, rekomenduotus antidepressantus vartojo tik du mėnesius, bet ligi šiol geria šeimos gydytojo išrašytą lorazepamą – 2,5 mg/d.

Gyvena viena, buitimi pasirūpina savarankiškai, maisto negamina, kasdien eina į parduotuvę, pietauja kavinėje, vakarais nueina į netoliese esantį parką, ten pasėdi ant suolo, su niekuo nebendruoja. Daugiausia laiko leidžia namie, žiūri TV, kartais naršo internete, naudojasi kompiuteriu. Bendruoja tik su sūnumi, apie dukterį kalbėti atsisako.

Psichikos būseną: stokojanti tvarkingumo išvaizda, niūrios veido išraiškos, dirgli, nerimastinga, į klausimus atsako nenoriai, atsainiai. Dėmesio koncentracija pablogėjusi, tenka pakartoti klausimus, užduotis. Išsiaiškinama,

1 pav. Pacientės sakinyš

kad nuotaika esanti prislėgta, apatija, dirglumas, nerimas. Mąstymas kiek sulėtėjęs, skurdus. Esą kamuojanti nuolatinė nemiga, be lorazepamo negalinti užmigti, apninka nemalonūs prisiminimai. Savižudiškų minčių neišsako. Savijauta pagerėja vakarais. MMSE – 26 balai: orientacija laike – 5 balai, vietoje – 5 balai, išiminimas – 3 balai, dėmesys – 4 balai, trumpalaikė atmintis – 3 balai, kalba (įvardijimas, pakartojimas, žodinės instrukcijos, perskaitymas ir atlikimas, sakinyš) – 2+0+3+1+0 balai, konstrukcija – 0 balų (žr. 1, 2 pav. pacientės rašyseną ir nukopijuotą MMSE piešinį).

Eisenos sutrikimas išlieka be dinamikos nuo 2013 m., nelaiko šlapimo, skundžiasi mėtymu į šonus, stebimas smulkus dešinės rankos ramybės tremoras.

Katamneziniu laikotarpiu 2015-05-04 pacientė buvo konsultuota Vilniaus universiteto ligoninės Santariškių klinikos Neurologijos centre, konsiliume su centro direktoriumi prof. G. Kaubriu, prof. R. Parnarauskiene, skyriaus vedėju V. Kleziumi, kuriojančia gydytoja N. Tutliene. Galviniai nervai – be patologijos, sausgysliniai refleksai simetriški, parezių nėra. Stebimas dešinės rankos neritmiškas tremoras, nevalingi dešinės rankos pirštų judesiai. Aiškios apraksijos nėra. Aiškaus ekstrapiramidinio tonuso nėra, tačiau motorines užduotis atlieka su bradikineze, eisena kiek nestabili, be aiškios ataksijos. Konstatuotas lengvas kognityvinis sutrikimas.

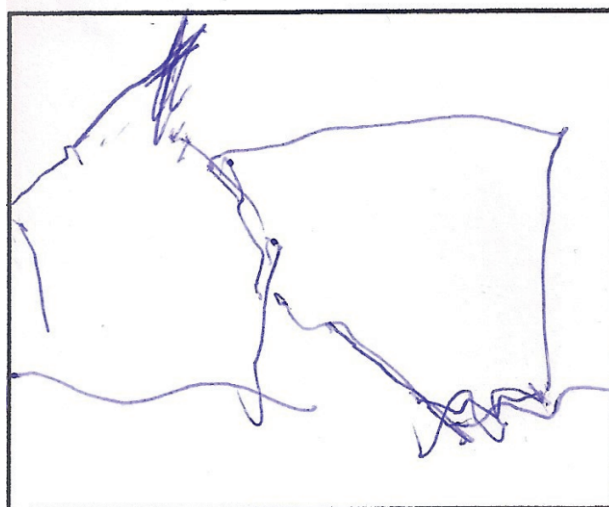
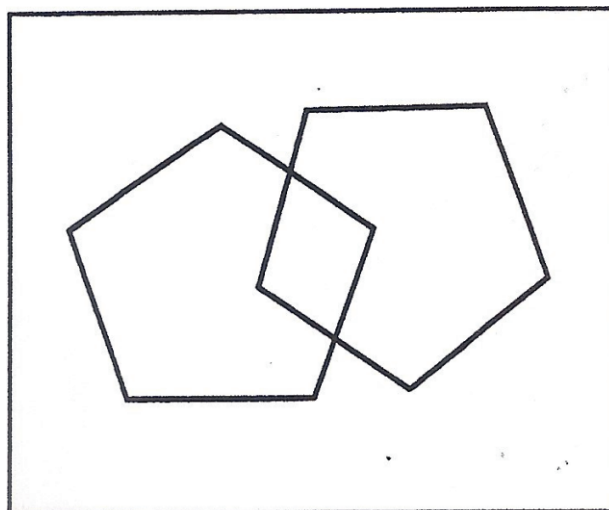
Įtariama neurodegeneracinė liga: Parkinsono sindromas, dešinės rankos tremoras su hiperkinezėmis. Paskirta vartoti *Levodopa/Benserazidum* – 200/500 mg × 3 k./d. – ir kontrolė po 6 mėnesių.

APTARIMAS

Psichikos būseną apibūdinama apatine adinamine depresija su liūdesiu, nerimu, paros svyravimais, būdingais endogenijai. Skirtingai nuo organinės kilmės depresijos, nestebima emocinio labilumo, tačiau protarpiais reiškiasi tai disforinis, tai euforinis komponentais, esama neryškių dėmesio ir atminties sutrikimų.

Yra NSH būdinga triada: lėtai progresuojanti eisena *dyspraxia* (šliuženanti, „magnetinė“ eisena), nestabilumas, ypač lipant laiptais, kritinėjimai, skubos (urgentinis) šlapimo nelaikymas, neryškūs kognityviniai sutrikimai.

NSH patvirtinta objektyviais tyrimais, atlikta ventrikulo-peritoneostomija.



2 pav. Nukopijuotas MMSE piešinys

Konstatuojama endogeninė depresija, kurios struktūroje stebima ir organinių apraiškų (kognityviniai sutrikimai, disforinis afektas, euforinis komponentas) dėl net 6 metų trukusios normalaus spaudimo hidrocefalijos.

Anamnezėje – du (pacientei būnant 42 ir 54 metų amžiaus) depresijos epizodai, trukę 5 ir 8 mėnesius, po kurių ji pasveiko. Pastarasis depresijos epizodas yra psichopatologiškai deformuotas organinės ligos – NSH. Endogeninės afektinės ligos diagnozę paremia ir tikėtinas vienas hipomanijos epizodas.

Paminėtina, kad atipiška eiga, kai pirmiausia pasireiškia psichikos sutrikimai, dažniausiai rodo blogą atsaką į šuntavimo operaciją [17].

Kognityviniai sutrikimai dažniausiai atsiranda jau esant eiseno sutrikimams ir palaipsniui progresuoja. Demencijai būdingas psichomotorinis sulėtėjimas, pasyvumas, dėmesio koncentracijos, atminties sutrikimai, jai progresuojant galimos konfabuliacijos, dezorientacija, todėl neretai įtariama Alzheimerio liga [18]. Kliniškai sunku atskirti NSH nulemtą demenciją nuo kitų tipų demencijos. NSH būdinga subkortikinė demencija, anatomiškai vystosi baltosios medžiagos intersticinė edema, periventrikulinės limbinės sistemos deformacija, pablogėja kraujotaka [19].

Kai kuriais atvejais demencija vystosi labai lėtai ir psichikos sutrikimai, ypač afektiniai, gali būti pagrindinis prasidedančios ligos atspindys [12]. Depresinės simptomatikos klinika gali atitolinti NSH nustatymą [13]. Taip atsitiko ir mūsų aprašytu atveju. Pažymėtina, kad jau 2008 m. (prieš 6 metus iki šuntavimo) MRT buvo konstatuota ryški hidrocefalija, o pirmieji klinikiniai požymiai atsirado jau 2006–2007 m. Veikiausiai vėlyvą NSH diagnostiką lėmė lėta ligos progresavimo eiga ir tai, kad nuo 2008 m. iki 2013 m. dėl depresijos pacientė į neurologus nesikreipė, nors jau 2007 m. pradėjo trikti eiseną, 2008 m. radosi šlapimo nelaikymo simptomai, tačiau ji vis dar buvo pajėgi dirbti, tiesa, jau mažiau kvalifikuotą darbą.

Teigiama chirurginės intervencijos NSH įtaka neurologinės simptomatikos dinamikai neabejojama, nes pagerėjimas pasireiškia 90 % pacientų [20, 21]. Po operacijos dažniausiai sumažėja eisenos sutrikimas, pagerėja kognityvinės funkcijos [22, 23]. Išsamesnių duomenų apie operacijos įtaką psichikos sutrikimams trūksta. U. Schneider su bendraautorais aprašė atvejį, kai pacientė buvo nesėkmingai gydoma vaistais dėl labai greitų ciklų dvipolio afektinio sutrikimo, o, išryškėjus NSH būdingai neurologinėi simptomatikai ir atlikus šuntavimo operaciją, afektiniai sutrikimai sėkmingai redukovosi be medikamentinio gydymo [12]. G. Pinner su bendraautorais aprašė pacientą, kuriam NSH pasireiškė kliesesine simptomatika, o neurologiniai požymiai išryškėjo tik po kurio laiko [7]. Minėtu atveju gydymas antipsichoziniais vaistais buvo sėkmingas ir psichikos būklė labai pagerėjo dar iki operacijos. M. Urban, J. Rabe-Jablonska aprašė atvejį, kai pacientei kelis dešimtmečius iki NSH diagnozės nustatymo kartodavosi depresijos epizodai, o ryškėjant NSH būdingai simptomų triadai pasireiškė ir psichozinė simptomatika [13]. Po chirurginio ir medikamentinio gydymo antipsichotikais ir antidepresantais neurologinė būklė labai pagerėjo, o psichozinė (santykio, persekiojimo kliesėsiai) ir depresinė simptomatika apskritai išnyko. Pastarieji atvejai dar neįrodo, kad psichiatrinius simptomus galėjo lemti NSH, nes abiem atvejais buvo skiriamas ir medikamentinis gydymas. Sunku pasakyti, kiek įtakos psichikos būklės gerėjimui galėjo turėti operacija. D. A. Kahn aprašė NSH sergantį pacientą, kuriam liga pasireiškė eisenos ir kognityviniais sutrikimais. Atlikus šuntavimo operaciją, eiseną ir kognityvinės funkcijos labai pagerėjo, tačiau staiga išryškėjo depresija su savikaltos kliesėsiais, kuri buvo sėkmingai išgydyta, taikant medikamentinį ir psichoterapinį gydymą [23].

Mūsų pacientei anksčiau pasireiškę depresijos epizodai buvo sėkmingai išgydyti antidepresantais ir psichoterapija. Trečiasis, pastarasis, depresijos epizodas prasidėjo prieš trejus metus, kai jau buvo akivaizdi NSH neurologinė klinika.

Nors po neurochirurginės intervencijos pacientės eisenos sutrikimas ir kognityvinės funkcijos pagerėjo, o šlapimo nelaikymas susilpnėjo, tačiau depresinė simptomatika gilėjo toliau ir susilpnėjo tik paskyrus gydymą antidepresantais. Teigiama neurologinių simptomų dinamika po operacijos, bet toliau gilėjanti depresija kelia abejonių, ar afektinė simptomatika buvo nulemta NSH sindromo. Be

to, fiziniai afektiniai sutrikimai reišėsi ir anksčiau, tad neaišku, kiek jie gali būti susiję su NSH pokyčiais galvos smegenyse. Katamneziniu laikotarpiu, išliekant depresinei simptomatikai, pacientė liovėsi vartojusi antidepresantus, veikiausiai dėl kritikos ligos atžvilgiu stokos. Šiuo atveju lieka ir daugiau probleminių klausimų dėl esamo parkinsonizmo sindromo, dešinės rankos tremoro su hiperkinezėmis.

Apibendrinus literatūros duomenis, galima teigti, kad vienas atvejais NSH išsivysto jau sergant įvairiais psichikos sutrikimais, kitais atvejais NSH gali manifestuoti psichikos sutrikimais, kartais jie gali būti sąlygoti ir pačios NSH. Deja, NSH ir kartu pasireiškiančių psichikos sutrikimų neurofiziologinių sąsajų mechanizmai tebėra neaiškūs.

NSH reikėtų įtarti tais atvejais, kai psichikos sutrikimai atsiranda vėlyvame amžiuje, ypač jei jų neaptinkama anamnezėje, jei randama ir neurologinės patologijos požymių. Laiku įtarti NSH turėtų tiek gydytojai neurologai, tiek psichiatrai, nes ankstyva diagnostika ir kuo ankstesnė neurochirurginė intervencija reikšmingai susilpnina neuropsichiatrinius simptomus ir pagerina pacientų gyvenimo kokybę.

Literatūra

1. Hakim S, Adams RD. The special clinical problem of symptomatic hydrocephalus with normal cerebrospinal fluid pressure. Observations on cerebrospinal fluid hydrodynamics. *J Neurol Sci* 1965; 2(4): 307–27.
2. Hakim CA, Hakim R, Hakim S. Normal-pressure hydrocephalus. *Neurosurg Clin N Am* 2001; 12(4): 761–73.
3. Vale FAC, Miranda SJC. Clinical and demographic features of patients with dementia attended in a tertiary outpatient clinic. *Arq Neuropsiquiatr* 2002; 60(3-A): 548–52.
4. Tasman A, Kay J, et al. *Psychiatry*. 3rd ed. UK: Wiley, 2008; 583.
5. Kuzmickienė J, Kaubrys G, Budrys V. Atipinės eigos greitai progresuojanti normalaus spaudimo hidrocefalija: klinikinis atvejis. *Neurologijos seminarai* 2014; 18(59): 55–60.
6. Rice E, Gendelman S. Psychiatric aspects of normal pressure hydrocephalus. *JAMA J Am Med Assoc* 1973; 223(4): 409–12.
7. Pinner G, Johnson H, Bouman WP, Isaacs J. Psychiatric manifestations of normal-pressure hydrocephalus: a short review and unusual case. *Int Psychogeriatr IPA* 1997; 9(4): 465–70.
8. Kwentus JA, Hart RP. Normal pressure hydrocephalus presenting as mania. *J Nerv Ment Dis* 1987; 175(8): 500–2.
9. Lying-Tunell U. Psychotic symptoms in normal pressure hydrocephalus. *Läkartidningen* 1979; 76(10): 857–9.
10. Yusim A, Anbarasan D, Bernstein C, Boksay I, Dulchin M, Lindenmayer J-P, et al. Normal pressure hydrocephalus presenting as Othello syndrome: case presentation and review of the literature. *Am J Psychiatry* 2008; 165(9): 1119–25.
11. Kirubakaran V, Jethanandani V, Halawany NE, Wilkinson CB. Psychiatric manifestations of communicating hydrocephalus in a deaf man. *Psychiatr J Univ Ott Rev Psychiatr Univ Ott* 1988; 13(4): 227–30.
12. Schneider U, Malmadier A, Dengler R, Sollmann WP, Emrich HM. Mood cycles associated with normal pressure hydrocephalus. *Am J Psychiatry* 1996; 153(10): 1366–7.

13. Urban M, Rabe-Jabłońska J. Undiagnosed normal pressure hydrocephalus as a cause of diagnostic difficulties in a patient with depression. *J Psychiatr Pract* 2013; 19(6): 501-4.
14. Chopra VK, Sinha VK, Das S. Normal pressure hydrocephalus presenting as psychotic depression: moderately successful treatment with a course of ect & pharmacotherapy: a case report. *Indian J Psychiatry* 2002; 44(1): 71-5.
15. Thienhaus OJ, Khosla N. Meningeal cryptococcosis misdiagnosed as a manic episode. *Am J Psychiatry* 1984; 141(11): 1459-60.
16. Markianos M, Lafazanos S, Koutsis G, Sfagos C, Seretis A. CSF neurotransmitter metabolites and neuropsychiatric symptomatology in patients with normal pressure hydrocephalus. *Clin Neurol Neurosurg* 2009; 111(3): 231-4.
17. Iddon JL, Pickard JD, Cross JLL, Griffiths PD, Czosnyka M, Sahakian BJ. Specific patterns of cognitive impairment in patients with idiopathic normal pressure hydrocephalus and Alzheimer's disease: a pilot study. *J Neurol Neurosurg Psychiatry* 1999; 67(6): 723-32.
18. Gustafson L, Hagberg B. Recovery in hydrocephalic dementia after shunt operation. *J Neurol Neurosurg Psychiatry* 1978; 41(10): 940-7.
19. Dalvi AI, Premkumar AP. Normal pressure hydrocephalus. emedicine.medscape.com/article/1150924-overview; updated Jul 22, 2013 (peržiūrėta 2014 01 19).
20. McGirt MJ, Woodworth G, Coon AL, Thomas G, Williams MA, Rigamonti D. Diagnosis, treatment, and analysis of long-term outcomes in idiopathic normal-pressure hydrocephalus. *Neurosurgery* 2008; 62(2): 670-7.
21. Verrees M, Selman WR. Management of normal pressure hydrocephalus. *Am Fam Physician* 2004; 70(6): 1071-8.
22. Golomb J, Wisoff J, Miller DC, Boksay I, Kluger A, Weiner H, et al. Alzheimer's disease comorbidity in normal pressure hydrocephalus: prevalence and shunt response. *J Neurol Neurosurg Psychiatry* 2000; 68(6): 778-81.
23. Kahn DA. Commentary on cognitive and psychiatric symptoms associated with normal pressure hydrocephalus and frontotemporal dementia. *J Psychiatr Pract* 2013; 19(6): 505-7.

**A. Šiurkutė, V. Rutkauskas, I. Kazlauskaitė,
J. Lengvenienė**

AFFECTIVE DISORDERS AND NORMAL-PRESSURE HYDROCEPHALUS: A CASE REPORT

Summary

Idiopathic normal-pressure hydrocephalus (iNPH) is a gradually progressive condition described by R. D. Adams and S. Hakim in 1965 which is characterized by a triad of gait disturbance, cognitive impairment, and urinary incontinence. Brain imaging shows enlarged ventricles with normal cerebrospinal fluid pressure in such patients. This condition is often accompanied by a wide spectrum of psychiatric conditions which can be determined by iNPH or can be an isolated psychiatric disorder.

We report the case of a female patient with affective disorder who started exhibiting neurological symptoms of iNPH. Because of depressive disorder lasting for 3 years she was referred to Republican Vilnius Psychiatric Hospital where she was hospitalised from 13 January 2014 to 31 January 2014.

The aim of our report is to remind neurologists and psychiatrists of possible psychiatric symptoms associated with NPH.

The patient gave a written informed consent to the publication of her case.

Keywords: normal pressure hydrocephalus, affective disorders, dementia, ventriculoperitoneal shunt.

Gauta:
2015 08 02

Priimta spaudai:
2015 08 22