

Поведенческий вариант лобно-височной

деменции:

**клинико-морфологические соответствия,
особенности диагностики**

Коцюбинская Ю.В., Казаков А.В., Михайлов В.А., Ананьева Н.И.,
Матюшкина А.А.

ФГБУ «НМИЦ ПН им. В.М. Бехтерева» МЗ РФ

Актуальность и цели исследования

Поведенческий вариант (ПВ) является наиболее распространенным подтипом лобно-височной дегенерации (ЛВД), характеризующийся выраженными поведенческими изменениями и личностными расстройствами.

Несмотря на то, что ПВ-ЛВД считается единым синдромом, его клиническая картина отличается значительной вариабельностью.

В настоящее время ПВ ЛВД остается малокурабельным заболеванием, уже через 8 - 11 лет после появления первых симптомов развивается тяжелая инвалидизация.

Целью нашего исследования являлся поиск клинико-морфологических соответствий и их структурирование, что в дальнейшем поможет улучшить диагностику данной нозологии.

Материалы и методы

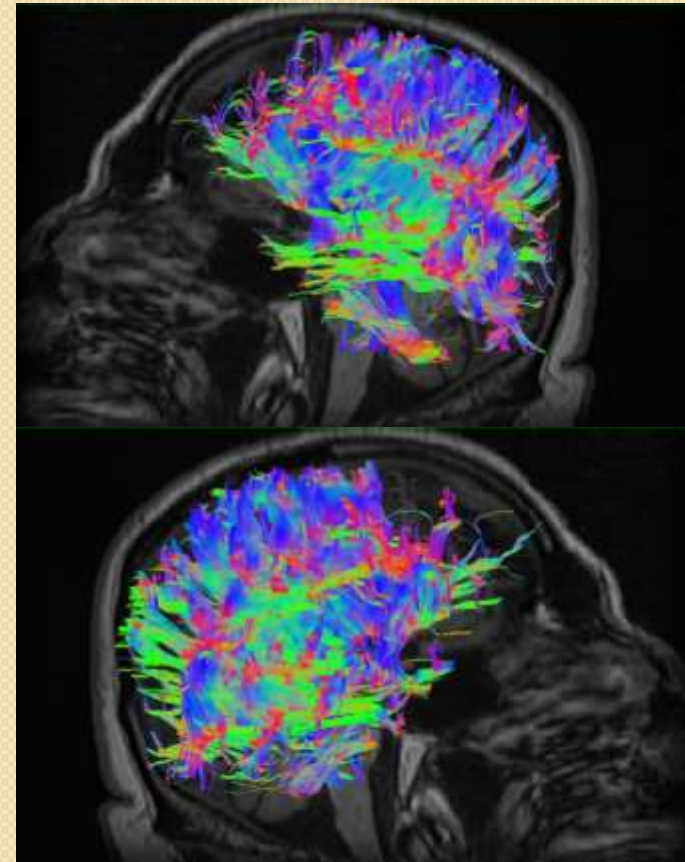
Пациентка М., 52 года, поступила в ФГБУ «Национальный медицинский исследовательский центр психиатрии и неврологии им. В.М. Бехтерева» с жалобами на нарушения памяти(отсутствовала в течение трех суток дома, а после прихода домой не могла сказать, где находилась и что с ней происходило).

Проведено подробное клинико-психопатологическое исследование, инструментальное исследование (функциональная магнитно-резонансная томография с диффузно-тензорной трактографией).

Результаты

По результатам клинико-психопатологического исследования ведущим психопатологическим симптомом является психоорганический симптомокомплекс (амнестический вариант) с выраженным снижением аттентивно-мнестических процессов, снижением уровня обобщения, критики, нарушением мотивационно-волевых характеристик, с явлениями частичной амнестической дезориентировки.

Результаты МРТ головного мозга выявили атрофические изменения гиппокампов, асимметричное расширение наружных и внутренних ликворных пространств (S>D), уменьшение объема лобных и височных долей, преимущественное в передних отделах (S>D), островковых долей (S>D). Определяется истончение и уменьшение объема мозолистого тела. Анализ диффузионно-тензорной трактографии выявляет значительное обеднение ассоциативных трактов преимущественно лобных долей обоих полушарий.



Выводы

Анализ данных клинико-психопатологического исследования и инструментального исследования позволяет выделить клинико-морфологические соответствия поведенческого варианта лобно-височной деменции

Симптомы	Морфологические изменения
Позитивные симптомы	
Расторможенность поведения	Конвексительная поверхность орбитофронтальной коры
Персеверации (двигательные и речевые)	Атрофия орбитофронтальной коры и вторичная избирательная дегенерация кортикостриальных волокон с формированием атрофии полосатого тела
Расстройство пищевого поведения	Прямая извилина лобной доли и конвексительные отделы лобных долей и атрофия латеральной орбитофронтальной коры с вторичной дегенерацией и атрофией задних отделов гипоталамуса без уменьшения уровня нейропептидов (характерна для TDP-43 пати)
Негативные симптомы	
Апатия или инертность	Симптом связан с дисфункцией нейрональных сетей префронтальной коры с передней частью поясной извилины и правой головкой хвостатого ядра, включая вентральный стриатум
Потеря эмпатии	Дегенерация нескольких «ключевых узлов»: передних отделов правой височной доли (недоминантное полушарие), фронто-инсулярная кора справа, правая передняя поясная кора и вентральный стриатум
Когнитивный дефицит	Атрофический процесс дорсолатеральной коры, передних отделов поясной извилины и дисфункция фронтостриатальной петли

На этапах клинической и инструментальной диагностики необходимо учитывать не только наличие локальной атрофии, выявляемой стандартными методами, но и оценивать функциональную коннективность проводящих путей головного мозга