Ночные симптомы при болезни Паркинсона (описание клинического случая)

А.А.Пилипович✉

ГБОУ ВПО Первый Московский государственный медицинский университет им. И.М.Сеченова Минздрава России.
119991, Россия, Москва, ул. Трубецкая, д. 8, стр. 2

В статье приводятся описание клинического случая впервые выявленной болезни Паркинсона с ночными проявлениями в виде болей, крампи и нарушений сна, диагностический подход и терапевтическая тактика с применением агонистов дофаминовых рецепторов.
Ключевые слова: болезнь Паркинсона, паркинсонизм, нарушения сна, ночные симптомы, агонисты дофаминовых рецепторов, ропинирол.
✉aapilipovich@mail.ru
Для цитирования: Пилипович А.А. Ночные симптомы при болезни Паркинсона (описание клинического случая). Consilium Medicum. Неврология и Ревматология (Прил.). 2015; 1: 25–26.

Nocturnal Parkinson's disease symptoms (case study)

A.A.Pilipovich✉

This article deals with the description of the case study concerning newly diagnosed with Parkinson's disease associated with nocturnal manifestations such as pain, crampy and sleep disorders, and diagnostic approach and therapeutic tactics using dopamine receptor agonists.
Key words: Parkinson's disease, parkinsonism, sleep disorders, nocturnal symptoms, dopamine receptor agonists, ropinirole.
✉aapilipovich@mail.ru
For citation: Pilipovich A.A. Nocturnal Parkinson's disease symptoms (case study). Consilium Medicum. Neurology and Rheumatology (Suppl.). 2015; 1: 25–26.

У большинства пациентов с болезнью Паркинсона (БП) выявляются ночные симптомы, которые приводят к нарушению сна, отрицательно влияют на эмоциональное состояние и значительно снижают качество жизни. Клинический спектр ночных симптомов БП очень широк. Это могут быть двигательные и немоторные (вегетативные, сенсорные, когнитивные и психотические) проявления заболевания, а также симптомы, обусловленные приемом лекарственных средств. Наиболее частыми среди них считаются: никтурия, нарушения сна (трудности засыпания, частые пробуждения и ранние пробуждения) и сонливость днем, аффективные расстройства, ночная акинезия и крампи. К более редким проявлениям, которые могут встретиться практикующему врачу, относятся: ночная акатизия, синдромом беспокойных ног, дистония, гипергидроз, иллюзии и галлюцинации, бред, спутанность, кошмары, психомоторное возбуждение и т.д. Конечно, такой широкий спектр ночных расстройств каждый раз требует индивидуального подхода к терапии. Тем не менее коррекция противопаркинсонической терапии в большинстве случаев приводит к уменьшению ночных симптомов БП.

Выраженность ночных симптомов зависит от степени тяжести и клинической формы заболевания. Чаще всего они возникают на развернутых стадиях и при акинетико-ригидной форме БП, хотя могут появляться и на ранних стадиях заболевания. Как раз такой случай впервые выявленной БП с ночными проявлениями в виде болей, крампи и нарушений сна приведен ниже.

Пациентка М. 58 лет впервые обратилась с жалобами на боли, чувство онемения и покалывания в левой руке, в бедрах и стопах, усиливающиеся при засыпании, беспокоят также болезненные сведения икроножных мышц по ночам. В связи с этими болями плохо спит, засыпает только под утро, встает уставшей, днем ощущает сонливость и разбитость, может заснуть при просмотре телевизора или чтении. Снизилась работоспособность, трудно сконцентрироваться. На настроение не жалуется, но отмечает, что стала немного раздражительнее, иногда может «всплакнуть» или разволноваться без причины, чего раньше за собой не замечала, исчез аппетит, похудела на 6 кг за последние полгода.

Анамнез заболевания. Боли в руке появились около года назад, за год присоединились боли и сведения в ногах, симптомы постепенно нарастают. При расспросе пациентка отмечает, что в последнее время стала замечать скованность, неловкость в правой руке и ноге, которые мешают ей готовить, одеваться и выполнять гигиенические процедуры, при ходьбе начала отставать правая нога. Однако не придавала значения этим симптомам, поскольку считает, что всему виной боли.

Анамнез жизни. Высшее образование, работает инженером. Замужем, имеет 2 детей, живет одна. Не курит, отрицает злоупотребление алкоголем. Наследственность по экстрапирамидным заболеваниям не отягощена. Менопауза с 54 лет. Перенесенные заболевания: рефлюкс-эзофагит 1-й степени, аутоиммунный тиреоидит, эутиреоз, начальная катаракта с двух сторон. Травм, оперативных вмешательств, психических расстройств не было. Склонность к гипотонии.

Данные дополнительного обследования:
- МРТ-заключение: умеренная наружная гидроцефалия;
- ЭКГ-заключение: ритм синусовый, нормальное положение электрической оси сердца.

При осмотре состояние относительно удовлетворительное, телосложение нормостеническое, кожные покровы и слизистые оболочки чистые, периферических отеков нет. Увеличенных лимфоузлов нет. Артериальное давление 94/62, частота сердечных сокращений 77, тоны сердца приглушены, ритм правильный, шумов нет. Дыхание ритмичное, 18 в минуту, при аускультации – везикулярное, хрипов нет. Живот обычной формы, мягкий, безболезненный при пальпации. Симптом поколачивания поясничной области отрицательный с обеих сторон. Стул и мочеиспускание в норме.

В неврологическом статусе: сознание ясное, ориентирована в месте, времени и собственной личности. Контактна, настроение ровное. Глотание и саливация в норме. Краниальная иннервация: острота и поля зрения в норме. Движения глазных яблок в полном объеме, диплопии, нистагма нет, слабость конвергенции. Чувствительность на лице интактна. Мимические пробы выполняет удовлетворительно, отмечается легкая гипомимия. Легкая дисфония, дизартрии и дисфагии нет. Мягкое небо и язык по средней линии без амиотрофий и фасцикуляций.

Мышечная сила 5 баллов в руках и ногах. Сухожильные рефлексы S=D, зоны вызывания обычные, патологических пирамидных знаков нет. Наблюдается повышение мышечного тонуса по пластическому типу, в аксиальной мускула-

туре и конечностях, больше слева, синдром «зубчатого колеса», умеренная олигобрадикинезия, больше слева.

В пробе Ромберга устойчива, независимо от закрывания глаз, постуральные рефлексы сохранены, сутулится. Походка: ахейрокинез слева, немного отстает левая нога. Тремора не выявляется. Чувствительность интактна. Тазовые функции контролирует.

Суммарный балл по Унифицированной шкале оценки БП составляет 37.

Психометрическое тестирование:

- по шкале депрессии Бэка – 19 баллов при норме до 7, оценка соответствует депрессивному расстройству средней степени выраженности;
- шкале тревоги Спилбергера – 42 балла – личностная и 38 – реактивная тревога при норме менее 30, оценка соответствует среднему уровню тревожности;
- визуальной аналоговой шкале боли – 7 баллов из 10;
- шкале качества жизни при БП (PDQ-39) – 46 баллов;
- шкале краткой оценки психического статуса (MMSE) – 30 баллов при норме 28–30.

На основании данных анамнеза, осмотра, инструментальных методов обследования пациентке поставлен диагноз: БП, акинетико-ригидная форма, II стадия. Легкий тревожно-депрессивный синдром. Хронический распространенный болевой синдром.

Учитывая относительно молодой возраст пациентки, умеренный двигательный дефект и сохранность когнитивных функций лечение решено начать с препарата из группы агонистов дофаминовых рецепторов. Поскольку пациентка ведет активный образ жизни и довольно негативно относится к фармакотерапии, ей предложен препарат пролонгированного действия с легкой схемой титрации и приемом 1 раз в сутки – ропинирол по 2 мг в день с постепенным повышением до 6 мг в день.

Результаты осмотра через 4 нед терапии. Пациентка довольна лечением, отмечает уменьшение болей в руке и ногах, спазмы в икрах стали гораздо реже, легче стало ходить и двигаться. Качество сна значительно улучшилось, засыпает быстрее, встает отдохнувшей, улучшились настроение и работоспособность. Нежелательных явлений не отмечает.

В неврологическом статусе отмечается положительная динамика в виде уменьшения скованности в конечностях и аксиальной мускулатуре.

Повторное психометрическое тестирование показало уменьшение показателей тревоги и депрессии, выраженности болевого синдрома и улучшение качества жизни:

- по шкале депрессии Бэка – 10 баллов при норме до 7, оценка соответствует депрессивному расстройству легкой степени выраженности;
- шкале тревоги Спилбергера – 36 балла – личностная и 34 – реактивная тревога при норме менее 30, оценка соответствует легкому уровню тревожности;
- визуальной аналоговой шкале боли – 2 балла из 10;
- шкале PDQ-39 – 36 баллов.

Пациентке рекомендовано продолжить терапию ропиниролом 6 мг в день, объяснена необходимость постоянного приема противопаркинсонических препаратов и динамического наблюдения у невролога.

Таким образом, первыми жалобами нашей пациентки, которые заставили ее обратиться к врачу, оказались немоторные симптомы БП – боли и крампи, усиливающиеся ночью и нарушающие сон. Надо сказать, что боли и разного рода парестезии (онемение, покалывание, жжение) являются одним из очень частых симптомов БП (40–70%), хотя в неврологическом статусе таких пациентов, как и у нашей пациентки, не определяется нарушений чувствительности. Предполагают, что боль у пациентов может быть связана с основными симптомами паркинсонизма, прежде всего мышечной ригидностью, сопутствующей скелетно-мышечной патологией, или может быть самостоятельным симптомом, отражающим нарушение функции ноцицептивной системы при БП. Эта боль связана с нейромедиаторными изменениями, в частности может возникать на фоне гиподофаминергического состояния, что, по всей видимости, и случилось у данной больной, поскольку добавление дофаминергического препарата привело к исчезновению боли. Вместе с болью у пациентки уменьшились и другие ночные симптомы, нормализовались сон, двигательные функции и настроение. На примере данной больной можно наблюдать также положительное влияние агонистов дофаминовых рецепторов на аффективные проявления БП. Без применения антидепрессантов, только на фоне терапии ропиниролом значительно уменьшились симптомы тревоги и депрессии, что было отмечено самой пациенткой и объективно подтверждено с помощью психометрического тестирования. Разумеется, в повышении настроения пациентки большую роль сыграло улучшение двигательных функций и общего состояния. Однако необходимо отметить и наличие у агонистов дофаминовых рецепторов собственного, независимого от двигательных влияний антидепрессивного эффекта.

СВЕДЕНИЯ ОБ АВТОРЕ

Пилипович Анна Александровна – канд. мед. наук, доц. каф. нервных болезней ИПО ГБОУ ВПО Первый МГМУ им. И.М.Сеченова. E-mail: aapilipovich@mail.ru