

Случай дебюта болезни Паркинсона на фоне панического расстройства и депрессии

А.А.Пилипович✉

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

В статье приводится описание клинического случая дебюта двигательных симптомов болезни Паркинсона на фоне панического расстройства и депрессии, изложены диагностический подход и терапевтическая тактика с применением препаратов группы селективных ингибиторов обратного захвата серотонина и агонистов дофаминовых рецепторов.

Ключевые слова: болезнь Паркинсона, паркинсонизм, депрессия, тревожные расстройства, агонисты дофаминовых рецепторов, ропинирол, селективные ингибиторы обратного захвата серотонина, пароксетин.

✉aapilipovich@mail.ru

Для цитирования: Пилипович А.А. Случай дебюта болезни Паркинсона на фоне панического расстройства и депрессии. Consilium Medicum. 2015; 17 (2): 18–20.

Case debut of Parkinson's disease on the panic disorder and depression background

A.A.Pilipovich✉

Institute of Professional Education I.M.Sechenov First Moscow State Medical University of the Ministry of Health of the Russian Federation. 119991, Russian Federation, Moscow, ul. Trubetskaya, d. 8, str. 2

This article describes the clinical case debut of motor symptoms of Parkinson's disease on the panic disorder and depression background; the diagnostic approach and therapeutic tactics of using drugs of the selective serotonin reuptake inhibitors and dopamine receptor agonists are also described.

Key words: Parkinson's disease, Parkinson's disease, depression, anxiety disorders, dopamine receptor agonists, ropinirole.

✉aapilipovich@mail.ru

For citation: Pilipovich A.A. Case debut of Parkinson's disease on the panic disorder and depression background. Consilium Medicum. 2015; 17 (2): 18–20.

Тревога характерна для «паркинсонической личности»: примерно 40% пациентов с болезнью Паркинсона (БП) страдают тем или иным тревожным расстройством. Наиболее часто встречаются обсессивно-компульсивные (10–14%) и фобические (5–16%) формы, паническое расстройство выявляется примерно у 8%, генерализованное тревожное – у 5% пациентов. Очень большое место в клинической практике занимает континуум тревоги и депрессии, более чем у 90% пациентов с БП и тревожным расстройством выявляется значимая депрессивная симптоматика.

Тревожные расстройства при БП встречаются намного чаще, чем в общей популяции гериатрических (3–5%) и пациентов с хроническими заболеваниями с сопоставимой инвалидизацией. Это является свидетельством патогенетической взаимосвязи тревожных расстройств с нейробиологическими изменениями при БП. Предполагается, что в патогенезе тревоги определенную роль играет дофаминергический дефицит, поскольку замечено, что проявления тревоги у пациентов нарастают с увеличением двигательных нарушений в off-периоде. Однако тот факт, что есть однозначная связь тревожных и двигательных расстройств при БП, так и не доказан. Предполагается также влияние дисрегуляции других медиаторных систем: адренергической, серотонинергической, γ -аминомасляной кислоты.

Закономерности развития тревоги при БП определяют нечетко. Она может как развиваться на развернутых стадиях БП, так и предшествовать моторным расстройствам, наблюдались случаи появления тревожных расстройств за 20 лет до начала БП.

Далее представлен случай дебюта моторной симптоматики БП на фоне уже имеющихся панического расстройства и депрессии.

Пациентка И., 53 года, пришла на амбулаторный прием с жалобами на ежедневные приступы и ощущения нехватки воздуха, страха, сердцебиения («сердце выскакивает из груди») и профузного потоотделения длительностью около 15–20 мин. Вне приступа беспокоят ноющие боли в правой половине тела и конечностях, больше в ноге, ощу-

щение постоянного онемения правой половины головы, тела и конечностей, постоянно возникающие и не с чем не связанные эпизодические головные боли давящего характера в лобной области («лоб как будто сжимает»). При вопросе о настроении начинает плакать, говорит, что полгода назад умер муж и с тех пор настроение ужасное, все время хочется плакать, постоянное ощущение тревоги, с трудом работает. Пациентка любит заниматься спортом, но в последнее время это стало тяжело, ощущает упадок сил, стало сложно выполнять упражнения («мешает правая нога, нога и рука стали неловкими»), правая рука дрожит, и пациентка вынуждена постоянно ее прятать, чтобы друзья и сослуживцы не увидели.

Анамнез заболевания. Четыре года назад умер отец, после чего случился первый приступ чувства нехватки воздуха, с тех пор приступы периодически повторялись, пациентка пила «какие-то успокоительные таблетки и капли», которые, по ее мнению, помогли, приступы стали реже и слабее. Два года назад заметила скованность в правой руке и начала подволакивать правую ногу при ходьбе, год назад появилась дрожь в правой руке. К врачам по этому поводу не обращалась, начала больше заниматься спортом и чувствовала себя удовлетворительно. Полгода назад, после смерти мужа, заметила резкое ухудшение состояния: усилились тремор и проблемы с походкой, общее самочувствие и настроение резко ухудшились, приступы участились до нескольких раз в день и стали интенсивнее, пациентка боится их наступления и того, что с ней произойдет что-то нехорошее во время приступа. Отмечает отсутствие аппетита, подташнивание, за последние полгода похудела на 5 кг, также беспокоят запоры.

Анамнез жизни. Образование высшее, работает по специальности – инженер. Живет одна, муж и родители умерли. Вредные привычки отрицает. Операций, травм не было. Психических заболеваний в анамнезе нет. Климакс с 48 лет (принимает Климонорм).

Сопутствующие заболевания: холецистит с 2011 г., гипотиреоз (принимает L-тироксин).

При осмотре состояние относительно удовлетворительное, телосложение астеническое, кожные покровы и слизи-

стые чистые, периферических отеков нет. Увеличенных лимфоузлов нет. Артериальное давление (АД) 118/62 мм рт. ст., частота сердечных сокращений – 72 уд/мин, тоны сердца ясные, ритм правильный, шумов нет. Дыхание ритмичное – 20 в минуту, при аускультации везикулярное, хрипов нет. Живот обычной формы, мягкий, безболезненный при пальпации. Стул: запоры. Симптом поколачивания поясничной области отрицательный с обеих сторон. Мочеиспускание (со слов пациентки): свободное, безболезненное.

В неврологическом статусе: сознание ясное, ориентирована в месте, времени и собственной личности. Пациентка контактна, много жалуется и плачет, встревожена. Лицо гипомимичное, практически нет морщин. Нарушения слюноотделения и глотания отрицает. Обслуживает себя сама, но в последнее время стало труднее резать продукты, почерк стал менее разборчивым из-за дрожания.

Краниальная иннервация: острота и поля зрения в норме. Движения глазных яблок в полном объеме, диплопии, нистагма нет, фотореакции живые. Чувствительность на лице интактна. Мимические пробы выполняет удовлетворительно, но отмечается общая гипомимия. Дисфонии, 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 мускулатуре и конечностях, больше справа, синдром «зубчатого колеса» в правой руке, умеренная олигобрадикинезия, больше справа.

В пробе Ромберга устойчива, постуральные рефлексы сохранены. Походка: небольшое укорочение длины и высоты шага, немного отстает правая нога, ахейрокинез справа. Наблюдается легкий тремор покоя и легкий постуральный тремор в правой руке. Чувствительность интактна. Тазовые функции контролирует, отмечают запоры.

Суммарный балл по унифицированной шкале оценки БП составляет 34.

Данные дополнительного обследования. *Заключение после магнитно-резонансной томографии:* участков вещества мозга с патологически измененным МР-сигналом не выявлено, признаки умеренно выраженной внутренней гидроцефалии.

Электрокардиография: синусовый ритм, частота сердечных сокращений – 68 уд/мин, нормальное положение электрической оси сердца, непостоянная блокада правой ножки пучка Гиса.

Психометрическое тестирование пациентки:

- по шкале тревоги Спилбергера набрала 39 баллов по реактивной тревожности и 60 – по личностной (при норме менее 30), что соответствует высокому уровню тревожности;
- по шкале депрессии Бека – 19 баллов при норме менее 10, оценка соответствует депрессивному расстройству средней степени выраженности;
- по шкале краткой оценки психического статуса (Mini-mental State Examination – MMSE) – 29 баллов при норме 28–30.

С учетом проведенного обследования пациентке поставлен **диагноз:** БП, ригидно-дрожательная форма, II стадия. Тревножно-депрессивное расстройство.

Диагнозу БП пациентка не верит, настаивает на собственной версии: после смерти мужа у нее развилась депрессия, и все дело только в ней. От предложенной терапии отказывается, после долгих уговоров и объяснений согласилась принимать только антидепрессант.

Пациентке назначены пароксетин (1 таблетка в сутки в первую неделю, далее – 2 таблетки в сутки) и повторная консультация через месяц.

Повторная консультация 1. Через 2 мес больная пришла на прием. За это время приступы практически прекратились, головные боли стали реже и менее интенсивные. Пациентка выглядит бодрее, перестала плакать. Рассказывает, что начала активно бороться с БП, пыталась лечиться народными средствами, однако скованность и дрожание продолжают беспокоить, боли и онемение в правой половине тела уменьшились, но до конца не прошли. Женщина согласна попробовать терапию противопаркинсоническими препаратами.

Рекомендовано:

- ропинирол 2 мг/сут с постепенным повышением до 6 мг/сут;
- продолжить прием пароксетина по 2 таблетки в сутки;
- включить в рацион больше фруктов и овощей, рыбу, морепродукты;
- повторная консультация через 2 нед.

Повторная консультация 2. Через 2 нед пациентка отмечает, что чувствует себя значительно лучше, настроение ровное, снова с удовольствием занимается спортом и продуктивно работает. Приступов панических атак за это время не было. Головные боли случаются значительно реже, если сильно переутомится на работе. Боли и онемение в правых конечностях и туловище исчезли, скованность стала меньше, проще выполнять мелкие движения, походка выровнялась. Пациентка смирилась со своим диагнозом, готова выполнять все врачебные рекомендации. Сообщает, что в последние несколько дней при переходе на дозу препарата ропинирол 6 мг/сут появлялась тошнота, поэтому вернулась к дозе 4 мг/сут.

В неврологическом статусе отмечается положительная динамика в виде уменьшения скованности и тремора.

Суммарный балл по унифицированной шкале оценки БП – 24.

Повторное психометрическое тестирование пациентки:

- по шкале тревоги Спилбергера набрала 32 балла по реактивной тревожности и 40 баллов – по личностной (при норме менее 30), что соответствует среднему уровню тревожности;
- по шкале депрессии Бека – 11 баллов при норме менее 10, оценка соответствует легкому депрессивному расстройству.

Рекомендовано:

- продолжить прием пароксетина не менее 6 мес;
- ропинирол 6 мг/сут (утром) постоянно;
- домперидон (Мотилиум) – 1 таблетка утром перед завтраком (для купирования тошноты);
- динамическое наблюдение 1 раз в 6 мес.

Таким образом, на фоне повторяющихся стрессовых ситуаций у пациентки развиваются паническое расстройство и депрессия. Ее состояние усугубляется присоединением двигательных симптомов БП. При первичном обращении в клинической картине доминирует аффективная симптоматика, пациентка негативно настроена, не хочет верить в диагноз БП и принимать предложенные лекарственные препараты. Поэтому на первом посещении назначения ограничиваются одним антидепрессантом. Пациентке назначен препарат из группы селективных ингибиторов обратного захвата серотонина (СИОЗС). Эта группа препаратов рекомендуется для терапии аффективных расстройств у пациентов с БП. Она достаточно эффективна и хорошо переносится по сравнению с трициклическими антидепрессантами. Из многочисленных представителей СИОЗС был выбран пароксетин благодаря его высокой эффективности не только при депрессивных, но и при тревожных расстройствах, в частности при панических атаках. При следующем посещении эмоциональное состояние пациентки значительно улучшилось, что позволило расширить назначения и добавить проти-

вопаркинсоническую терапию. Молодой возраст больной и нелеченый паркинсонизм предполагают начало с монотерапии агонистами дофаминовых рецепторов (АДР). Еще одним положительным моментом такой терапии является ее антидепрессивное действие. Среди препаратов данной группы нами был выбран ропинирол (пролонгированная форма) в связи с рядом преимуществ: хорошая эффективность, широкое терапевтическое окно, простая титрация, прием 1 раз в сутки и хорошая переносимость. Тем не менее у пациентки возник побочный эффект – тошнота при наращивании дозы препарата до 6 мг, в связи с чем при повторной консультации был назначен домперидон (Мотилиум).

Домперидон – антагонист дофамина, обладающий противорвотными свойствами, схожими с действием метоклопрамида и некоторых нейролептиков. В отличие от этих лекарственных препаратов домперидон плохо проникает через гематоэнцефалический барьер, поэтому не

мешает действию дофаминергических препаратов в центральной нервной системе, одновременно купируя нежелательные эффекты, связанные с периферическим действием дофамина. Домперидон часто назначается при БП и хорошо помогает для устранения побочных эффектов со стороны желудочно-кишечного тракта.

Результатом проводимой комплексной терапии стали значительное снижение уровня тревожно-депрессивных расстройств, исчезновение панических атак и улучшение в двигательной сфере БП. Пациентке была объяснена важность длительного приема антидепрессанта для предотвращения рецидива панического и депрессивного расстройства.

Необходимыми моментами терапии пациента с дебютом БП являются разъяснение необходимости постоянного приема противопаркинсонических препаратов, правильное питание и физические упражнения для предотвращения запоров.

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