

И. В. Володина, Т. В. Ромашова

Научный руководитель: к.м.н., доцент, заведующий кафедрой «Неврология, нейрохирургия и психиатрия» Е. В. Петрова

*Федеральное государственное бюджетное образовательное
учреждение высшего образования
«Пензенский государственный университет»
г. Пенза, Российская Федерация*

ТРЕВОГА И ДЕПРЕССИЯ ПРИ БОЛЕЗНИ ПАРКИНСОНА: КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ

Введение

Болезнь Паркинсона (БП) – это распространенное хроническое нейродегенеративное заболевание, характеризующееся прогрессирующей гибелью дофамин-продуцирующих нейронов в черной субстанции среднего мозга [1]. В условиях глобального старения населения БП становится все более значимой проблемой здравоохранения, что подтверждается ростом заболеваемости и связанным с этим бременем для системы здравоохранения [2]. По экспертным оценкам, в России около 200 тысяч человек страдают от этого заболевания [3].

БП характеризуется широким спектром моторных (тремор, ригидность, брадикинезия, постуральная неустойчивость) и немоторных проявлений. Особое внимание заслуживают психоэмоциональные расстройства, среди которых тревога и депрессия представляют собой наиболее распространенные и дезадаптирующие симптомы, оказывающие существенное негативное влияние на качество жизни пациентов [4]. Важно отметить, что психоэмоциональные проявления БП корректируемы, и своевременная диагностика и лечение могут значительно улучшить самочувствие и функциональность пациентов.

Цель

Демонстрация клинического случая психоэмоциональных нарушений и возможностей терапевтической коррекции у больного с болезнью Паркинсона.

Материал и методы исследования

Использовались клинический, экспериментально-психологический и лабораторно-инструментальный методы, анализ медицинских документов пациента.

Результаты исследования и их обсуждение

Пациент И. И., 73 года, с болезнью Паркинсона смешанного типа и сопутствующими жалобами на подавленное настроение, тревогу, ангедонию и нарушения сна, проходил лечение в гериатрическом центре на базе неврологического отделения ГБУЗ «Пензенский областной госпиталь для ветеранов войн».

Анамнез заболевания

Дебют БП в возрасте 65 лет, когда впервые появились тремор покоя в правой руке и замедленность движений. В течение последующих лет отмечалось постепенное прогрессирование двигательных нарушений с распространением тремора на левую руку и ноги, появлением ригидности мышц и постуральной неустойчивости. Пациент отмечал, что двигательные нарушения значительно ограничивают его повседневную активность, затрудняют самообслуживание и передвижение. На протяжении последних 8-ми лет пациент получал терапию противопаркинсоническими препаратами: карбидопа+левадопа (250 мг+25 мг/сут) и прамипексол пролонг (3 мг).

Тревожные и депрессивные симптомы появились примерно через 5 лет после постановки диагноза БП. Пациент отмечал постоянное чувство внутреннего напряжения, беспокойство, тревожные мысли о будущем, снижение настроения, потерю интереса к жизни. Симптомы усиливались в периоды ухудшения двигательных нарушений и при возникновении социальных трудностей. Ранее пациент не получал специфического лечения по поводу тревожно-депрессивного расстройства.

Проживает один, получает поддержку от родственников и социальных служб. Из сопутствующих заболеваний – сахарный диабет II типа, диабетическая дистальная полинейропатия нижних конечностей.

Объективный статус

Соматический статус без признаков декомпенсации.

Неврологический статус. Сознание ясное. Ориентирован полностью. Черепно-мозговые нервы без очаговой симптоматики. Двигательная сфера: тремор покоя и действия в конечностях, больше правых. Тремор усиливается при волнении и уменьшается в покое. Ригидность мышц по типу «зубчатого колеса» в конечностях, более выраженная справа. Брадикинезия: замедленность движений, обеднение мимики, тихая монотонная речь. Постуральная неустойчивость: при выполнении пробы Ромберга пошатывается, нуждается в поддержке. Рефлексы живые, симметричные. Патологические рефлексы отсутствуют. Оценка по шкале Хен-Яра: 3–4 стадия. Моторные пробы: Выявлено снижение амплитуды и скорости выполнения движений (постукиваний, сжиманий-разжиманий). Преобладает ригидность в дистальных отделах конечностей.

Психический статус. Пациент опрятен, одет соответственно возрасту и обстановке. Мимика обеднена, выражение лица печальное. Аффект с преобладанием грустных оттенков. Плаксивость не наблюдается, однако пациент легко расстраивается при обсуждении своего состояния. Темп мышления замедлен. Речь тихая с длительными паузами между фразами. Содержание мышления характеризуется фиксацией на негативных переживаниях, связанных с болезнью, ограничением физических возможностей и ухудшением качества жизни. Суицидальные мысли отрицает, однако высказывает пассивное желание «уснуть и не проснуться». Интеллект, память и внимание: интеллект соответствует возрасту и уровню образования. Память несколько снижена, особенно страдает воспроизведение недавних событий. Внимание рассеянное, трудно концентрироваться на задаче. Отмечает трудности с запоминанием новой информации и выполнением сложных задач. Критичность к своему состоянию сохранена.

Результаты клинико-психологического и лабораторно-инструментального обследования.

HADS: клинически выраженная тревога (11 баллов); субклиническая депрессия (10 баллов).

Скрининг MoCA: 22 балла, легкая степень когнитивных нарушений.

Показатели качества жизни по опроснику PDQ-39 в баллах: подвижность – 60; повседневная активность – 50; эмоциональное благополучие – 70; стигматичное поведение – 80; социальная поддержка – 40; когнитивные функции – 55; коммуникация – 45; дискомфорт – 65.

MPT головного мозга: умеренная кортикальная атрофия с преимущественным вовлечением теменных долей.

Диагноз: Болезнь Паркинсона смешанного типа, 3–4 стадия по шкале Хен-Яра, медленно прогрессирующее течение. Тревожно-депрессивное расстройство. Сахарный диабет II типа, диабетическая дистальная полинейропатия нижних конечностей.

Лечение. Учитывая выраженность тревожно-депрессивного расстройства, наличие сопутствующей диабетической полинейропатии и отсутствие эффекта от ранее проводимой терапии, было принято решение о назначении дулоксетина в дозе 60 мг/сут. Терапия противопаркинсоническими препаратами была продолжена в прежнем режиме.

После трех месяцев комплексного лечения с применением антидепрессанта субъективно пациент отмечал повышение уровня бодрости и снижение интенсивности тревожных мыслей. Оценка по шкале HADS выявила снижение показателей тревоги и депрессии до 8 баллов по каждой шкале, что соответствует субклиническому уровню и свидетельствует об улучшении по сравнению с исходными данными.

Повторный скрининг МоСА выявил незначительную положительную динамику, с увеличением результата до 23 баллов (прирост 4%). При этом, субъективная и объективная оценка памяти не выявила существенных изменений.

Оценка качества жизни по шкале PDQ-39 показала улучшение по всем доменам. Наиболее значительное улучшение наблюдалось в подвижности (25%) и стигматичном поведении (30%), возможно, из-за уменьшения боли и повышения самооценки соответственно. Также отмечено существенное улучшение эмоционального благополучия (23%), что может свидетельствовать о снижении уровня тревоги и депрессии. Несмотря на общий прогресс, минимальные изменения зафиксированы в когнитивных функциях, требующие дальнейшей оценки и потенциального применения когнитивных тренингов или фармакотерапии.

Выводы

1. Депрессия и тревога являются распространенными и дезадаптирующими немоторными симптомами БП, которые усложняют клиническую картину и требуют своевременной диагностики и лечения.

2. Использование психометрических инструментов, таких как HADS, позволяет объективизировать оценку психоэмоционального состояния пациентов с БП и выявлять клинически значимую депрессию и тревогу.

3. Назначение антидепрессанта дулоксетина в дополнение к базовой противопаркинсонической терапии может быть эффективным подходом к коррекции психоэмоциональных расстройств и улучшению качества жизни у пациентов с БП, что подтверждено шкалами PDQ-39 и МоСА.

4. Необходимы дальнейшие исследования для оценки эффективности различных терапевтических подходов к коррекции немоторных симптомов БП, включая депрессию и тревогу, и улучшения качества жизни пациентов.

СПИСОК ИСПОЛЬЗОВАННОЙ ЛИТЕРАТУРЫ

1. Болезнь Паркинсона: эпидемиология и патогенез / Д. А. Борозденко, В. И. Богородова, Н. М. Киселева [и др.] // Российский медицинский журнал. – 2021. – № 27 (2). – С. 183–194.
2. Trends in the Incidence, Prevalence, and Years Lived With Disability of Parkinson's Disease in 204 Countries / Territories From 1990 to 2019 / Z. Ou [et al.] // Front Public Health. – 2021. – № 7 (9). – P. 776–847.
3. Раздорская, В. В. Болезнь Паркинсона в России: распространенность и заболеваемость (обзор) / В. В. Раздорская, О. Н. Воскресенская, Г.К. Юдина // Саратовский научно-медицинский журнал. – 2016. – № 12 (3). – С. 379–384.
4. Psychiatric Manifestation in Patients with Parkinson's Disease / J. W. Han [et al.] // J. Korean Med. Sci. – 2018. – № 33 (47). – P. 300.