

ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНАЯ ДИАГНОСТИКА ЭССЕНЦИАЛЬНОГО ПАРКИНСОНИЧЕСКОГО ВИДОВ ТРЕМОРА

Магжанов Р.В., Ибатуллин Р.А., Давлетова А.И.

*Башкирский государственный медицинский университет,
Республиканская клиническая больница им. Г.Г. Куватова, г. Уфа*

Введение. Тремор является наиболее частой формой двигательных расстройств и представляет собой проявление большого числа заболеваний. Среди всех неврологических нозологий, сопровождающихся дрожани-ем, самой известной, пожалуй, является болезнь Паркинсона (БП). Вероятно, данное обстоятельство и является причиной гипердиагностики БП при наличии у больного любого вида тремора. В клинической практике врачу наиболее часто приходится проводить дифференциальный диагноз между дрожанием при БП и дрожанием, обусловленным эссенциальным тремором (ЭТ).

ЭТ представляет собой одно из самых частых заболеваний экстрапирамидной системы, ведущим проявлением которого является постурально-кинетический тремор рук и других частей тела. Для БП более характерен тремор покоя [7]. Четкому разграничению БП и ЭТ препятствует ряд причин: отсутствие специфических диагностических признаков, короткий период наблюдения, недостаток клинических и анамнестических данных и др. [5]. Кроме того, встречаются случаи, когда у пациента с БП наблюдается только постуральный тремор или когда постуральный тремор дебютирует задолго до появления тремора покоя и других проявлений (брадикинезия, ригидность) [7]. С целью уточнения этиологии заболевания предлагается клиническая оценка тремора по основным его свойствам [2, 10], среди которых важными являются наличие тремора покоя рук или кинетического тремора, асимметричность, ответ на лекарственные средства и пр.

Практически важным остается вопрос лечения этого синдрома, объединяющего БП и ЭТ в группу наиболее часто дифференцируемых заболеваний. В случае БП в качестве терапии наиболее широко используют препараты леводопы, агонисты дофаминовых рецепторов и пр. [1]. При ЭТ обычно среди наиболее эффективных указываются клоназепам и β -адреноблокаторы.

Цель исследования – оценка возможности дифференциальной диагностики ЭТ и БП по частоте встречаемости основных характеристик дрожания при этих заболеваниях.

Материалы и методы. Нами были обследованы направлявшиеся на консультацию к паркинсологу пациенты (50 человек), как с уже установленным диагнозом БП, так и пациенты с подозрением на БП в связи с наличием у них основной жалобы на дрожь в различных частях тела. Клинические проявления были оценены по основным критериям, используемым при дифференциальной диагностике тремора. Учитывались возраст начала, семейный анамнез, влияющие факторы, локализация, симметричность, частота, ответ на лекарственные препараты и наличие постурального или кинетического типов дрожания рук (табл. 1).

Таблица 1.

Клиническая характеристика тремора в исследуемых группах

Клинические признаки	Болезнь Паркинсона	Эссенциальный тремор
Возраст начала тремора	61,3±10,1	49,1±19,2
Положительный семейный анамнез*	13,7%	50%
Тремор по типу сгибания-разгибания пальцев рук	86,2%	75%
Факторы, влияющие на тремор		
- Покой	Усиление (65,5%)	Ослабление (80%)
- Действие*	Ослабление (51,7%)	Усиление (95,5%)
- Умственная концентрация*	Ослабление (60%)	Не влияет (85%)
- Ходьба*	Усиление (68,9%)	Ослабление (76,2%)
- Алкоголь*	Не влияет (37,5%)	Ослабление (100%)
Наличие постурального тремора	41,3%	60%
Наличие тремора покоя*	68,9%	20%
Наличие кинетического тремора*	48,3%	75%
Асимметричность тремора конечностей*	100%	75%
Наличие тремора другой локализации	20,7% (подбородок)	45% (подбородок, голова)
Ответ на лекарственные препараты среди пациентов, принимавших их*	86,2% (на дофаминергические препараты)	47,6% (на клоназепам)

*- $p < 0,01$

Пациенты были разделены на две группы: больные с установленными диагнозами «болезнь Паркинсона» (29 человек) и «эссенциальный тремор» (21 человек). Статистическая обработка проводилась с использованием стандартного пакета анализа данных MS Excel с вычислением средних величин, средней ошибки, квадратичного отклонения и коэффициента достоверности.

Результаты и обсуждение. Классический тремор покоя, согласно диагностическим критериям [9], был отмечен у 20 пациентов (68,9%) с установленным ранее диагнозом БП, либо с диагностированной впервые БП. Наиболее частыми признаками паркинсонического дрожания, в отличие от ЭТ ($p < 0,01$), оказались критерии, характеризующие асимметричность тремора конечностей (100%) и эффективность дофаминергических средств (86,2%).

то время как для ЭТ, в отличие от паркинсонического дрожания, наиболее характерными ($p < 0,01$) оказались факторы ослабления при приеме алкоголя (100%), усиления при осуществлении действия (95,5%) и отсутствия влияния умственной концентрации (85%). Реже встречающимися, но также достигшими статистической разницы оказались не менее важные признаки дрожания (табл.1): положительный семейный анамнез (50% у больных ЭТ и 13,7% с БП), фактор влияния ходьбы на выраженность тремора (усиление – 68,9% при БП, ослабление – 76,2% при ЭТ) и наличие кинетического дрожания (75% – при ЭТ, 48,3% – при БП).

Противопаркинсонические препараты по своему влиянию на выраженность дрожания при БП были эффективны более чем в 85% случаев. Среди пациентов с ЭТ при приеме Клоназепама улучшение отмечали 10 человек из 21 (47,6%); при приеме β -адреноблокаторов было отмечено уменьшение тремора у двух принимающих его пациентов.

Одним из самых действенных препаратов в лечении тремора при БП называется прамипексол [4]. По данным О.С. Левина и соавт. [3], при применении прамипексола выраженность тремора покоя уменьшилась по сравнению с исходным уровнем в среднем на 54%, а постурального – на 50%. Прамипексол как и другие агонисты дофаминовых рецепторов [6] могут использоваться как в режиме монотерапии на начальных стадиях БП, так и в комбинации с другими противопаркинсоническими препаратами на более поздних этапах.

Помимо агонистов дофаминовых рецепторов в лечении БП, а также для дифференциальной диагностики между БП и ЭТ применяются препараты леводопы. В случаях, представляющих особые затруднения, помощь в окончательной постановке диагноза может оказать леводопа-тест [8]. Его суть состоит в приеме 250 мг леводопы в сутки в течение 4-5 дней, после чего оценивается степень уменьшения выраженности моторных нарушений.

Выводы. 1) Таким образом, важно подчеркнуть следующее, что наличие других вариантов дрожания, помимо тремора покоя, совсем не исключает БП. В обследованной выборке больных БП у 68,9% пациентов имелся классический тремор покоя, у 48,3% – кинетический вариант тремора и у 41,3% – постуральный тремор.

В случаях отсутствия типичного варианта тремора покоя и с целью уточнения этиологической принадлежности синдрома (БП или ЭТ) требуется оценка целого комплекса симптомов, характеризующих дрожание. Особенные затруднения может вызывать дифференциальная диагностика тремора между БП и ЭТ при сомнительных проявлениях главного клинического маркера БП – брадикардии.

Дополнительную помощь в дифференциальной диагностике данных нозологий может оказать положительный эффект при приеме препаратов леводопы и агонистов дофаминовых рецепторов в случае болезни Паркинсона и клоназепама и β -адреноблокаторов – при эссенциальном треморе. В нашем исследовании положительный эффект при приеме противопаркинсонических препаратов наблюдался у 86,2% больных БП; и у 47,6% пациентов отмечено уменьшение дрожания при приеме клоназепама в случае эссенциального тремора.

Литература

Иванова, Е.О. Тремор: патогенез, особенности клинической картины и лечение / Е.О. Иванова, И.А. Иванова-Смоленская, С.Н. Иллариошкин // Неврологический журнал. – 2013. – № 5. – С. 4-12.

Иллариошкин, С.Н. Дрожательные гиперкинезы. Руководство для врачей / С.Н. Иллариошкин, И.А. Иванова-Смоленская.

– Москва: Атмосфера. – 2011. – 360 с.

Влияние агониста дофаминовых рецепторов прамипексола (Мирапекса) на тремор, аффективные нарушения и качество жизни у больных с болезнью Паркинсона / Левин О.С. [и др.] // Журнал неврологии и психиатрии. – 2010. – №2. – С.39-44.

Левин, О.С. Тремор при болезни Паркинсона: особенности феноменологии и лечения / О.С.Левин, В.К. Датиева// Современная терапия в психиатрии и неврологии. – 2014. - № 3. – С.14-19.

Обухова, А. В. Паркинсонизм на специализированном амбулаторном приеме / А. В. Обухова, Д. В. Артемьев // Неврологический журнал. – 2009. – Т. 14, № 6. – С. 48-54.

Пилипович, А.А. Эффективность Пронорана у пациентов с болезнью Паркинсона / А.А. Пилипович // ConsiliumMedicum.

– 2014. – 09. – C.5-10

Bhidayasiri, R. Differential diagnosis of common tremor syndromes / R. Bhidayasiri // Postgraduate Medical Journal. – 2005. – Vol. 81. – P. 756–762.

The levodopa test in Parkinson's disease / D.F.D'Costa // Age Ageing. – 1995. – 24(3). – P.210-212.

Gibb, W.R. The relevance of the Lewy body to the pathogenesis of idiopathic Parkinson's disease / W.R.Gibb, A.J.Lees // JNeurol-NeurosurgPsychiatry. – 1988. – 51(6). – P.745–752.

A clinicopathologic study of 100 cases of Parkinson's disease / AJ Hughes[et al] // ArchNeurol. – 1993. – Vol.50, No. 2. – P.140-148.