

**ПСИХИЧЕСКИЕ РАССТРОЙСТВА ПРИ БОЛЕЗНИ
ПАРКИНСОНА И КАК ОСЛОЖНЕНИЕ ОТ ЕЕ ЛЕЧЕНИЯ**

Елена Николаевна Анисимова, Давыд Моисеевич Менделевич

*Казанский государственный медицинский университет, кафедра психиатрии с курсом
наркологи, 420012, г. Казань, ул. Бутлерова, 49, e-mail: tulula84@mail.ru.*

Реферат. Описано клиническое наблюдение больной 52 лет, страдающей болезнью Паркинсона и имеющей в своем анамнезе два психотических эпизода. Произведена сравнительная оценка возможности возникновения эпизодов как при психическом расстройстве в случае болезни Паркинсона, так и вследствие лечения дофаминиметиками.

Ключевые слова: болезнь Паркинсона, психотический эпизод, осложнения фармакотерапии.

ПАРКИНСОН АВЫРУУЫ ••М АНЫ Д•ВАЛАУ
БАРЬШЫНДАГЫ ПСИХИК ТАЙПЫЛЫШЛАР

Елена Николаевна Анисимова,
Давыд Моисеевич Менделевич

Казан дәүләт медицина университеты, психиатрия
кафедрасы (наркология курсы белән), 420012, Казан
ш.һ.ре, Бутлеров урамы, 49, tulula84@mail.ru

Паркинсон авырууы, анамнезында ике психотик эпизод күзгә телгән 52 яшьлек хатын-кызның клиник тикшерү-күзгү тасвирлана. Психотик эпизодларны Паркинсон авырууы барышындагы психик тайпылышлар вакытында да, шулай ук авырууы дофаминиметиклар белән дәвалау нәтижесендә дә килеп чыгу ихтималлыгы чагыштырып өйрәнелә.

Төп төшенчәләр: Паркинсон авырууы, психотик эпизодлар, фармакотерапиядән соңгы өзгәчләр.

MENTAL DISORDERS AT PARKINSON
DISEASE AND ITS THERAPY

Elena Nickolaevna Anisimova,
David Moiseevich Mendelevich

Kazan state medical university, chair of psychiatry and
narcology, 420012, Kazan, Butlerov street, 49,
e-mail: tulula84@mail.ru.

A clinical observation of a 52-aged woman, suffering from Parkinson disease and having two psychotic episodes in her anamnesis, is presented. There was done a comparative evaluation of a possibility of episode emerging both at psychotic disorder (in Parkinson disease) and after dophamine medications.

Key words: Parkinson disease, psychotic episode, complications after pharmacotherapy.

Болезнь Паркинсона (БП) – прогрессирующее нейродегенеративное заболевание нервной системы, характеризующееся замедленностью произвольных движений, ригидностью мышц, их дрожанием (тремором) в состоянии покоя, обеднением мимики, согбенной позой, изменением походки (маленькие шажки, отсутствие нормального размахивания рук). В основе генеза заболевания лежит дисфункция «черного вещества» (substantia nigra) – структуры, расположенной в среднем мозге. По неизвестным причинам в этом участке мозга поражаются пигментные нервные клетки, теряющие пигмент, который в норме содержится. Наряду с этим происходит обеднение их дофамином – нейромедиатором, необходимым для поддержания нормальной двигательной активности. На сегодняшний день можно вести речь лишь о предрасполагающих факторах БП, и среди них выделяют возраст более 60 лет (установлено, что в возрасте 65 лет БП страдают 3% населения, 80 лет — 10%). Что касается внешних факторов, то это попадание в организм солей тяжелых металлов и пестицидов. Из относительных факторов риска можно указать профессию врачей и учителей. К факторам, снижающим риск заболевания, относится курение, что связано с активацией никотином Н-холинорецепторов мозга и стимуляцией высвобождения дофамина. Очень важно разграничивать между собой первичный (идиопатический) паркинсонизм, который включает БП и наследственный вариант ювенильного паркинсонизма, и вторичный (симптоматический) паркинсонизм, связанный с осложнениями церебрального поражения (сосудистый, токсический, посттравматический, постэнцефалитический, лекарственный). Для постановки диагноза БП принято исходить из следующих клинических признаков: нарушения моторной инициативы, нарушения кинетической «мелодии» движения; быстрой истощаемости при выполнении повторных заданий с постепенным

уменьшением их амплитуды и «затуханием» двигательной активности. Гипокинезия при БП сочетается с постепенным развитием пластической гипертонии (обычно нисходящего типа — мускулатура шеи, верхних, затем нижних конечностей туловища). Тремор покоя — ритмичный, постоянный, стереотипный гиперкинез, возникающий в отсутствии какой-либо двигательной активности, чаще с частотой от 4 до 8 в 1 секунду и наблюдается преимущественно в дистальных отделах конечностей, напоминая «счет монет». Характерна ригидность, которая представляет собой повышение мышечного тонуса по пластическому типу и выявляется при пассивном растяжении мышц, а также постуральная неустойчивость, выражающаяся в неспособности удерживать равновесие при изменении позы [3].

Наряду с неврологической симптоматикой, по данным различных авторов, на поздних стадиях при БП появляются психические нарушения. Когнитивные расстройства лидируют среди психических нарушений при БП и наблюдаются практически у каждого больного на поздних стадиях развития — это снижение оперативной памяти, причем память на текущие события в большинстве случаев не страдает. У больных нарушается возможность быстрого переключения с одного источника информации на другой, поэтому они испытывают трудности при запоминании отвлеченной информации; осмысленное структурирование облегчает запоминание. Замедление мыслительных процессов также относится к когнитивным нарушениям, но, в отличие от дементных, больные БП с легкостью могут использовать внешние подсказки. Мышление больных при БП характеризуется инертностью, пациенты склонны принимать решения, базирующиеся на прошлом опыте, остерегаться новшеств различного характера. Третья составляющая когнитивных нарушений — это зрительно-пространственные расстройства, которые способствуют потере ориентировки в пространстве, рисовании, конструировании [1].

Если больной пожилого возраста и длительность заболевания превышает 5 лет, то когнитивные нарушения часто приобретают форму деменции (30—40%), которая усиливает риск развития психотических осложнений от дофаминергической терапии. От 10 до 40% пациентов страдают различными формами депрессии. В большинстве случаев депрессия выступает предвестником заболевания. Установлено, что

депрессия имеет корреляцию с деменцией: чем тяжелее степень деменции, тем легче протекают депрессивные эпизоды. Кроме депрессии у больного в отдельной форме могут выявляться апатия и ангедония [4]. Депрессия может встречаться и в рамках лечения антипаркинсоническими препаратами. Двигательные флюктуации во времени сопровождаются фазовыми изменениями настроения. В стадии «включение» может возникать чувство эйфории, иногда гипоманиакальные симптомы и сексуальная расторможенность, в стадии «выключение», наоборот — депрессивные состояния [5].

Нарушения сна могут служить прогностическими признаками развития дофаминимитического психоза, которые проявляются как трудностями при засыпании, ночными пробуждениями, так и парасомниями. Больные испытывают физические переживания собственных сновидений, часто очень неприятных. Переживания отражаются в двигательных нарушениях, представленных вокализацией, вскрикиваниями, бормотанием во сне, судорожными подергиваниями конечностей и туловища, беспокойством, компульсивными неосознанными стремлениями. Сон становится неполноценным, утром пациенты испытывают общую неудовлетворенность качеством сна, в связи с этим возможны приступы непреодолимой сонливости [1].

Значимыми при БП являются и психотические проявления, встречающиеся на поздних стадиях (у 30—40%). Доказано, что психотические нарушения имеют прямо пропорциональную связь с возрастом больных и степенью их деменции. Часто психозы провоцируются изменением схемы лечения, а также присоединением какой-либо инфекции. При БП могут встречаться галлюцинации, иллюзии, бред, делирий. В результате усугубления болезненной симптоматики наблюдается галлюцинозная трансформация. Вначале появляются экстракамбинные галлюцинации. Больных преследует чувство, что кто-то стоит за спиной или проходит мимо. Позже появляются кратковременные зрительные галлюцинации в виде людей или животных — так называемый доброкачественный галлюциноз, проявляющийся чаще в ночное время суток, причем у больного сохраняются критика и ориентация. К галлюцинациям присоединяются бредовые идеи, критика исчезает, галлюцинации

приобретают угрожающий характер. Наиболее характерны бредовые идеи преследования, ущерба, ревности [3].

Трудность в диагностике психотических проявлений при БП составляет их схожесть с психотическими побочными явлениями при лечении дофаминомиметиками. По данным литературы, при антипаркинсонической терапии встречаются все вышеперечисленные психотические проявления. Во многих случаях перед развитием галлюцинаций наблюдаются предвестники в виде психомоторного возбуждения, расторможенности, эйфории, гиперсексуальности, ночных кошмаров, бессмысленного перебирания предметов, акатизии.

Мы наблюдали больную, у которой трудно было установить происхождение эпизода острого психоза, так как он имел сходную клиническую картину как с описанными в литературе самостоятельными психотическими нарушениями при болезни Паркинсона, так и с осложнениями в результате лечения дофаминомиметиками.

Больная М. 52 лет была доставлена БСМП впервые в жизни в сопровождении сестры и дочери 12. 10. 08 г. Семейный анамнез психическими заболеваниями не отягощен. Больная — старшая из 3 детей, родилась недоношенной и до 6-месячного возраста не отставала в психомоторном развитии от доношенных детей, т.е. проявляла интерес к окружающему, узнавала мать, смеялась, научилась держать голову, переворачиваться на живот. В возрасте 6 месяцев ребенок перенес пневмонию и после этого стал отставать в развитии: начал ходить в 2,5 года, в течение первых пяти лет в своем лексиконе имел ограниченный запас слов. Детские дошкольные учреждения девочка не посещала, росла капризным ребенком, но истерикам предпочитала отмалчивания. В своем поведении проявляла избирательность: в то время как родственникам высказывала недовольства в жесткой форме, с «чужими» была сдержанной. Первый класс дублировала, дальше училась с младшей сестрой в одном классе. Больная очень трудно запоминала учебный материал, не умела выполнять задания, требующие логического и абстрактного мышления, все задания делала за нее сестра. Одноклассники больной никогда не указывали на ее недостатки, так как сестра была отличницей и в классе пользовалась уважением. Окончив 8 классов средней школы, вместе с сестрой М. уехала в Казань и с тех пор живет в общежитии, которое ей предоставили на работе. Работала охранницей на пороховом заводе, после сокращения — уборщицей на этом же заводе, но последние 4 года из-за болезни не работает, живет в деревне у матери, в город приезжает только на лечение. Недолго была замужем, овдовела. С мужем часто ссорились, так как всегда была упрямой, старалась «поставить на своем» даже в несущественных вопросах, но мыслей о разводе

не возникало, родила дочь, которая является студенткой вуза и живет с матерью.

Перенесенные и сопутствующие заболевания: пневмония, варикозное расширение вен нижних конечностей, рожистое воспаление голеней. 4 года назад больной был выставлен диагноз: болезнь Паркинсона. На протяжении этих лет у больной развивались все неврологические симптомы, соответствующие диагнозу: шаркающая походка, тремор всего тела, усиливающийся, когда больная волновалась или пыталась выполнить целенаправленные движения: вставить иголку в нитку, написать что-нибудь. Последние полгода жила «от таблетки до таблетки», принимала по 125 мг накома каждые 3 часа, иначе возникала скованность во всей мускулатуре. Побуждения в связи с этим состоянием были скудные, большую часть времени проводила в постели. Неврологическая симптоматика сопровождалась депрессией, астенизацией, больная часто плакала по пустякам. Последний год могла говорить невпопад: начиная разговор на одну тему, заканчивала его совсем на другую и тут же забывала, о чем вообще говорила. Снижался интеллект: требовалось значительное количество времени для решения бытовых задач, не могла применять на практике полученные знания. Направившись в туалет на даче, могла справить нужду в неотведенном для этого месте вследствие плохой ориентировки в пределах территории собственного участка. Летом этого года был психотический эпизод длительностью в 30 минут, вызванный замечанием, сделанным родственником в ее адрес. Больная схватилась за нож, стала кричать, что зарежется. Попытки родственников успокоить ее не приносили результатов, на протяжении всего эпизода больную приходилось удерживать. Спустя 30 минут она обессилела и уснула. К врачам не обращалась. Кроме имеющихся ранее психических нарушений после психотического эпизода присоединились раздражительность и гневливость.

Второй психотический эпизод у больной произошел ночью 12.10.08 г. Вернувшись от родственников, дочь застала больную в возбужденном состоянии: она кричала о том, что ее травят газом, воздействуют излучением, умоляла свою мать не умирать, просила отпустить ее, обещала озолотить. Была злобной, не удавалось удержать ее, перебила окна в комнате, пыталась выброситься из окна. Сознание на момент психотического эпизода было помрачено; дезориентирована в месте и во времени. Больная двигательно расторможена, действия ее нецеленаправленны, голос громкий, охрипший, артикуляция нарушена. Родные вызвали одновременно представителей РОВД и БСМП, до приезда скорой помощи больная удерживалась милицией. 12.10.08 г. поступила в 3-е женское отделение РКПБ: ориентирована приблизительно, профиль больницы понимает, осмысляет замедленно. Не отрицает объективных сведений, но говорить ни о чем не хочет: «Я очень устала. Дайте мне таблетку и поесть, все расскажу завтра». Выглядит подавленной,

малоподвижна, с родными обращается ласково. На следующий день при расспросе больная не помнит подробностей психотического эпизода; говорит, что в ту ночь у нее «поехала крыша». Назначен сероквель утром (100 мг) и феназепам на ночь (0,5 мг).

На протяжении всего пребывания в стационаре больная была тихой и малозаметной. Все время жаловалась на отсутствие сил, в связи с чем часто отказывалась идти в столовую, просила принести ей еду в постель. На осмотр к врачам шла шаркающей походкой, с чьей-либо помощью, руки были приведены к туловищу. При расспросах отвечала односложно, стремилась поскорее уйти из кабинета врача. На попытку продолжить беседу отвечала: «Я все равно ничего не скажу». Выписки домой боится, так как предполагает, что дома пускали газ, и все это было на самом деле. За время нахождения в стационаре психотической симптоматики не повторялось. Невропатологом был выставлен диагноз: болезнь Паркинсона акинетико-дрожательной формы, цереброваскулярная болезнь, хроническая ишемическая болезнь мозга, дисциркуляторная энцефалопатия 2-й степени с двусторонней пирамидной симптоматикой.

Для анализа истории болезни мы сопоставили данные о появлении у больной психотического эпизода в рамках БП и данные о возможном осложнении фармакотерапии дофаминомиметиками (табл. 1). При этом мы оперировали лишь небольшими фактами о течении заболевания, так как многие из них не являлись однозначными. Отсутствие повторения психотических эпизодов в условиях госпитализации можно отнести как к купированию их нейролептиками, так и к самостоятельному исчезновению симптома при прекращении приема дофаминомиметического препарата. В нашем случае обнаруженной деменции также не стоило придавать в дифференциальной диагностике слишком большого значения, так как больная с детских лет отставала в умственном развитии. Полагаясь на большинство клинических фактов, мы пришли к выводу, что психотический эпизод больной М. был вызван побочными эффектами дофаминотерапии. Больной всего 4 года назад был выставлен диагноз БП, что является, по данным литературы, недостаточным сроком для формирования психотической симптоматики. Полное отсутствие психопатологической симптоматики вне нарушенного сознания позволяет отнести ее болезненные симптомы к осложнению от лечения. Пациентка не достигла 60 лет, который авторы считают возрастом риска возникновения БП, а также всевозможных осложнений, связанных с течением заболевания. Кроме того, отсутствует провоцирующий фактор — изменение схемы

Таблица

Дифференциальная диагностика психических расстройств при болезни Паркинсона и при ее фармакотерапии по данным литературы

Признаки	Болезнь Паркинсона	Фармакотерапия
Провоцирующие факторы (изменение схемы лечения, сопутствующие инфекции)	Имеют значение	Не имеют значения
Предпочтительный возраст возникновения	Более 60 лет	Не установлено
Предположительный срок возникновения в зависимости от длительности болезни	Более 5 лет	Длительность значения не имеет
Депрессия	Встречается часто	Встречается редко
Расстройства сна	Часты	Часты
Деменция	Возникает в 40% случаев	Не возникает
Галлюцинации и бред	Возникает часто	Только в структуре расстройств сознания
Применение нейролептиков	Дает положительные результаты	Не дает эффекта
Отмена дофаминомиметика	Не влияет	Имеется прямая зависимость

лечения: больную в течение полугода лечили по одной и той же схеме. За исключением двух остро начавшихся психотических эпизодов у больной иных признаков психопатологической продукции не выявлялось, что также несвойственно поэтапно трансформирующимся психотическим эпизодам при БП.

ЛИТЕРАТУРА

1. Захаров, В.В. Когнитивные нарушения при болезни Паркинсона [электронный ресурс]. — Режим доступа: http://consilium-medicum.com/media/consilium/05_08/702.shtml.
2. Левин, О. С. Неотложные состояния у пациентов с болезнью Паркинсона // Трудный пациент. — 2007. — №6-7. URL: http://t-pacient.ru/archive/tp_6-7-2007/tp_6-7-2007/318.html.
3. Литвиненко, И. В. Болезнь Паркинсона: монография. — М.: Миклош, 2006. — 216 с.
4. Московко, С. П., Московко Г. С. Мир болезни Паркинсона: немоторные проявления [электронный ресурс]. — Режим доступа: http://w_health-ua.org/article/neuro/17.html.
5. Geoffrey, G. Lloyd, Nora Turjanski Побочные эффекты лекарственных препаратов со стороны психической сферы: последние данные [электронный ресурс]. — Режим доступа: <http://psyobsor.org/1998/26/5-4.php>.

Поступила 12.01.09.