

ОШИБКИ ДИАГНОСТИКИ ЭКСТРАПИРАМИДНЫХ ГИПЕРКИНЕЗОВ НА ПРИМЕРЕ КЛИНИЧЕСКОГО СЛУЧАЯ

DIAGNOSTIC ERRORS OF EXTRAPYRAMIDAL HYPERKINESIS ON THE EXAMPLE OF A CLINICAL CASE

A. Kumakhov
A. Keisnova
A. Trubachenko
S. Chudopal

Summary. This work displays some unacceptable errors that occur when diagnosing various extrapyramidal hyperkineses. Data on a patient who suffered from tremor of unknown origin were collected by neurological examination, analysis of complaints and anamnesis, as well as by conducting additional research methods. After collecting the information, important errors were discovered in the diagnosis and therapy of the disease, which prevented a favorable outcome of the patient's condition. Subsequently, a differential diagnosis was carried out between different types of tremor, as well as neurodegenerative diseases. The most appropriate diagnosis for the patient has been identified and appropriate therapy has been selected. This article once again confirms the need for a more thorough approach to patients who go to polyclinics and private medical offices with symptoms of extrapyramidal diseases, because early diagnosis contributes to a more adequate start of treatment and a favorable outcome.

Keywords: Essential tremor, extrapyramidal hyperkineses, brain MRI in neurodegenerative disease, Parkinson's disease, diagnostic errors.

Кумахов Амирхан Алимович

Ассистент ФГБОУ ВО «СОГМА» Владикавказ
ya.kumahov@yandex.ru

Кейсинова Аксана Руслановна

Аспирант, ФГБОУ ВО «КБГУ им. Х.М. Бербекова»
Нальчик
keisnova379@gmail.com

Трубаченко Ада Вячеславовна

Ассистент, кандидат медицинских наук, ФГБОУ ВО
«СОГМА» Владикавказ
slanova@mail.ru

Чудопал Сергей Михайлович

Кандидат медицинских наук, ФГБОУ ВО «КБГУ им.
Х.М. Бербекова Нальчик
chudopal55@mail.ru

Аннотация. Данная работа отображает некоторые недопустимые ошибки, которые случаются при диагностировании различных экстрапирамидных гиперкинезов. Данные о пациенте, который страдал тремором неясного генеза, были собраны путем неврологического осмотра, анализа жалоб и анамнеза, а также проведением дополнительных методов исследования. После сбора информации были обнаружены важные ошибки в диагностике и терапии заболевания, которые помешали благоприятному исходу состояния пациента. Впоследствии проведена дифференциальная диагностика между различными видами тремора, а также нейродегенеративными заболеваниями. Выявлен наиболее подходящий диагноз для пациента и подобрана соответствующая терапия. Данная статья еще раз подтверждает необходимость более тщательного подхода к пациентам, которые обращаются в поликлиники и частные медицинские кабинеты с симптомами экстрапирамидных заболеваний, ведь ранняя диагностика способствует более адекватному началу лечения и благоприятному исходу.

Ключевые слова: эссенциальный тремор, экстрапирамидный гиперкинез, МРТ головного мозга при нейродегенеративном заболевании, болезнь Паркинсона, диагностические ошибки.

Актуальность

Экстрапирамидные гиперкинезы относятся к непроизвольным избыточным движениям, которые обусловлены поражением базальных ганглиев и связанных с ними структур, условно объединяемых в экстрапирамидную систему. К таким видам гиперкинезов относятся тремор, дистония, тики, хорей, атетоз [1]. Эссенциальный тремор относится к наиболее распространенной форме патологического тремора, представляющий собой отдельную нозологию. В сво-

ем проявлении — это моносимптомное заболевание, характеризующееся постурально-кинетическим тремором рук, иногда в сочетании с тремором головы, мимических мышц, нижней челюсти, языка, туловища, нижних конечностей [2]. Частота тремора часто составляет 6–12 Гц, но с возрастом может уменьшаться до 4 Гц. Может возникать дрожь в челюсти, голосе, костях и туловище. Кроме того, тремор часто ослабляется приемом алкоголя. Дополнительные симптомы могут включать нестабильность осанки, легкую атактическую походку, фрагментированные движения глаз и аномальную

синхронизацию движений, а также сенсорные изменения, когнитивные и психические нарушения, такие как тревога, депрессия и проблемы со сном [3]. Диагностика затруднена в связи с отсутствием надежных критериев включения и исключения. Часто приходится дифференцировать данное заболевание с дистоническим тремором, тремором при болезни Паркинсона, вторичными видами паркинсонизма, психогенным и нейропатическим тремором. Также зачастую имеет место быть и усиленный физиологический тремор [4]. При болезни Паркинсона тремор встречается примерно у 75% пациентов и часто присутствует в начале заболевания [5]. Тремор при болезни Паркинсона наблюдается в основном в покое и с частотой в среднем 4–6 Гц. Хотя тремор в данной ситуации проявляется классически в состоянии покоя, много случаев встречается с развитием постурального и кинетического тремора, что нередко является причиной неправильного проведения дифференциальной диагностики с эссенциальным тремором [6]. Именно поэтому по сегодняшний день эта тема остается актуальной и необходимо совершенствовать свои знания и навыки в данном направлении.

Материалы и методы

Данные для исследования клинического случая взяты из практической деятельности и собраны путем сбора жалоб и анамнеза у пациента с уточнением всех деталей заболевания, времени начала, симптомов, лечения. Были проанализированы все полученные заключения и результаты с различными видами инструментальных и лабораторных исследований. Также обязательно был проведен тщательный неврологический осмотр пациента и были определены ведущие симптомы болезни. После всего проведена дифференциальная диагностика между различными видами экстрапирамидных гиперкинезов и установлен наиболее предполагаемый диагноз.

Результаты исследования

В декабре 2022 года за консультацией в клинику обратился мужчина 57 лет. При обращении пациент имел жалобы на выраженное дрожание в верхних конечностях, которое усиливалось при эмоциональном напряжении и при физических нагрузках. Он отмечал, что болеет уже в течение 10 лет. Тремор одновременно появился с двух сторон и сначала беспокоил нечасто, но со временем начал усиливаться в виде увеличения амплитуды. За это время обращений к специалистам не было, так как пациент не придавал значения появившимся симптомам. Кроме дрожания дополнительных признаков болезни не замечал. По настоятельной рекомендации родственников в октябре 2022 пациент провел МРТ головного мозга с использованием программы по обнаружению нейродегенеративного процесса.

Заключение МРТ: МР-картина нейродегенеративного процесса с вероятностью развития болезни Паркинсона в связи с истончением компактной части черной субстанции. По другим инструментальным и лабораторным исследованиям, как ультразвуковое исследование сосудов шеи и головного мозга, общий и биохимический анализ крови, общий анализ мочи, изменений обнаружено не было. Была осуществлена консультация невролога в частной клинике, где был выставлен диагноз болезни Паркинсона с дрожательной формой. Данный диагноз, вероятнее всего, был выставлен с упором на полученные данные МРТ заключения и неврологического исследования с описанием тремора в руках, брадикинезии в правой ноге. Для более точной верификации диагноза Международное Общество Паркинсона разработало специальные критерии. К этим критериям относятся брадикинезия и дополнительный моторный признак в виде асимметричного тремора покоя с амплитудой до 5–6 Гц или мышечной ригидности [7]. В данной ситуации у пациента наблюдался тремор с двусторонним началом, который в основном имел кинетический характер. У него также отсутствовала мышечная ригидность и брадикинезия в руках. Учитывая давность начала заболевания и прогрессирующий характер болезни Паркинсона [8], вероятнее всего, должны были присоединиться и другие симптомы болезни в виде постуральных нарушений, вегетативной недостаточности, когнитивных и поведенческих расстройств. После выставления диагноза специалистом была назначена терапия препаратом группы амантадина сульфата в дозе 100 мг два раза в день. К данному лечению врач еще добавил медикаменты из нейропротекторных групп. Со слов пациента данная терапия не оказала существенного эффекта на состояние здоровья. В дальнейшем пациент обратился в поликлиническое отделение по месту жительства в связи с имеющимся заболеванием желудочно-кишечного тракта, где затем провел курс лечения. Врач-терапевт поставила под сомнение диагноз болезни Паркинсона и порекомендовала пройти повторное обследование у других специалистов. В очередной раз по настоянию родственников пациент уже обратился к нам. Тщательно были собраны жалобы, анамнез болезни и жизни. Из анамнеза жизни стоит упомянуть отсутствие больных различными экстрапирамидными болезнями среди родственников, а также важный факт того, что после употребления алкогольных напитков пациентом, тремор рук значительно уменьшался и практически не ощущался.

Был проведен тщательный неврологический осмотр: Сознание ясное. Речь правильная. На вопросы отвечает ясно и четко. Когнитивных расстройств не обнаружено. Менингеальных знаков нет. Черепно-мозговые нервы без патологии. Парезов и параличей не обнаружено. Рефлексы с конечностей слегка оживлены,



Рис. 1

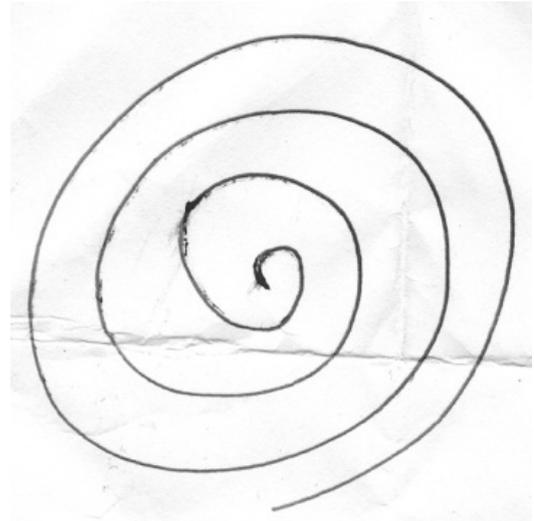


Рис. 2

D=S. Кинетический, среднеразмашистый тремор рук в пробе Барре. Тремор нижней челюсти в покое, усиливающийся при движении. Тонус конечностей сохранен. Тазовые функции контролирует.

Из неврологического осмотра становится ясным, что у пациента имеется только кинетический тремор средней амплитуды в верхних конечностях. Что касается симптомов ригидности мышц, брадикинезии и постуральных нарушений, то они отсутствуют, что окончательно поставило под сомнение диагноз болезни Паркинсона. Кроме того, пациента попросили нарисовать непрерывную линию в виде круга от центра к периферии и сравнить с аналогичным рисунком, который сделал сам врач. На рисунке 1 пациента отмечается неровная линия, которая появилась вследствие кинетического тремора, а на другом рисунке 2 видна ровная линия у здорового человека.

Учитывая наличие изолированного постурально-кинетического тремора в течение длительного времени без других моторных и немоторных признаков нейродегенеративных заболеваний, было решено выставить диагноз эссенциального тремора с вовлечением верхних конечностей и нижней челюсти. В рекомендациях по терапии эссенциального тремора написано, что хорошую терапевтическую эффективность показывают препараты содержащие пропранолол. Он является препаратом выбора, который заметно снижает амплитуду тремора конечностей, реже влияя на тремор головы [9,10]. Начальная доза для пациента составила 20 мг утром. Далее путем постепенного титрования суточная доза достигла 20 мг в 3 приема. После повторной консультации через 2 недели у пациента уже отмечался положительный эффект в виде частичного регресса

тремора. Было решено увеличить дозу до 40 мг 3 раза в день в целях приблизиться к терапевтической дозе и продолжить по такой схеме лечение на длительное время. Ответная реакция на терапию пропранололом подтвердила диагноз эссенциального тремора, что не могло не радовать.

Заключение

Данная статья будет полезна специалистам не только первичного звена, но также неврологам стационаров и частных кабинетов. На примере одного клинического случая из множества случающихся, удалось показать, что, к большому сожалению, допускаются ошибки в диагностировании как и синдромов паркинсонизма, так и других видов экстрапирамидных патологий. В первую очередь на диагностирование этих заболеваний влияют знания их клинического проявления с вариациями, а также умение тщательно опросить и обследовать пациента, не проявляя и малейшей халатности. Несомненно, МРТ головного мозга играет важную роль в диагностировании данных заболеваний, но использовать его как единственный источник для постановки правильного диагноза является ошибкой. В статье было показано, что не всегда результаты МРТ дают четкое представление о характере заболевания. Всегда необходимо учитывать комбинацию клинических и лабораторно-инструментальных способов исследования для достижения правильного результата. Еще необходимо уметь проводить четкую дифференциальную диагностику между различными видами экстрапирамидных гиперкинезов, опираясь на полученные данные, ведь правильно поставленный диагноз является залогом для эффективной терапии, что в свою очередь улучшает исход болезни и ее прогноз.

ЛИТЕРАТУРА

1. Шток В.Н., Иванова-Смоленская И.А., Левин О.С. Экстрапирамидные расстройства: Руководство по диагностике и лечению.
2. Иванова-Смоленская И.А. Эссенциальный тремор (фенотипический полиморфизм, патогенез, лечение): Дис. М., 1986.
3. Chunling W, Zheng X. Review on clinical update of essential tremor. *Neurol Sci* 2016; 37: 495–502.
4. Toft M, Lilleeng B, Ramm-Pettersen J et al. Behandling av bevegelsesforstyrrelser med dyp hjernestimulering. *Tidsskr Nor Lægeforen* 2008; 128: 1972–6.
5. Bastiaan R Bloem, Michael S Okun, Christine Klein, Parkinson's disease, *The Lancet*. Volume 397, Issue 10291, 2021, Pages 2284–2303
6. Jankovic J, Schwartz KS, Ondo W. Re-emergent tremor of Parkinson's disease. *Journal of Neurology, Neurosurgery & Psychiatry* 1999; 67:646–650.
7. Postuma RB, Berg D, Stern M, et al. MDS clinical diagnostic criteria for Parkinson's disease. *Mov Disord*. 2015;30 (12):1591–1601. doi: 10.1002/mds.26424
8. Heller J, Dogan I, Schulz JB, Reetz K (2014) Evidence for gender differences in cognition, emotion and quality of life in Parkinson's disease? *Aging Dis* 5, 63–75.
9. Murray T.J. Treatment of essential tremor with propranolol. *Can. Med. Assoc. J.* 1972;107 (10):984–986.
10. Winkler G.F., Young R.R. The control of essential tremor by propranolol. *Trans. Am. Neurol. Assoc.* 1971;96:66–68.

© Кумахов Амирхан Алимович (ya.kumahov@yandex.ru), Кейсинова Аксана Руслановна (keisino379@gmail.com),
Трубаченко Ада Вячеславовна (slanova@mail.ru), Чудопал Сергей Михайлович (chudopal55@mail.ru).
Журнал «Современная наука: актуальные проблемы теории и практики»



Кабардино-Балкарский государственный университет им. Х.М. Бербекова