



Рассеянный склероз.
Болезнь Паркинсона.
G 35.0, G20.0

Клинический случай №9



Пациентка К. 58 лет была госпитализирована в ФГБУ «ФЦМН».

Жалобы:

- Тремор руки и ноги справа.

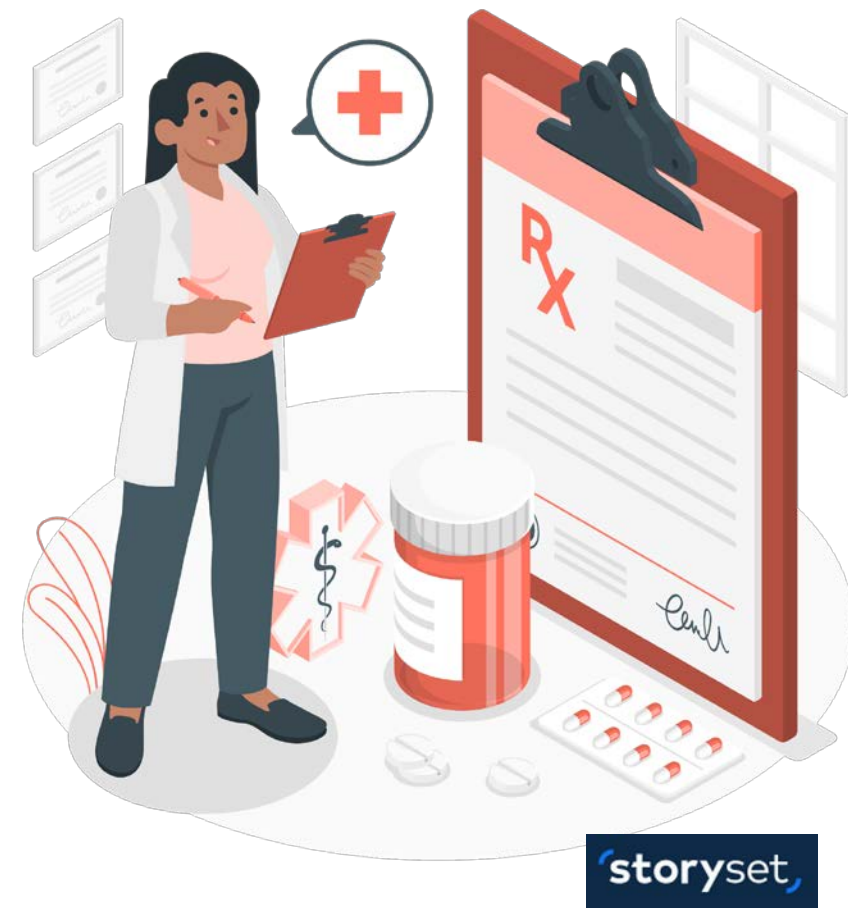
Анамнез заболевания.

- Со слов пациентки, первые симптомы паркинсонизма появились в возрасте 37 лет в виде периодически появляющегося тремора правой руки в состоянии покоя. Через 1,5—2 года тремор правой руки приобрел постоянный характер, отмечался в покое и при движении рукой, а также присоединился тремор правой ноги. Кроме того, появилась замедленность движений в правых конечностях, элементы общей брадикинезии.
- Был выставлен диагноз болезни Паркинсона и назначена терапия агонистами дофаминовых рецепторов (пирибедил, прамипексол), циклодолом с положительным эффектом. Через 2 года была добавлена леводопа в малой дозировке (леводопа-бенсеразид 125 мг 3 раза в день). На фоне терапии состояние значительно улучшилось и оставалось стабильным на протяжении 7—8 лет.
- В последние 2—3 года отмечает недостаточный период действия леводопы — моторные флюктуации по типу «истощения» дозы. Противопаркинсоническая терапия включает прием леводопы-бенсеразида 250 мг 4 раза в день, амантадин-сульфата 200 мг утром и 100 мг днем, прамипексола 1 мг 3 раза в день. Пациентка находится на данной схеме терапии в течение последних 2 лет.



Анамнез заболевания.

- В 2002 г. впервые возник эпизод неловкости в правой руке, который самостоятельно регрессировал в течение 1 мес.
- В 2003 г. был эпизод слабости в правой ноге, который также регрессировал на фоне метаболической терапии через 2 нед.
- В 2015 г., в возрасте 50 лет, возник эпизод нарушения речи, онемения лица, а также, по данным медицинской документации, нарушения функции тазовых органов. При проведении МРТ головного мозга выявлены очаги повышенной интенсивности на T2-взвешенных изображениях и пониженной — на T1-взвешенных изображениях, причем один из очагов — с накоплением контраста. Было проведено комплексное обследование, исключившее системное заболевание с васкулитом. При исследовании ЦСЖ были выявлены олигоклональные иммуноглобулины класса G (IgG), которые отсутствовали в сыворотке крови (2-й тип синтеза). Отсутствие сосудистого и инфекционного анамнеза, наличие трех эпизодов неврологических нарушений с разной локализацией очагов, изменения на МРТ и наличие олигоклональных IgG позволили поставить диагноз РС (по критериям МакДональда 2017 г.).
- Проведена пульс-терапия метилпреднизолоном с положительным эффектом. После чего назначена патогенетическая терапия препаратами, изменяющими течение рассеянного склероза (ПИТРС), первой линии — глатирамера ацетатом.
- Пациентка была госпитализирована в ФГБУ «ФЦМН» в плановом порядке для дообследования и уточнения дальнейшей тактики лечения.



Анамнез жизни.

- Родители здоровы, но родной дядя по материнской линии страдает болезнью Паркинсона.
- Пациентка не курит, контакта с химическими соединениями не было.



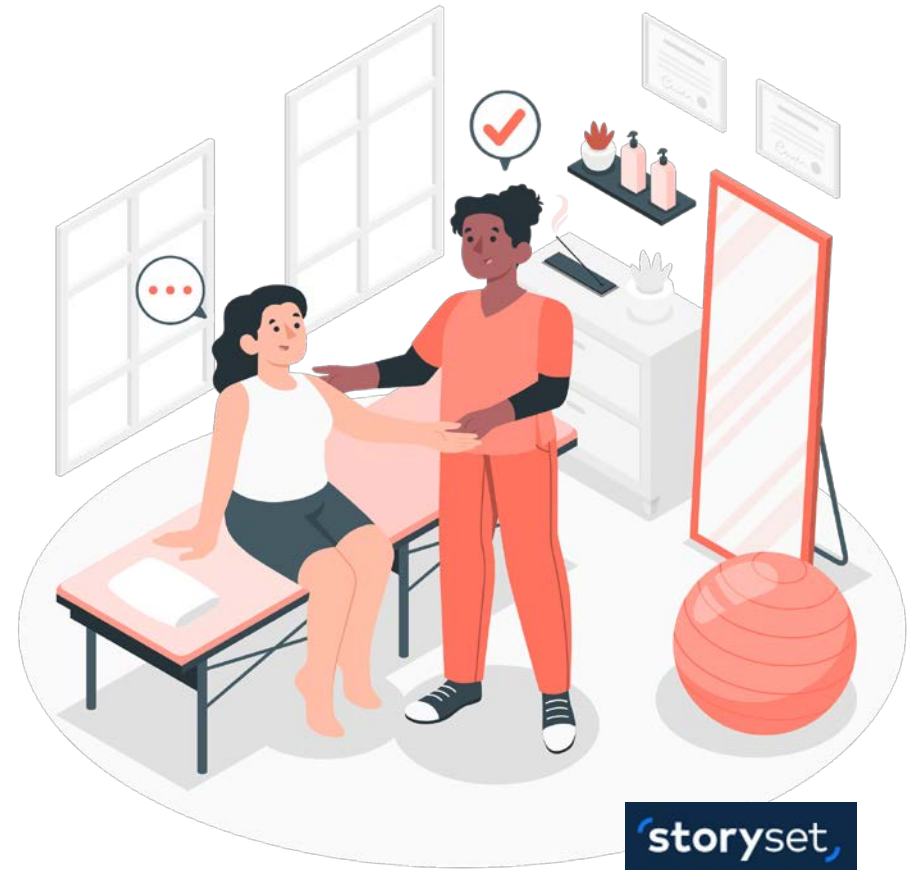
Физикальный осмотр.

- При осмотре: пациентка в ясном сознании, контактна, ориентирована в месте и времени, собственной личности полностью. Легкие когнитивные нарушения: расстройства памяти, зрительно-пространственной ориентации, внимания, регуляторных функций, брадифрения (24 балла по Монреальской шкале оценки когнитивных функций). Выраженный уровень тревоги и депрессии (21 балл по Госпитальной шкале тревоги и депрессии).
- Менингеальных симптомов нет. ЧН: поля зрения при ориентировочном исследовании относительно сохранны, конвергенция ослаблена с 2-х сторон, количество мигательных движений уменьшено, диплопию отрицает, глазные щели несколько сужены, зрачки округлой формы, прямая и содружественная фотореакция живые. Апраксии взора нет. Физиологическая асимметрия лица, небольшая гипомимия. Двусторонняя гипоакузия. Диспросодии, легкая брадилалия, гипофония. Парезов в конечностях нет.



Физикальный осмотр.

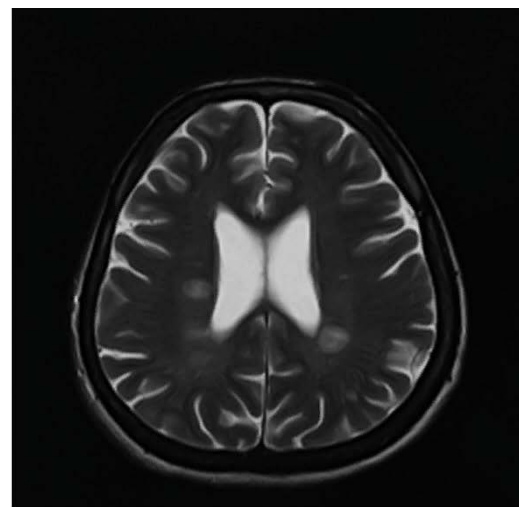
- Общая брадикинезия. Гипокинезия при выполнении моторных проб: минимально в левой руке, замедление и снижение амплитуды в правой руке. Повышение мышечного тонуса по типу «зубчатого колеса» в правой руке в лучезапястном суставе, периодически в проксимальных отделах. В левой руке минимальные изменения мышечного тонуса по пластическому типу. Непостоянный тремор покоя и кинетический тремор в правой руке. Тенденция к формированию согбенной позы. Оживлен глабеллярный рефлекс, рефлекс Маринеску—Радовичи с двух сторон, подошвенные рефлекссы не вызываются.
- Глубокие рефлекссы вызываются без четкой разницы сторон. Небольшое снижение высоты и длины шага, стартовая задержка при ходьбе, топтание при поворотах, ахейрокинез. Чувствительная сфера: четких нарушений нет. Пальценосовые пробы выполняет с гипометрией и мимопопаданием, пяточно-коленные пробы — с мимопопаданием и невыраженной атаксией. В пробе Ромберга с закрытыми глазами — минимальное пошатывание. Постуральной неустойчивости нет. Нарушения функции тазовых органов: запоры бывают до 1 нед, urgentные позывы на мочеиспускание, недержание. Колебания артериального давления.



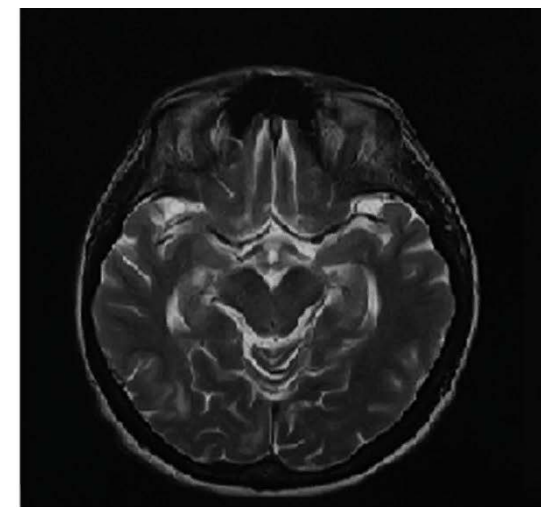
Инструментальные обследования.

- По данным МРТ головного мозга (март 2020 г.), выявлено многоочаговое поражение белого вещества больших полушарий, мозолистого тела, левого зрительного нерва демиелинизирующего характера (см. рисунок). МР-признаков активности патологического процесса не выявлено. При исследовании спинного мозга очагов демиелинизации не выявлено.
- По данным исследования зрительных вызванных потенциалов на шахматный паттерн, выявлены признаки выраженного нарушения проведения зрительной афферентации в кору на прехиазмальном уровне слева.

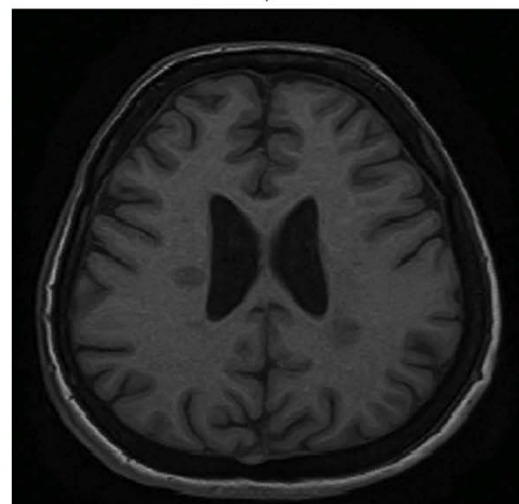
МРТ головного мозга: а, б — T2-режим; в — T1-режим; г — режим FLAIR.



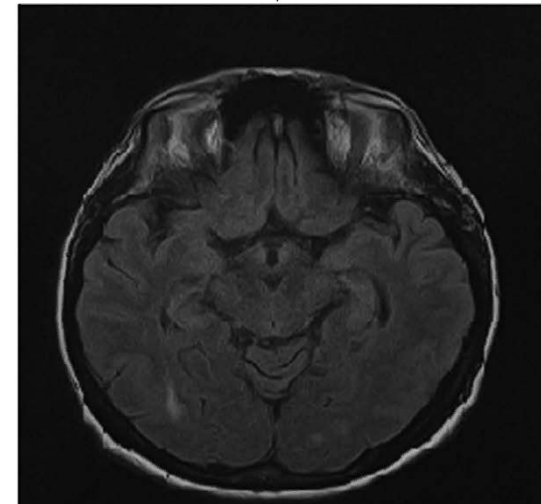
а/а



б/б



в/с

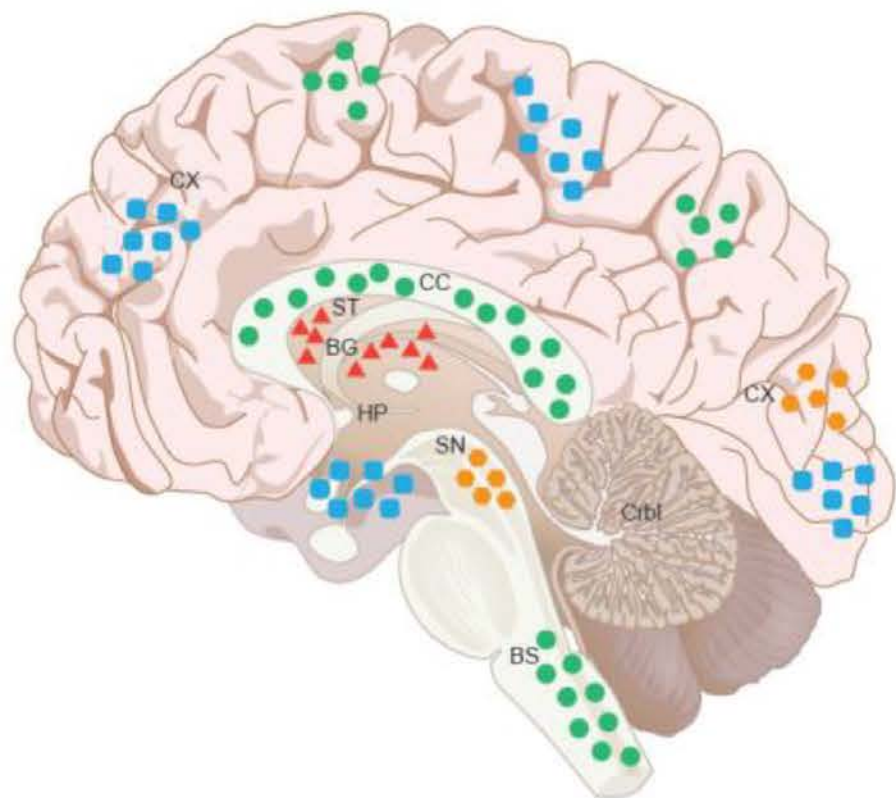


г/д

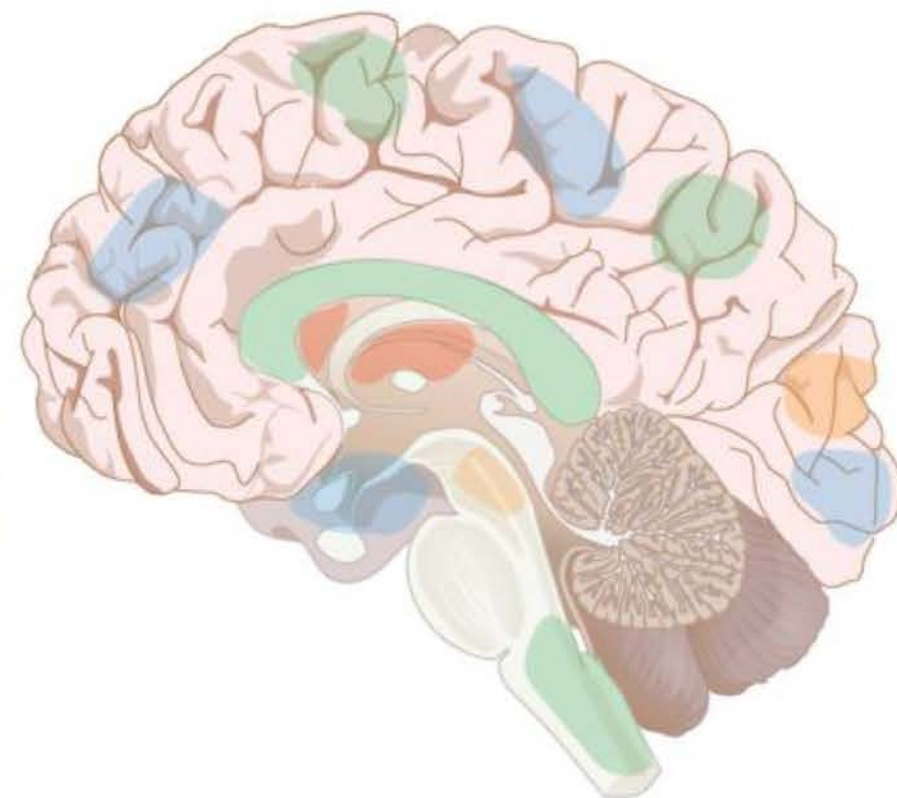
Дифференциальный диагноз.

- Проведена дифференциальная диагностика с системными заболеваниями: антитела к цитоплазме нейтрофилов класса IgA (ANCA), антитела к ядерным антигенам (ANA) и волчаночный антикоагулянт отрицательные. Исследование церрулоплазмина в крови в рамках референсных значений — 240 мг/л.





■ Alzheimer's disease	
Cortex	Donepizil
Hippocampus	Rivastigmine
◆ Parkinson's disease	
Substantia Nigra	Levodopa+Carbidopa
Cortex	Pergolide
	Bromocriptine
▲ Huntington's disease	
Striatum	Reserpine
Basal Ganglia	Phenothiazines
● Multiple sclerosis	
Basal Ganglia	Tysabri
Brain Stem	Interferones
	Glatiramer Acetate

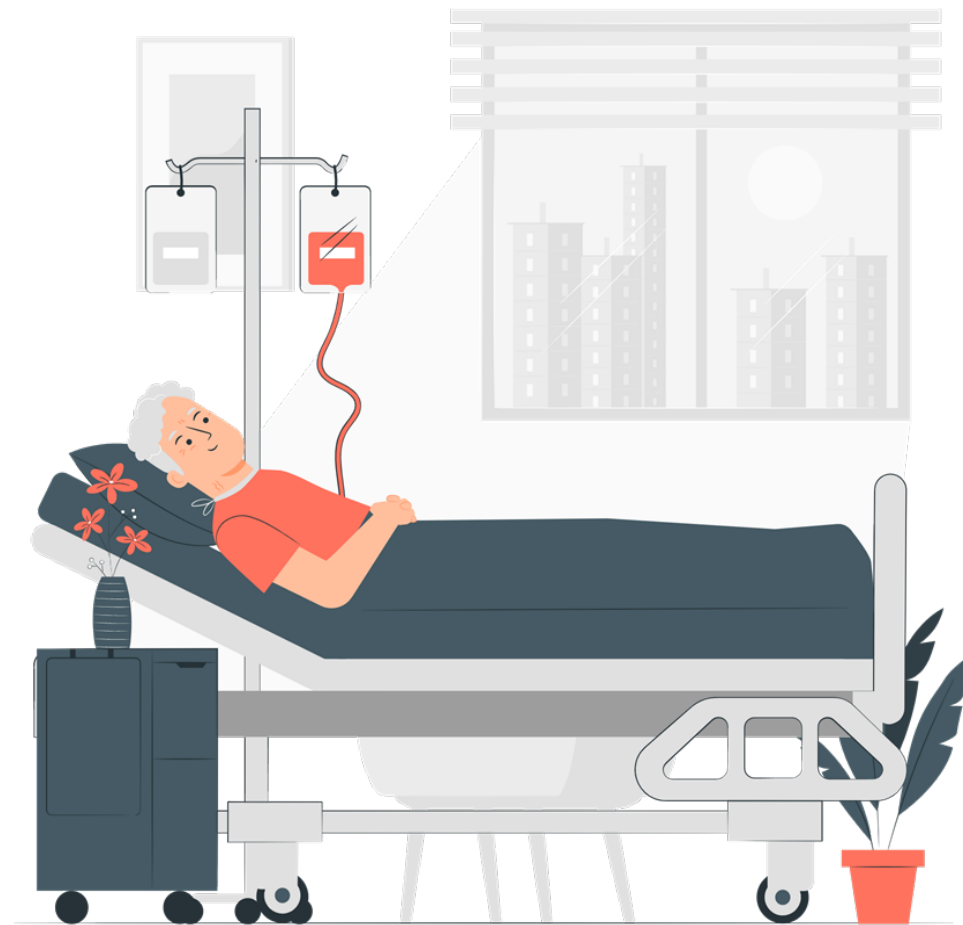


ДИАГНОЗ:

Болезнь Паркинсона. Акинетико-ригидно-дрожательная форма. Вторая стадия по Хен и Яру. Правосторонний дебют. Моторные флюктуации по типу «истощения» дозы. Рассеянный склероз, ремиттирующее течение, ремиссия.

Заключение:

- Таким образом, наше клиническое наблюдение относится к вариантам развития РС на фоне БП. Как и ранее описанные в литературе случаи, БП у нашей пациентки развилась в молодом возрасте (раннее начало). С учетом имеющейся наследственности по БП можно предположить наличие мутаций и аутосомно-рецессивный вариант развития заболевания. В отличие от представленных в литературе наблюдений дебют РС у пациентки развился значительно позже, через 10 лет от момента появления первых признаков паркинсонизма. Оба заболевания имеют медленный темп прогрессирования, пациентка полностью независима, справляется с обязанностями по дому. В заключение надо отметить, что эта пациентка получает два вида терапии — антипаркинсонические средства для лечения БП и ПИТРС для лечения РС.



Катунина Е.А., Бойко О.В., Шипилова Н.Н., Кабаева А.Р., Бойко А.Н. Редкий клинический случай сочетания раннего начала болезни Паркинсона и ремиттирующего рассеянного склероза. Журнал неврологии и психиатрии им. С.С. Корсакова. Спецвыпуски. 2021;121(7-2):99-103.

<https://www.mediasphera.ru/issues/zhurnal-nevrologii-i-psikhiatrii-im-s-s-korsakova-2/2021/7/1199772982021072099>