

РЕКОМЕНДАЦИИ

УДК 616.858-008.6

АКТУАЛЬНОСТЬ СИНДРОМА БЕСПОКОЙНЫХ НОГ В ПОВСЕДНЕВНОЙ ПРАКТИКЕ НЕВРОЛОГА

А.В. ЛЮБИМОВ¹
Ж.Ю. ЧЕФРАНОВА²

¹⁾ *Институт повышения медицин-
ского образования Воронежской
государственной медицинской
академии имени Н.Н. Бурденко*

²⁾ *Белгородский государственный
национальный исследовательский
университет*

e-mail: jannaokbbel@rambler.ru

В настоящее время синдром беспокойных ног достаточно частая патология, с которой сталкиваются врачи общей практики и неврологи на амбулаторном приеме. Несмотря на то, что постановка диагноза не требует сложных и дорогостоящих исследований, а базируется на клиническом анализе симптомов, выявляемых у пациента, трактовка этого состояния не всегда бывает адекватной. Учитывая, что данное заболевание довольно эффективно поддается лечению, необходима ранняя диагностика и рациональный подбор терапии, которые могут значительно нивелировать патологические симптомы и улучшить состояние пациента.

Ключевые слова: синдром беспокойных ног, диагностика, лечение.

Синдром беспокойных ног (СБН) — патологическое состояние, характеризующееся неприятными ощущениями в нижних конечностях, которые появляются в покое (чаще в вечернее и ночное время), вынуждают больного совершать облегчающие их движения и часто приводят к нарушению сна.

Впервые данная патология упоминается в работах известного английского анатома Willis в 1672 году. В работе Willis приводится описание двигательного беспокойства в ногах, которое приводит к нарушению сна, но не указывается при этом на сенсорный компонент, который часто является основной жалобой пациентов. Систематическое исследование синдрома началось лишь с середины 40-х годов XX века шведским неврологом К. А. Ekbom, в честь которого СБН называли синдромом Экбома. В данных исследованиях указывается, на приоритетность чувствительных нарушений, при определении ведущего признака заболевания, впервые определяются диагностические критерии данного расстройства и предлагается сам термин СБН.

Распространенность. Синдром беспокойных ног, по данным из различных публикаций, выявляется у 5-15% взрослого населения, причем несколько чаще он встречается у женщин [7, 12]. Среди лиц среднего и пожилого возраста распространенность составляет от 10 до 15%, и, что характерно, частота данной патологии увеличивается с возрастом, но может наблюдаться и у детей [4, 6, 8, 13, 16]. У детей проявления СБН иногда неверно определяются как «боли роста». Это определение используется для обозначения болей, возникающих у детей в ногах, обычно поздним вечером или в начале сна при отсутствии какого-либо органического заболевания или физической травмы [17]. По данным ряда авторов, СБН является причиной нарушения сна почти в 15% случаев всей хронической инсомнии [9].

Этиология и патогенез. Выделяют *первичный (идиопатический)* и *вторичный (симптоматический)* СБН, которые встречаются приблизительно с одинаковой частотой.



Идиопатический СБН возникает при отсутствии какого-либо другого соматического или неврологического заболевания, чаще дебютируя в более молодом возрасте, на 2–4-ом десятилетии жизни. В 20–65% случаях первичного СБН отмечается положительный семейный анамнез, что указывает на роль генетического фактора. Анализ семейных случаев подтверждает аутосомно-доминантный тип наследования с высокой пенетрантностью гена [2, 7, 9, 18]. Пациенты с семейным СБН имеют тенденцию к более раннему возрасту дебюта (до 40 лет) и более медленному прогрессированию.

Симптоматический СБН возникает обычно после 50 лет. Его причины могут быть самыми разными. Наиболее частыми этиологическими факторами развития являются железодефицитная анемия, беременность (II–III триместр, исчезает после родоразрешения), почечная недостаточность, полиневропатии, сахарный диабет, амилоидоз, недостаточности витамина B12, фолиевой кислоты, тиамина, магния, алкоголизм, гипотиреоз и тиреотоксикоз, ревматоидный артрит, болезнь Шегрена, рассеянный склероз, хроническая обструктивная болезнь легких, поражения спинного мозга и другие заболевания.

Частыми причинами симптоматического СБН являются полиневропатии, с преимущественным поражением аксонов и вовлечением в процесс тонких сенсорных волокон. Среди полиневропатий выделяют как приобретенные (алкогольная, диабетическая, амилоидная, порфиридная и др.), так и наследственные, в том числе наследственная сенсомоторная невропатия 2-го типа [1, 2, 3, 4, 13].

СБН нередко наблюдается у пациентов с болезнью Паркинсона, эссенциальным тремором, болезнью Гентинктона. Довольно часто СБН встречается при болезни Паркинсона, однако, по данным литературы, прямой корреляции частоты появления синдрома и стадии или формы заболевания болезнью Паркинсона не отмечается. Дискутируется вопрос о возможных общих патогенетических механизмах этих заболеваний. По мнению ряда авторов, ведущую роль в патогенезе СБН играет дисфункция не нигростриарной системы, а нисходящего дизэнцефально-спинального дофаминергического пути, который регулирует прохождение сенсорной импульсации через спинной мозг и сегментарные механизмы двигательного контроля. Эффективность дофаминергических средств и возможность ухудшения симптомов под влиянием нейролептиков позволяют считать, что одним из ключевых звеньев патогенеза СБН может быть дефектность дофаминергических систем. Четкие суточные проявления симптомов заболевания могут отражать заинтересованность супрахиазмального ядра гипоталамуса, регулирующего суточные циклы физиологических процессов в организме [2, 3, 7, 13].

Проявления СБН возможно и у здоровых лиц при избыточном потреблении кофеин-содержащих напитков, алкоголя, в период хронического стресса, после интенсивной физической нагрузки. Вызывать или усиливать СБН могут разные лекарственные препараты – нейролептики, трициклические антидепрессанты, селективные ингибиторы обратного захвата серотонина, препараты лития, нифедипин и другие антагонисты кальция, антигистаминные препараты, метоклопрамид, антагонисты H₂-рецепторов [3, 4].

Возникновение СБН на фоне поражений периферической нервной системы свидетельствует о важности дисфункции периферической нервной системы в генерации симптомов. По клинической картине, в том числе по суточному ритму симптомов и отзывчивости на лекарственные средства, СБН, связанный с поражением периферической нервной системы, мало чем отличается от первичного СБН, что свидетельствует об их патогенетическом родстве. Возможно, у части больных с СБН полиневропатия, дефицит железа, злоупотребление кофе или другие факторы лишь указывают на имеющуюся наследственную предрасположенность, что отчасти размывает границу между первичным и вторичным вариантами СБН [2, 3, 7, 8].

Клиника. Основу клинической картины синдрома беспокойных ног составляют субъективные сенсорные ощущения и моторные нарушения (избыточная двигательная активность), которые тесно связаны между собой и имеют определенный суточный ритм.

Сенсорные нарушения в нижних конечностях (чаще в глубине голеней, реже, как правило, при полиневропатии в стопах) описываются пациентами как покалывание, ощущение ползания мурашек, зуд, жжение, чувство сдавления или распирания,

тупой мозжащей, режущей болью, которые чаще всего возникают в стопах или глубине голени. В последующем они могут распространяться вверх, вовлекая бедра, изредка туловище и промежность. Данные ощущения обычно возникают симметрично, в обеих ногах, однако могут быть асимметричными и даже односторонними. Сенсорные жалобы возникают или усиливаются в покое, в положении лежа, реже сидя. Патологические ощущения уменьшаются при активных движениях и поэтому больные вынуждены либо ходить, встряхивать, сгибать ноги, либо просто двигать ногами в постели. Все симптомы имеют четкий суточный ритм, возникая или усиливаясь в вечерние и ночные часы (пик выраженности в период с 0:00 до 4:00). Часть пациентов испытывают легкие проявления СБН и в дневные часы в случае длительного физического покоя. В тяжелых случаях и при длительном течении заболевания характерный суточный ритм исчезает, и симптомы становятся постоянными. В подобных случаях больные испытывают трудности в работе, связанной с длительным вынужденным положением, при длительных перелетах и поездках на автомобиле, посещении кино, театра. Однако даже при наличии жалоб в течение дня наиболее тяжелыми остаются проявления СБН в вечернее и ночное время [2, 4, 6, 11, 12].

Неприятные ощущения в конечностях и необходимость постоянно совершать движения приводят к нарушению сна. До 95% пациентов жалуются на трудности засыпания или тревожный сон с постоянными пробуждениями. Трудности засыпания и частые пробуждения, дневная сонливость ведут к снижению концентрации внимания, общей слабости, утомляемости, повышенной раздражительности. Довольно часто указанные нарушения приводят к развитию тревоги и депрессии [4, 12, 14, 15]. Нарушения сна могут быть обусловлены не только неприятными ощущениями и связанной с ними двигательной активностью, но и с периодическими движениями конечностей (ПДК) во сне, возникающими у большинства пациентов с СБН. ПДК представляют собой ритмичные движения в конечностях, которые продолжаются от 0,5 до 5 секунд, и повторяются с равномерными интервалами каждые 20-40 секунд. Эти стереотипные движения в типичных случаях проявляются тыльным сгибанием стопы и разгибанием большого пальца, что может напоминать рефлекс Бабинского. ПДК не являются обязательным признаком СБН, тем не менее, они наблюдаются приблизительно у 80% пациентов и являются подтверждающими признаками данного заболевания. Иногда сгибание наблюдается также в коленном и тазобедренном суставах. Характер этих движений напоминают вздрагивание или брыканье. В большинстве случаев ПДК преобладают в первой половине ночи. В тяжелых случаях движения не прекращаются всю ночь и даже могут наблюдаться в состоянии бодрствования.

Диагностика. СБН относится к часто встречающейся патологии, но далеко не всегда правильно диагностируется, вследствие малой осведомленности практических врачей, которые зачастую склонны трактовать жалобы больных неврозом, психологическим стрессом, заболеваниями периферических сосудов, суставов, остеохондрозом позвоночника. В основе диагностики лежат жалобы пациента и характерная клиническая картина. У большинства пациентов с первичной формой СБН выявляется положительный семейный анамнез.

В настоящее время постановка диагноза основывается на критериях, разработанных Международной группой по изучению синдрома беспокойных ног в сотрудничестве с Национальным институтом здоровья США (2002 год), включающих 4 обязательных симптома, а также подтверждающих и сопутствующих клинических признаков:

Диагностические критерии СБН:

1. Стремление совершать движения ногами, обычно связанное или вызванное неприятными ощущениями в них.
2. Стремление совершать движения, или если неприятные ощущения возникают или усиливаются в покое.
3. Стремление совершать движения, или если неприятные ощущения облегчаются или полностью исчезают при движениях.
4. Стремление совершать движения, или если неприятные ощущения более выражены в вечернее и ночное время.

Подтверждающие клинические признаки:

1. Положительный семейный анамнез



2. Положительная реакция на дофаминергическую терапию
3. Периодические движения ногами (во время бодрствования или сна)

Сопутствующие клинические признаки:

1. Хроническое течение (стационарное или медленно прогрессирующее)
2. Расстройства сна
3. Отсутствие изменений при физикальном и неврологическом осмотре (кроме случаев вторичного СБН)

Для точной постановки диагноза необходимо дифференцировать СБН от других заболеваний с близкими по характеру проявлениями. К данной группе относятся акатизия, ночные крампи, облитерирующий эндартериит и атеросклероз нижних конечностей, полиневропатии, «болезненные ноги-движущиеся пальцы» [1, 3, 6, 13, 18].

<i>Акатизия</i>	Отсутствие суточного ритма Отсутствие чувствительных расстройств Уменьшается при назначении блокаторов дофаминовых рецепторов
<i>Полиневропатии</i>	Отсутствие суточного ритма Отсутствие периодических движений ног во сне Движение не приносит облегчения Данные ЭНМГ (нарушения скорости проведения)
<i>Ночные крампи</i>	Внезапное начало Как правило, вовлекается ограниченная группа мышц на одной ноге
<i>Периферические сосудистые расстройства</i>	Ухудшаются при движениях, улучшаются в покое Уменьшение болей при опущенном положении стопы При осмотре обнаруживаются кожные и сосудистые нарушения (снижение пульсации)
<i>Синдром «болезненные ноги – движущиеся пальцы»</i>	Нет побуждения к движению Не ухудшается в покое, не облегчается движениями Отсутствие суточного ритма

Далее исключаются вторичные причины СБН, для чего проводится полное неврологическое и соматическое обследование [4, 10].

Лечение. Большинство больных с СБН имеют непостоянные и умеренные проявления, не требующие активного медицинского вмешательства, но 20-25% пациентов испытывают частые и выраженные симптомы, приводящие к ухудшению качества жизни [3, 6, 7]. Для данной категории больных очень важно раннее установление диагноза и подбор адекватной терапии. Стратегия лечения СБН предполагает следующие моменты:

- Коррекция первичного заболевания (уремии, анемии, сахарного диабета, прием алкоголя и др.).
- Немедикаментозные меры.
- Применение лекарственных средств.

Немедикаментозная терапия достаточно эффективна при СБН и включает следующие рекомендации:

- теплая ножная ванна или легкий разогревающий массаж ног перед сном;
- вечерние прогулки;
- ограничение приема в первой половине дня и отказ от употребления в вечернее время кофе и кофеин-содержащих продуктов, крепкого чая, шоколада, кока-колы;
- ограничение приема пищи на ночь (особенно острые продукты, пряности, маринады);
- ограничение алкоголя, прекращение курения;
- умеренная физическая нагрузка в течение первой половины дня и ограничение физической и сексуальной активности во второй половине дня;
- ограничение умственной нагрузки, во второй половине дня (обучение, дискуссии, работа за компьютером, работа с документацией и т.д.);
- соблюдение гигиены сна;
- физиотерапевтические процедуры (магнитотерапия, электрофорез, грязевые аппликации, чрескожная электростимуляция), рефлексотерапия.

Применение лекарственных средств.

Специфические лекарственные средства назначают, когда имеется значительное нарушение жизнедеятельности больного, стойкое нарушение сна. При легком, субсиндромальном течении назначаются седативные препараты растительного происхождения или плацебо, которые могут дать хороший, но иногда лишь временный эффект. В более тяжелых случаях приходится выбирать из четырех основных групп препаратов и группы «прочие средства»:

➤ **Антиконвульсанты**

- карбамазепин – 100-200 мг
- вальпроевая кислота – 300-600 мг
- габапентин – 300-1500 мг

Эффективность этих препаратов умеренная, возможно их назначение при неэффективности дофаминергической терапии. Они могут быть полезны при сочетании СБН и периферической невропатии, а также, если пациенты описывают свои ощущения как боль. Из побочных эффектов отмечаются тошнота, головокружение, избыточная седация.

➤ **Бензодиазепины**

- клоназепам – 0,5-1 мг
- диазепам – 5-10 мг

Бензодиазепины могут применяться при наличии толерантности к другим группам препаратов, а также при выраженных нарушениях сна. Наиболее часто применяемые бензодиазепины: клоназепам, диазепам, нозепам. Из побочных эффектов отмечаются дневная сонливость и риск возникновения когнитивных нарушений, особенно у пожилых пациентов.

➤ **Опиоидные препараты**

- кодеин – 15-30 мг
- трамадол – 50-100 мг

Риск лекарственной зависимости при приеме опиоидов делает их применение оправданным только в самых тяжелых случаях при неэффективности всех других способов лечения.

Как правило, прием всех препаратов назначается однократно на ночь.

➤ **Дофаминергические средства**

Дофаминергическая терапия является наиболее эффективной, она приводит к улучшению состояния более чем у 90% пациентов. Препараты леводопы достаточно быстро способствуют улучшению самочувствия и регрессу симптомов. Короткий период полувыведения обычных препаратов леводопы не обеспечивает длительного облегчения. Из препаратов леводопы наиболее целесообразно применение форм пролонгированного действия (мадопар ГСС, 1-2 капсулы за 1 час до сна). Нередко отмечается рикошетное усиление симптомов во второй половине ночи и в утренние часы [13]. При длительном использовании лекарственных препаратов данной группы необходимо помнить о феномене аугментации – усилении признаков СБН в процессе терапии, что проявляется более ранним возникновением, усилением и распространением симптомов на проксимальные отделы ног и даже руки. В настоящее время препаратами выбора при СБН являются агонисты дофаминовых рецепторов (АДР), при применении которых риск возникновения усиления признаков заболевания намного ниже, чем при терапии леводопой. Наиболее изученным препаратом этой группы является прамипексол [6, 9]. Преимуществом этого лекарственного средства является, прежде всего, эффективность в минимальных дозах (0,125-0,5 мг вечером) [13].

➤ **Прочие лекарственные средства**

Баклофен в дозе 10-20 мг на ночь может дать определенное облегчение, особенно при засыпании. При уремии препаратом выбора является клонидин (0,15 мг на ночь), иногда он бывает эффективен и при идиопатическом СБН. У некоторых больных отмечается улучшение состояния при применении фолиевой кислоты (4-5 мг в сутки), препаратов магния (магнерот – 2 таблетки на ночь), витамина Е (100-200 мг 2 раза в сутки), препаратов амантадинового ряда (мидантан или ПК-мерц 100 мг на ночь), золпидема (5-10 мг на ночь).



Заключение. Синдром беспокойных ног, несомненно, является актуальной проблемой экстрапирамидных заболеваний нервной системы и имеет довольно широкое распространение. Данная патология достаточно редко диагностируется неврологами и особенно врачами общей практики. Постановка диагноза не требует сложных и дорогостоящих исследований, а основывается на тщательном клиническом анализе симптомов, найденных у пациента. При проведении профилактических осмотров, диспансеризации, ежедневном приеме специалисту необходимо помнить о существовании данного заболевания и тщательно анализировать имеющиеся нарушения сна, необычные сенсорные ощущения в ногах, моторные расстройства и т.д. На современном этапе изучения СБН имеется достаточное количество лекарственных препаратов и немедикаментозных средств для коррекции симптомов заболевания а, следовательно, своевременная диагностика и адекватное назначение лечения могут существенно повысить качество жизни подавляющего большинства больных.

Литература

1. Аверьянов, Ю.Н. Синдром беспокойных ног/ Ю. Н. Аверьянов, Е. В. Подчуфарова // Невролог. журн. - 1997. - №3. - С. 12-16.
2. Левин, О.С. Подходы к диагностике и лечению синдрома беспокойных ног/ О. С. Левин // Трудный пациент. - 2009. - том 7, № 4. - С. 4-10.
3. Левин, О.С. Синдром беспокойных ног. Экстрапирамидные расстройства. Руководство по диагностике и лечению./В.Н. Штока, И.А. Иванова-Смоленская, О.С Левин. М.: Медпресс-информ, 2002. с 425-434.
4. Обухова, А.В. Синдром беспокойных ног / А. В. Обухова, Д. В. Артемьев // Consilium Medicum. - том 12. - №9. - 2010. -С. 36-43.
5. Обухова, А.Л. Синдром беспокойных ног / А. Л. Обухова // Рус.мед. журн.- 2001 (Вып. Болезнь Паркинсона). - С. 16-19.
6. Федорова, Н.В. Применение мирапекса при синдроме беспокойных ног/Н. В. Федорова //Методические рекомендации. М.. 2010. - С. 18.
7. Штульман, Д.Р.Неврология. Справочник практического врача/ Штульман Д. Р., Левин О. С. - М. 2007 С.61-65.
8. Restless Legs Syndrome Prevalence and Impact REST General Population Study. Arch Intern Med/ R.P. Allen [et al.]// 2005; 165:1286-1292.
9. Restless legs syndrome: diagnostic criteria, special considerations and epidemiology. A report from the restless legs syndrome diagnosis and epidemiology workshop at the National Institute of Health. Sleep Med/ R.P. Allen [et al.]// 2003; №4:101-119.
10. Restless legs syndrome: differential diagnosis and management with pramipexole / F. Brindani [et al.]// Clin Interv Aging 2009; №4:305-313.
11. Restless legs syndrome./ K.R. Chaudhuri [et al.]// Oxford University Press, 2009; 87 9- Cotter PE, O'Keeffe ST. Restless leg syndrome: is it a real problem? Ther Clin Risk Manag 2006; 2 (4): 465-475.
12. Obesity and restless legs syndrome in men and women./ X. Gao [et al.]// Neurology 2009 ; 72 (14): 1255-1261.
13. Restless legs syndrome and polyneuropathy./ F. Gemignani [et al.]// Mov Disord 2006; 21 (8): 1254-1257.
14. Impact, diagnosis and treatment of restless legs syndrome (RLS) in a primary care population: the REST (RLS epidemiology, symptoms, and treatment) primary care study./ W. Hening [et al.] // Sleep Med 2004; № 5: 237-246.
15. Nature and variants of idiopathic restless syndrome: observations from 152 patients referred to secondary care in the UK./ R. Holmes [et al.]//JNeural Transm 2007; 114 (7): 929-934.
16. O'Keeffe, S.T. Secondary causes of restless legs syndrome in older people. Age and Ageing Advance Access published May 10, 2005.
17. Walters ASetal. Restless Legs Syndrome: Prevalence and Impact in Children and Adolescents – The Peas REST Study/ D. Picchietti [et al.]//. PEDIATRICS 2007; 120 (2): 253-266.
18. Restless legs syndrome./ B. Yee [et al.]// AustFam Physician 2009; 38 (5): 296-300.

RELEVANCE OF RESTLESS LEGS SYNDROME IN EVERYDAY NEUROLOGIST'S PRACTICE

A.V. LUBIMOV¹
Z.Y. CHEFRANOVA²

*¹⁾ Voronezh Clinical
hospital No 7*

*²⁾ Belgorod National
Research University*

e-mail: jannaokbbel@rambler.ru

Currently, general practitioners and neurologists are often faced with restless legs syndrome at the outpatient reception. Despite the fact that the diagnosis does not require complex and expensive research and the analysis is based on clinical symptoms that revealed from the patient, the treatment is not always adequate. Given that, the disease is quite easy to treat, it is required the early diagnosis and the rational selection of therapy that can reverse significantly the pathological symptoms and improve the patient's condition.

Key words: restless legs syndrome, diagnostics, treatment.