

## ВИПАДОК ІЗ ПРАКТИКИ

## Хвороба Вілліса — Екбома (синдром неспокійних ніг)



**Н. Ю. Літвінова**

Національний медичний університет імені О. О. Богомольця, Київ

Описано випадок синдрому неспокійних ніг, з яким доводиться стикатися судинним хірургам. Наведено типові скарги і шкали оцінки стану хворого та ефективності лікування.

**Ключові слова:** синдром неспокійних ніг, хвороба Вілліса — Екбома.

У практиці, особливо під час надання консультацій пацієнтам із цукровим діабетом, судинний хірург інколи стикається із синдромом неспокійних ніг (СНН), або хворобою Вілліса — Екбома (Willis–Ekbom). СНН — це неврологічний рухочутливий розлад, що характеризується неприємними відчуттями в нижніх кінцівках, які з'являються у стані спокою (частіше у вечірній і нічний час), змушують хворого здійснювати рухи, котрі полегшують ці відчуття, і часто призводять до порушення сну [1, 2]. Систематичне дослідження синдрому почалося лише в 1940-х роках у працях невролога К. Екбома, проте вперше СНН описав Томас Вілліс у 1672-му [3].

Поширеність СНН серед дорослого населення сягає 10 %, при цьому в 75 % випадків симптоми виникають раз на тиждень і у 25 % випадків — більш ніж два рази на тиждень; якість життя при цьому різко погіршується [5]. СНН може виявитися в будь-якому віці, але переважно трапляється у хворих віком понад 30 років (досягає 10–15 %), найчастіше страждають і звертаються по медичну допомогу жінки [1]. Порушення сну коливаються від важкого засинання аж до повного безсоння, а згодом і тяжких депресій та нервового виснаження [3].

Міжнародна група з вивчення СНН (International RLS (IRLS) Study Group) визначила чотири есенціальні діагностичні критерії розладу. Діагноз СНН встановлюють лише за наявності всіх чотирьох ознак:

1) непереборне бажання рухати ногами, яке зазвичай супроводжується неприємними відчуттями в них;

2) неприємні відчуття в ногах або непереборне бажання рухати ними виникають чи посилюються в стані спокою, наприклад у положенні лежачи або сидячи;

3) неприємні відчуття в ногах або непереборне бажання рухати ними частково зменшуються чи повністю минають при рухах, наприклад під час ходьби, нахилів тулуба; полегшення триває щонайменше стільки ж, скільки й рух;

4) неприємні відчуття в ногах або непереборне бажання рухати ними посилюються ввечері або вночі чи можуть спостерігатися тільки у вечірній або нічний час.

Картина розладів варіює залежно від частоти й тяжкості симптомів. При оцінці за шкалою IRLS Rating Scale [6] (містить 10 пунктів, сумарна кількість балів варіює в діапазоні від 0 (відсутність симптомів) до 40) розрізняють СНН легкого ступеня тяжкості ( $\leq 10$  балів), середнього ступеня тяжкості (11–20 балів), тяжкий (21–30 балів) і дуже тяжкий ( $> 30$  балів). При легкому ступені тяжкості незручності невеликі, натомість тяжкий СНН негативно позначається на роботі, соціальній активності й життєдіяльності в цілому. Зумовлені

Стаття надійшла до редакції 24 березня 2015 р.

Літвінова Наталя Юріївна, к. мед. н., асистент  
01023, м. Київ, вул. Шовковична, 39/1. Тел. (44) 255-15-60

© Н. Ю. Літвінова, 2015

СНН депривація сну і втота в денний час — часті причини звернення пацієнтів по медичну допомогу. Тяжкий СНН — хронічний прогресивний розлад, що вимагає тривалого лікування.

У США поширеність СНН становить 1,5–7,4 % серед дорослих. Варіабельність показника відображає різні підходи до діагностики розладу, а також визначення його частоти й тяжкості. Етіологія первинного СНН невідома; як вторинний розлад можливий при таких станах, як дефіцит заліза, термінальна стадія ниркової недостатності й вагітність. Брак сну і його розлади, такі як синдром нічного апное, можуть посилювати вияви СНН.

Клінічно СНН характеризується двома основними групами симптомів: суб'єктивними патологічними відчуттями й надлишковою руховою активністю, які тісно пов'язані між собою. Сенсорні симптоми СНН представлені свербезом, поштрикуванням, розпиранням, а також відчуттям «повзання мурашок». Неприємні відчуття зазвичай виникають з обох боків, але більш ніж у 40 % випадків бувають асиметричними, а іноді однобічними.

Характерна особливість патологічних відчуттів полягає в залежності від рухової активності та пози. Зазвичай вони виникають і посилюються у стані спокою (у положенні сидячи й особливо лежачи) і зменшуються під час руху. Щоб полегшити свій стан, хворий змушений витягувати і згинати кінцівки, струшувати, розтирати й масажувати їх, крутитися в ліжку, вставати й ходити по кімнаті або переступати з ноги на ногу. Під час руху неприємні відчуття зменшуються або минають, але варто хворому лягти, а іноді й просто зупинитися, як вони знову посилюються. Вони можуть виникати не тільки в положенні лежачи, а й у положенні сидячи і здатні зробити нестерпними відвідування кіно чи театру, політ на літаку, тривалу поїздки в автотранспорті тощо.

Симптоми мають чіткий добовий ритм, з'являються або посилюються у вечірні й нічні години. У середньому максимальної виразності вони досягають у період від 0 до 4 години ранку, а мінімальної — від 6 до 10 години ранку.

Прямим наслідком неприємних відчуттів у кінцівках і необхідності постійно здійснювати рухи стає порушення сну — безсоння. Хворий довго не може заснути і часто прокидається вночі. Наслідком інсомнії стає швидка стомлюваність і знижена увага в денний час. Скарга на поганий сон провідна в більшості хворих, саме вона найчастіше приводить їх до лікаря. У пацієнтів відзначається супутня депресія.

Оцінювальна шкала IRLS (частково описана вище) містить 10 питань, відповіді на які за 5-бальною системою (0–4) дають змогу оцінити інтенсивність і частоту виявів СНН, а також його наслідки. Клінічно значущі критерії відповіді на лікування: резолюція симптомів (0 балів); зниження тяжкості

СНН від дуже важкого або важкого до середнього або легкого ступеня; зменшення сумарної кількості балів на  $\geq 50\%$  порівняно з вихідними даними.

Шкала загального клінічного враження (Clinical Global Impressions (CGI) Scale) дає змогу оцінити тяжкість захворювання і поліпшення порівняно з вихідним станом (ці пункти оцінюють за 7-бальною системою), а також терапевтичний і побічні ефекти лікування. Оцінки пунктів не підсумовуються. Клінічно значущі критерії відповіді на лікування: оцінка лікаря і пацієнта — «істотне поліпшення» («стан покращився») і «дуже виражене поліпшення» («стан значно покращився»).

Шкала оцінки якості життя пацієнтів із СНН (QL RLS-шкала) передбачає отримання сумарного показника на основі оцінки різних аспектів життєдіяльності за 18 пунктами, зокрема: повсякденна діяльність, соціальна активність і організація поїздки, ранкова активність і концентрація, сон і статеві активність, які оцінюють за 5-бальною системою.

Розлади сну за Medical Outcomes Study-Sleep Problem Index II (MOS-SPI-II) Scale пацієнт оцінює за 12 пунктами, серед них: засинання, підтримання сну, його тривалість, якість і адекватність, сонливість у денний час тощо.

Хворий, 42 роки, скерований ендокринологом до судинного хірурга з підозрою на облітераційне захворювання судин нижніх кінцівок. Скарги на неприємні відчуття в ногах, парестезії, неможливість заснути через ці відчуття у стані спокою.

Патологічні відчуття спочатку мали обмежену локалізацію і найчастіше виникали у глибині гомілок. При подальшому прогресуванні вони поширилися вгору, залучаючи стегна й ділянку промежини.

Спочатку симптоми з'являлися приблизно через 15–30 хв після того, як пацієнт лягав у ліжку. У подальшому вони виникали щоразу раніше, аж до денних годин.

З анамнезу: цукровий діабет 2 типу тривалістю 5 років, компенсований, коригується таблетованими препаратами. При огляді: незначна діабетична полінейропатія нижніх кінцівок, розладів артеріального кровообігу нижніх кінцівок не виявлено. За допомогою стандартного опитування щодо СНН встановлено діагноз хвороби Вілліса — Екбома середньої тяжкості.

Діагноз підтвердили вимірюванням парціального тиску кисню в нижніх кінцівках і на шкірі грудей: парціальний тиск кисню в ногах був знижений (5,54 порівняно з 7,19 кПа в нормі,  $p < 0,01$ ), а на шкірі грудей — підвищений (8,75 порівняно з 8,20 кПа,  $p = 0,355$ ). Градієнт кисню на шкірі грудей до ніг високий ( $\rho = 0,692$ ,  $p < 0,01$ ). Таким чином, периферійна гіпоксія пов'язана з появою симптомів СНН.

Хворому призначили антагоніст допаміну праміпексол («Праміпекс») у дозі 0,5 мг на добу та  $\alpha 2\delta$ -ліганд прегабалін («Лірика») у дозі 100 мг на добу на ніч.

Через тиждень лікування вияви хвороби зменшилися, а через місяць за шкалою IRLS Rating Scale сумарна кількість балів зменшилася від 20 до 5 балів, сон поліпшився, а клінічна оцінка лікаря і суб'єктивна оцінка пацієнта збіглися як «значне покращення».

СНН належить до частих захворювань, але діагностують його рідко, в основному через малу обізнаність практичних лікарів, які часто схильні пояснювати скарги хворих неврозом, психологічним стресом, захворюваннями периферичних судин, суглобів, остеохондрозом хребта. Однак у

більшості випадків діагностика СНН нескладна і ґрунтується на скаргах хворого. Після встановлення діагнозу СНН слід заперечити вторинний характер синдрому, здійснивши ретельне неврологічне та соматичне обстеження хворого.

Отже, незважаючи на те, що проблема СНН більш неврологічна, ніж хірургічна, судинні хірурги мають пам'ятати про існування цього синдрому та призначити правильне лікування, тому що ця маловивчена патологія значно впливає на якість життя пацієнта.

## Література

1. Левин О. С. Синдром беспокойных ног // Диагностика и лечение экстрапирамидных расстройств / Под ред. В. Н. Штока. — М., 2000. — С. 124–138.
2. Earley C. J. Restless legs syndrome // N. Engl. J. Med. — 2003. — Vol. 348. — P. 2103–2109.
3. Ekblom K. A. Restless legs // Acta Med. Scand. — 1945. — Vol. 158. — P. 5–123.
4. Paulus W., Trenkwalder C. Pathophysiology of dopaminergic therapy — related augmentation in restless legs syndrome // Lancet Neurol. — 2006. — Vol. 5. — P. 878–886.
5. Phillips B., Young T., Finn L. et al. Epidemiology of restless legs symptoms in adults // Arch. Int. Med. — 2000. — Vol. 160. — P. 2137–2121.
6. The International Restless Legs Syndrome Study Group. Validation of the International Restless Legs Syndrome Study Group rating scale for restless legs syndrome // Sleep Medicine. — 2003. — Vol. 4, Iss. 2. — P. 121–132.

## Болезнь Уиллиса — Экбома (синдром беспокойных ног)

Н. Ю. Литвинова

Национальный медицинский университет имени А. А. Богомольца, Киев

Описан случай синдрома беспокойных ног, с которым приходится сталкиваться сосудистым хирургам. Приведены типичные жалобы и шкалы оценки состояния больного и эффективности лечения.

**Ключевые слова:** синдром беспокойных ног, болезнь Уиллиса — Экбома.

## Willis – Ecbome disease (restless legs syndrome)

N. Yu. Litvinova

O. O. Bogomolets National Medical University, Kyiv

A case of restless legs syndrome occurring in practice of surgical surgeons is described. Typical complaints and assessment scales of treatment efficacy are presented.

**Key words:** restless legs syndrome, Willis – Ecbome disease.