

NERAMIŲ KOJŲ SINDROMAS

KLINIKINIS ATVEJIS

69 m. moteris atvyko į Skausmo kliniką neurochirurgo nukreipimu. Skundėsi apatinės nugaros dalies, viso kūno raumenų, kojų skausmu, nurodė, kad negalinti ilgiau išbūti vienoje padėtyje, turinti nuolat judėti. Skausmai prasidėjo prieš 55 metus, kai, nukritusi nuo arklio, smarkiai susimušė nugarą. Taip pat buvo patyrusi keletą mažesnių stuburo traumų vyresniame amžiuje. Stuburas operuotas 3 kartus dėl disko išvaržos L4/L5 (2) ir kaklo disko išvaržos C5/C6 ir C6/C7. Neurochirurgų diagnozė: spinalinio kanalo stenozė kaklo ir juosmens srityje, antrinė radikulopatija. Ligonė taip pat turėjusi keletą kitų operacijų (ginekologinės, tulžies pūslės, kirkšnies išvaržos, iš viso – 10 operacijų). Taip pat serga II tipo cukriniu diabetu, vartoja geriamuosius preparatus.

Prieš metus buvo konsultuota Skausmo klinikoje, nustatyta diagnozė: somatoforminis skausmo sutrikimas, nerimo sindromas, skirtas gydymas anafraniliu pagal schemą bei kineziterapija iš dalies buvo veiksmingi, ligonė gydymo neišlaikė grįždama prie anksčiau skirto gydymo tramadolio injekcijomis po 50 mg 2 kartus ir naklofenu epizodiškai. Bet šie vaistai, kaip teigia, veikia trumpai, padeda šiaip ne taip užmigti.

Savo skausmą ligonė vertino taip: lokalizacija – nugarą, kojas, rankas, galva; intensyvumas – nuo vidutinio iki proveržiais nepakeliamas; pobūdis – nugaroje aštrus, galūnėse raumenų skausmas lyg jie „sutrinti“, kojų distalinėse dalyse deginimas, kylantis aukštyn vakarais, išplintantis po visą kūną, galvos – kaip danties gėlimas. Dėl skausmo turinti nuolat judėti, ypač vakarais. Mano, kad skausmą sukelia dideli pakitimai stubure ir kraujotakos nepakankamumas, dėl to degina kūną (nes plečiantys vaistai lyg padeda).

Neurologinis klinikinis tyrimas – židininės simptomatikos nėra, tik nustatyti teigiami Lasegue simptomai abipus. Įvertinti fibromialginiai taškai (nustatyti II, kritinė riba). Informacija apie skausmą tikslinta Lietuviškuoju skausmo klausimynu ($n = 17$; SLK = 31 + 24), HAD skale (11/12). Atlikti farmakologiniai mėginiai: amitriptilinu (neveiksmingas), lidokainu (neveiksmingas).

Kol vyko tyrimas, ligonė toliau vartojo tramadolį įprastine schema, kuris trumpai veikdavo, sumažindavo skausmą vakare, kiek deginimą kojose ir leisdavo pagaliau užmigti paryčiais. Įtartas neramių kojų sindromas. Paskirtas gydymasis testas Madopar 200/50 po ½ tab. 2 kartus per dieną.

Ligonei atvykus po 14 dienų nustatytas ženklus pagerėjimas: liovėsi nuolatinis kojų deginimas, silpnas vakarais, tramadolio injekcijų papildomai jau nereikia. Gydymas koreguotas paskiriant I tablete *Madopar* antroje dienos pusėje. Ligonė jaučiasi gerai, simptomatika regresavo, kojų deginimo, neramumo prieš užmiegant nėra.

Pirmą kartą neramių kojų sindromą (NKS) kliniškai nustatė T. Willis 1685 m. Tai sutapo su tuo laikotarpiu, kai Europą pasiekė arbata bei kava ir jos imta gausiai vartoti. Tačiau visapusiškai ši klinikinė būklė buvo aprašyta gerokai vėliau, kai K. Ekbomas (1945), remdamasis didelės apimties klinikine medžiaga, aprašė sindromą ir pavadino jį neramių kojų sindromu.

Pats būdingiausias NKS požymis – nemalonūs kojų jutimai, atsirandantys ramybėje ir išnykstantys aktyviai judant. Tai parastezijas primenanti simptomatika: „skruzdėlių bėgiojimas“, dilgčiojimas, niežulys, galūnės suspaudimo ir tempimo jausmas ir kt. Simptomai paprastai išryškėja vakarais, prieš miegą, nors juos išprovokuoja ir ilgalaikė ramybė: sėdėjimas automobilyje, salėje ir pan. Dažniausia lokalizacija – blauzdos, bet galimas pojūčių išplitimas į šlaunis, rankas ar net po visą kūną. Aktyvūs judesiai yra svarbiausia priemonė, kurią pacientai naudoja, kad kiek aprimtų simptomai. „Naktimis jie vaikšto, skaito, dėlioja pasjansą, rūko ir, kol nesibaigia nemalonūs jutimai, vis judina kojas...“ (K. Ekbomas). Šie judesiai yra valingi, pats pacientas, remdamasis savo patirtimi, pasirenka, kokius sąnarius judinti.

Tarptautinė neramių kojų sindromo studijų grupė išskyrė 4 privalomus NKS simptomus:

- a) parastezijos, sukeliančios nuolatinio kojų judinimo poreikį;
- b) negalėjimas dienos metu ilgiau išbūti ramybėje;
- c) simptomų atsiradimas ramybėje ir išnykimas judesių metu;

- d) maksimalus simptomų sustiprėjimas vakarais prieš miegą ir naktį.

Be to, nustatyti 5 papildomi kriterijai:

- a) miego sutrikimai;
- b) periodiniai kojų judesiai naktį;
- c) normalūs neurologinio tyrimo duomenys;
- d) kai kurie klinikiniai ypatumai: vyresnis amžius, galimas progresavimas, kofeino įtaka; nėštumo įtaka ir kt.;
- e) šeiminė anamnezė.

Apie 40 % atvejų NKS yra idiopatinis. Simptominiai atvejai siejami su anemija, nėštumu, išsėtine skleroze, uremija, polineuropatijomis: diabetine, toksine, idiopatine, reumatoidinio artrito atveju, taip pat esant nugaros smegenų pažeidimams (po-trauminiams, kraujagyslinės kilmės), radikulopatijoms. Manoma apie galimą psichogeninę sindromo kilmę, tačiau ši prielaida paneigta. Tačiau neabejojama, kad CNS turi tiesioginę reikšmę sergant NKS.

Transkranialinės magnetinės stimuliacijos duomenys rodo suprasinalinės inhibicijos slopinimą, elektroфизиologiniai tyrimai patvirtina galimą retikulinės formacijos tilte ir labiau rostralinių struktūrų disfunkciją. Apie dofaminerginių struktūrų disfunkciją liudija dofaminerginių preparatų veiksmingumas sergant NKS.

Įrodyta ir endogeninių opioidinių struktūrų reikšmė, kurią patvirtina opioidinių analgetikų veiksmingumas gydant NKS. Mokslinių tyrimų ir klinikinių studijų rezultatai patvirtina, kad NKS genezėje svarbus yra ir gama aminosviesto rūgšties (GABA) ir serotoninerginių neuromediatorinių sistemų nepakanka-

mumas bei adrenerginių sistemų hiperaktyvumas.

Skirti NKS tenka nuo:

- 1) periferinės neuropatijos (dilgčiojimas, deginimas kojų distalinėse dalyse, smarkesni naktį, kaip pagrindinis požymis);
- 2) juosmens radikulopatijos (maudžiantys kojų skausmai gali būti svarbiausias simptomas);
- 3) mielopatijos (raumenų mėšlungiai, „kojų traukuliai“ naktį pablogėjus spinalinei kraujotakai);
- 4) miokloninės epilepsijos (būdingi raumenų traukuliai ir jų cirkadinė aktyvacija);
- 5) eritromelalgijos (distalinių kojų dalių skausmingas maudimas dėl edemos, odos spalvos pakitimai).

Nustačius NKS, reikia spręsti, ar jis idiopatinis, ar ieškoti galimos jo priežasties. Skiriant nuo periferinės neuropatijos, veiksmingu diagnostiniu metodu gali būti terminis ir vibracinis kiekybinis sensorinis testavimas neurosensoriniu analizatoriumi TSA II.

Gydant NKS, svarbu yra mitybos režimas: iš raciono turi būti išimti kofeino turintys produktai: šokoladas, gėrimai, reikia mesti rūkyti, nevartoti alkoholio, neuroleptikų ir antidepresantų.

Efektyviausiai NKS gydo levodopos preparatai (*Sinemet, Madopar*), dopamino agonistai (*Bromokriptin, Pramipeksol*). Jų dozės nedidelės, lyginant su vartojamomis sergant Parkinsono liga. Dažnai pasiteisina ir benzodiazepino (*Klonazepam*), vaisto nuo epilepsijos (*Karbamazepin*) skyrimas. Jei gydymas šiais preparatais neveiksmingas, reikia išbandyti opioidinius analgetikus.