

УДК 616.8

**ДНЕВНАЯ СОНЛИВОСТЬ ПРИ БОЛЕЗНИ
ПАРКИНСОНА: ФАКТОРЫ РИСКА И
СООТНОШЕНИЕ С ДРУГИМИ НЕМОТОРНЫМИ
И МОТОРНЫМИ СИМПТОМАМИ**

Бабкина О.В.¹, Полуэктов М.Г.², Левин О.С.¹

¹Российская медицинская академия непрерывного профессионального образования, кафедра неврологии, Центр экстрапиримидных Заболеваний, г. Москва, e-mail: olga_bo2010@mail.ru, ²Первый Московский государственный медицинский университет им. И.М. Сеченова, кафедра нервных болезней ИПО, г. Москва, e-mail: info@medsna.ru

До настоящего времени тема изучения нарушений сна при болезни Паркинсона остается в центре внимания исследователей [1-5]. Целью исследования является определение частоты и факторов, влияющих на развитие ДС, соотношение с другими немоторными и моторными проявлениями БП. В задачи исследования входит оценка моторных, когнитивных, аффективных, вегетативных расстройств, нарушений бодрствования и сна, оценка качества жизни у больных с БП. *Материал и методы.* Было обследовано 30 больных с 1-3 стадиями БП. Помимо тщательного сбора анамнеза и неврологического осмотра, пациенты проходили тестирование с использованием следующих шкал и опросников: унифицированная шкала для оценки тяжести БП (UPDRS-MDS), Эпвортская шкала сонливости (ESS), шкала нарушений сна у больных с БП (PDSS-2), Берлинский опросник апноэ сна (the Berlin Questionnaire), Монреальская шкала когнитивной оценки (MoCA), тест 3-КТ, госпитальная шкала тревоги и депрессии (HADS), шкала вегетативных нарушений при БП, шкала качества жизни при БП (PDQ-39), шкала Шваба и Ингланда для оценки повседневной активности (MSEADL). Больные были разделены на две группы: основная группа – больные БП с ДС (n=20) и группа сравнения – больные БП без ДС (n=10). Пациентам основной группы были проведены полисомнография (ПСГ) и множественный тест латентности сна (МТЛС).

Результаты. ДС выявлена у 67% больных с БП, что соответствует результатам других исследований [2]. Пациенты основной группы и группы сравнения статистически значимо не отличались по полу, возрасту, длительности и стадии заболевания. Пациенты двух групп отличались по эквивалентной дозе леводопы (635,9 и 281,3 мг, p=0,002), длительности терапии (45,3 и 11,7 месяцев, p=0,01), части I и II шкалы UPDRS-MDS (p<0,05). У пациентов с ДС чаще встречались нарушения сна по шкале PDSS-2 (17,4 и 8,3 баллов, p=0,002) и вегетативные нарушения (6,3 и 3,0 баллов, p=0,01). Качество жизни и уровень повседневной активности у пациентов с ДС были ниже в сравнении с пациентами без нее (82,3 и 46,6 баллов PDQ-39, p<0,0001; 85,1 и 91,0 баллов MSEADL, p<0,05). Корреляционный анализ показал наличие взаимосвязи между дозой леводопы и длительности терапии с длительностью ДС (r=0,51, p<0,05). ДС положительно коррелировала с I, III частями и общим баллом по шкале UPDRS-MDS (p<0,05). Выявлена отрицательная взаимосвязь между скоростью засыпания пациентов по данным ПСГ и оценкой ESS (r=-0,95, p<0,05).

По данным ПСГ среднее время сна составило 6,6±1,2 ч, индекс эффективности сна – 75,2±11,7%. Отмечалось снижение представленности глубокого сна до 21,1±12,4% и

увеличение количества пробуждений до 45±19,3 и бодрствования во время сна до 89,2±55,4 мин. Средняя латентность сна у пациентов основной группы составила 7,7±4,9 мин, что подтверждает наличие синдрома гиперсомнии [1].

Выводы. ДС встречается у 67% пациентов с БП и ассоциирована с более выраженными моторными и другими немоторными симптомами. Более высокая доза дофаминергических средств и большая длительность терапии у пациентов с ДС может быть обусловлена большей тяжестью заболевания, однако также может трактоваться как фактор риска развития ДС [3, 4]. ДС ассоциирована с более низким уровнем повседневной активности и может выступать независимым фактором снижения качества жизни больных. Результаты исследований ночного сна указывают на наличие фрагментации сна и снижение представленности глубокого сна, характерное для пациентов с БП [1], однако индекс качества сна и его продолжительность не были изменены. Таким образом, ДС в обследуемой группе больных не была связана с нарушениями ночного сна, что подтверждает данные ранее проведенных исследований [1, 5].

ЛИТЕРАТУРА

1. Бабкина О.В., Полуэктов М.Г., Левин О.С. Гетерогенность дневной сонливости при болезни Паркинсона // Журнал неврологии и психиатрии им. С.С. Корсакова. 2016. № 116 (6-2). С. 60–70.
2. Barone P., Antonini A., Colosimo C. et al. PRIAMO study group. The PRIAMO study: a multicenter assessment of nonmotor symptoms and their impact on quality of life in Parkinson's disease // Mov Disord. 2009. Vol. 24(11). P. 1641–1649. doi: 10.1002/mds.22643.
3. Breen D.P., Williams-Gray C.H., Mason S.L. et al. Excessive daytime sleepiness and its risk factors in incident Parkinson's disease // J Neurol Neurosurg Psychiatry. 2013. Vol. 84. P. 233–234. doi: 10.1136/jnnp-2012-304097.
4. Gjerstad M.D., Alves G., Wentzel-Larsen T. et al. Excessive daytime sleepiness in Parkinson disease: is it the drugs or the disease? // Neurology. 2006. Vol. 67(5). P. 853–858.
5. Rye D.B., Bliwise D.L., Dihenia B., Gurecki P. FAST TRACK: daytime sleepiness in Parkinson's disease // J Sleep Res. 2000. Vol. 9(1). P. 63–69.

Поступила 04.05.17.

УДК 616.8—007

**АМБУЛАТОРНАЯ ПОМОЩЬ СЕЛЬСКИМ
ПАЦИЕНТАМ С МАЛЬФОРМАЦИЕЙ КИАРИ I ТИПА
И СИРИНГОМИЕЛИЕЙ: РОЛЬ МЕДИЦИНСКИХ
РАБОТНИКОВ СРЕДНЕГО ЗВЕНА**

Гилязиева М.Р., Файзулдинова А.Т.

Казанский государственный медицинский университет,
кафедра неврологии и реабилитации КГМУ,
e-mail: ailsuzab@mail.ru

В современной неврологии остро стоит проблема эффективности помощи больным с сирингомиелией и мальформацией Киари [1–5]. Цель. Изучение данных обращения за медицинской помощью взрослых пациентов с МК1, проживающих в двух сельских районах Республики Татарстан. Анализируемый период составил 5 лет. При статистической обработке данных принят уровень значимости различий p<0,05.

Результаты. Было выявлено 30 пациентов с МК1. Средний возраст – 37±17 лет; длительность заболевания