

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 экстрапирамидных 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: aishuzab@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

от 1 месяца до 48 лет; мужчины составили 70% (n=21). МК1-ассоциированная сирингомиелия составила 40% (n=12).

Трехэтапное ведение пациентов (стационар РКБ, поликлиника РКБ, ЦРБ) отмечено в 43% (n=13), двухэтапное ведение (поликлиника РКБ и ЦРБ) – в 20% (n=6). Четыре пациента (13%) наблюдались только в ЦРБ. Семи пациентам (23%) диагноз впервые был выставлен при углубленном допризывном исследовании (поликлиника РКБ).

Регулярное посещение невролога ЦРБ (не менее 1 раза в 2 года) отмечено для 7 пациентов: 3 мужчин и 4 женщины; средний возраст - 46±11 лет; сирингомиелия – у 6 пациентов. В подгруппе с нерегулярным посещением невролога отмечены следующие особенности: пациенты были достоверно моложе (34±17 лет), реже страдали сирингомиелией (6 из 23), большинство пациентов составили мужчины (18 из 23). 14 пациентов (47%) не посещали невролога в течение 5 лет, в том числе, 5 пациентов с клинически симптомной сирингомиелией.

Выводы. Большинству пациентов с МК1, проживающих в сельской местности, диагностика и определение тактики лечения заболевания проводится на достаточном уровне - в ГАУЗ РКБ МЗРТ. Вместе с тем, в рассмотренной группе, нерегулярное диспансерное наблюдение пациентов отмечено более, чем в 70% случаев. Несмотря в среднем на более легкую симптоматику, данные пациенты нуждаются в контроле состояния и регулярном осмотре невролога для выявления начальных признаков декомпенсации и предупреждения прогрессирования заболевания. Для решения задачи повышения «приверженности» лечению и наблюдению пациентов с МК1 необходимы усилия не только невролога, реабилитолога и врача общей практики ЦРБ, но и медицинских работников среднего звена. Медицинская сестра может вести занятия «Школы для пациентов с МК1 и их родственников», следить за выполнением графика диспансерного наблюдения, включить в план посещения на дому анализ дневников пациента и заполнение кратких оценочных шкал, позволяющих выявлять признаки декомпенсации состояния. Инструктору ЛФК, на основании сделанных врачом рекомендаций, необходимо обучить пациента методам физической реабилитации, включающей динамические упражнения, упражнения на расслабление, дыхательную гимнастику.

ЛИТЕРАТУРА

1. Файзутдинова А.Т., Богданов Э.И., Шакуров А.Р. и др. Амбулаторная консультативно-диагностическая помощь при мальформации Киари и сирингомиелии // Материалы VIII-й Российской научно-практической конференции с международным участием «Здоровье человека в XXI веке». Казань, 31 марта–1 апреля 2016 г. /Под общей редакцией профессора Ксембаева С.С. Казань: Бриг, 2016. С. 584–591.
2. Файзутдинова А.Т., Богданов Э.И. Пути повышения эффективности медицинской помощи взрослым пациентам с мальформацией Киари I типа: роль изучения естественного течения заболевания и результатов хирургического лечения // Практическая медицина. 2016. №4 (96). С. 127–132.
3. Поважная Е.Л. Роль медсестры в медицинской реабилитации больных // Медицинская сестра. 2016. №6. С. 42–45.
4. Журавлев Ю.И., Пальчук Е.В. Разработка сестринской полипараметрической технологии оценки проблем пациента // Фундаментальные исследования, 2015. №1-8. С. 1586–1590.
5. Кадыков А.С., Черникова Л.А., Шахпаронова Н.В. Реабилитация неврологических больных. М.: МЕДпресс-информ, 2014. 564 с.

Поступила 04.05.17.

ПЕРИФЕРИЧЕСКОЕ И ЦЕНТРАЛЬНОЕ ГОЛОВОКРУЖЕНИЕ У БОЛЬНЫХ С МАЛЬФОРМАЦИЕЙ КИАРИ I ТИПА: ОСОБЕННОСТИ ВЕСТИБУЛЯРНОГО ТЕСТИРОВАНИЯ

Дунин Д.Н., Менделевич Е.Г.

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

Проблема изучения мальформации Киари остаётся актуальной для современной неврологии [1–5]. Целью исследования было изучение спектра координаторных и сочетанных с ними расстройств у больных с мальформацией Киари I типа (МК I) в целом и особенностей головокружений у этих пациентов в частности. **Материалы и методы:** Было обследовано 120 пациентов с клинической картиной и верифицированным на магнитно-резонансной томографии (МРТ) диагнозом МК I, из них 82 женщины (68,3%) и 38 мужчин (31,6%) в возрасте от 13 до 76 лет. Методы исследования включали неврологический осмотр, углубленное изучение вестибулярно-мозжечковых функций. Всем пациентам проведено МРТ исследование головного мозга с использованием стандартных режимов T1- и T2-взвешенных изображений в срединно-сагиттальной проекции, затем выполнялся МРТ-морфометрический анализ краниальных изображений.

Среди исследованных больных на основании анамнестических данных были выделены 2 группы по принципу наличия или отсутствия жалоб в вестибуло-координаторной сфере. Первая (1 гр.) включала 88 больных (73,3%), которые имели жалобы в данной сфере (средний возраст 47,9±13,2 лет). Вторая (2 гр.) – 32 пациента (26,6%) без наличия подобных жалоб (средний возраст 33,5±13,4 лет).

У больных первой группы были проведены ряд тестов с целью определения характера головокружения и разграничения периферического и центрального его генеза. Так, всем больным проводились специальные пробы – проба Хальмаги (импульс-тест – максимально быстрые повороты головы пациента на 15–20 градусов в сторону при фиксации взора больного на неподвижном объекте), проба с «сотрясением головы» (шейкер-тест – быстрые повторяющиеся пассивные ротационные повороты головы влево и вправо вокруг аксиальной оси на 20 градусов с частотой 2 в секунду) и провокационный тест Дикса-Халлпайка (поворот головы пациента на 45° в сторону при фиксированном на враче взгляде с последующим резким укладыванием его на спину с запрокидыванием назад на 30°, голова свисает с кушетки, сохраняя разворот на 45° в исследуемую сторону; наблюдение в течение 30 с и резкий возврат в исходное положение – сидя, сохраняя поворот головы на 45° в сторону предполагаемого «больного уха»; наблюдение за появлением реверсивного нистагма, ощущения головокружения).

Результаты: Полученные в ходе исследования данные представлены в таблице.

Обсуждение результатов: Тест Дикса-Халлпайка был положительным (через 5–10 секунд после проведения возникли нистагм и головокружение, персистирующие не более 30–40 секунд) у 14 больных (18,4%) с системным позиционным пароксизмальным головокружением из 26, что может свидетельствовать о периферическом характере головокружения у этого числа пациентов, сходным с механизмом, наблюдаемым при доброкачественном пароксизмальном позиционном головокружении (ДППГ) [1], у остальных 12 больных с жалобами на системное головокружение, а также у пациентов с головокружениями иных характеристик при