

Матеріали і методи. Залежно від концентрації глюкози в плазмі крові натще та через 2 год стандартного глюкозо-толерантного тесту (ГТТ) обстежених похилого віку (60-74 років) розділили на дві групи. До групи здорових (1-ша група) віднесено 33 пацієнтів, у яких концентрація глюкози натще була нижче 5,6 ммоль/л, а через 2 год після ГТТ — нижче 7,8 ммоль/л. Інші 30 пацієнтів, у яких концентрація глюкози натще складала від 5,6 до 6,9 ммоль/л, а через 2 год після ГТТ — від 7,8 до 11,1 ммоль/л, склали групу осіб із переддіабетичними порушеннями вуглеводного обміну (2-га група). Обидві групи не відрізнялись за віком, статтю, антропометричними параметрами. У всіх учасників дослідження проведено гостру ізокапічну гіпоксичну пробу (гіпоксична проба (ГП), дихання газовою сумішшю з 12 % кисню протягом 20 хв), яку вони перенесли добре, без побічних реакцій.

Результати. На перших хвилинах ГП зниження сатурації крові не відрізнялось в обох групах, але протягом наступних 10 хв темп зниження SaO_2 був більш значим в осіб із переддіабетичними порушеннями. На 15-й хвилині ГП рівень SaO_2 у них був нижчий, ніж у здорових людей, склавши відповідно $81,1 \pm 1,3$ і $85,5 \pm 2,4$ % ($p < 0,05$). Така відмінність між групами зберігалась до 20-ї хвилини ГП. Крім того, тривалість відновлення SaO_2 до початкового рівня була більшою у пацієнтів із переддіабетичними порушеннями: на 5-й хвилині після припинення ГП рівень SaO_2 у них залишався знизеним ($96,1 \pm 0,7$ %), у той час як у здорових людей він був навіть дещо вищим, ніж до ГП ($99,0 \pm 0,2$ %).

Зміни показників серцево-судинної системи не відрізнялись між групами обстежених. На 20-й хвилині ГП у здорових людей ЧСС зросла на 7,5 % ($p < 0,05$), а у хворих із переддіабетичними порушеннями — на 8,2 % ($p < 0,05$). Систолічний артеріальний тиск (САТ) підвищився відповідно на 7,8 % ($p < 0,05$) і 10,8 % ($p < 0,05$), а діастолічний артеріальний тиск (ДАТ) — на 16,8 % ($p < 0,05$) і 15 % ($p < 0,05$) відповідно. Частота дихання (ЧД) зросла при ГП на 37 % ($p < 0,01$) в групі здорових людей і на 48 % ($p < 0,01$) у пацієнтів із переддіабетичними порушеннями. Однак на 5-й хвилині відновного періоду показники САТ, ЧСС і ЧД були статистично значущо вищі в обстежених із порушеннями вуглеводного обміну, ніж у здорових людей. Отже, у пацієнтів із переддіабетичними порушеннями вуглеводного обміну при ГП спостерігалось менш ефективне функціонування дихальної і серцево-судинної систем, ніж у здорових людей.

Кореляційний аналіз виявив суттєвий зв'язок між показником резистентності до гіпоксії (ступенем зниження SaO_2 на 20-й хвилині ГП) і рівнем глікемії. Так, обстежені з меншими величинами SaO_2 при ГП мали вищі рівні глюкози в плазмі крові натще ($r = -0,83$; $p < 0,01$) та через 2 год після ГТТ ($r = -0,75$; $p < 0,01$). Виявлено зворотний зв'язок між показником резистентності до гіпоксії (ступенем зниження SaO_2 на 20-й хвилині ГП) та показниками кардіореспіраторної системи — що нижча резистентність до гіпоксії, то вищі показники ЧД та ЧСС в стані спокою ($r = -0,42$ і $-0,41$ відповідно; $p < 0,01$), а також більш значні зміни цих показників при ГП ($r = -0,35$ і $-0,34$ відповідно; $p < 0,05$). Отримані результати свідчать про існування взаємозв'язку між ступенем артеріальної гіпоксемії при ГП та вираженістю порушень вуглеводного обміну.

Висновки. Хворі похилого віку із переддіабетичними порушеннями вуглеводного обміну мають знижену резистентність організму до впливу гострої гіпоксії порівняно зі здоровими людьми без таких порушень. На це вказує більш значне зниження сатурації крові при дозованій ГП у хворих із переддіабетичними порушеннями вуглеводного обміну. Такі хворі на відміну від здорових людей відрізняються більш значним зростанням частоти дихання при ГП та більш повільною нормалізацією показників кардіореспіраторної системи протягом відновного періоду.

ПРИМЕНЕНИЕ ШКАЛЫ NON-MOTOR SYMPTOMS SCALE ДЛЯ ОЦЕНКИ НЕМОТОРНЫХ СИМПТОМОВ БОЛЕЗНИ ПАРКИНСОНА

С. А. Крижановский, О. В. Крицкая, И. Н. Карабань

ГУ "Институт геронтологии им. Д. Ф. Чеботарева НАМН Украины", Киев

Комплекс немоторных симптомов (НМС) широко представлен у пациентов с болезнью Паркинсона (БП), но в клинической практике его недостаточно диагностируют из-за отсутствия активных жалоб со стороны пациента, а также вследствие того, что неврологи не проводят целенаправленный опрос больных. Это приводит к тому, что немоторные проявления БП зачастую остаются нераспознанными, а при отсутствии адекватного лечения оказывают негативное влияние на качество жизни пациента.

Цель — оценить выраженность отдельных НМС при БП у пациентов среднего и пожилого возраста с использованием шкалы Non-Motor Symptoms Scale (NMSS).

Материалы и методы. У 122 пациентов в возрасте 45–59 лет ($n = 62$) и 60–74 лет ($n = 60$) с БП 2,0–3,0 стадии по Hoehn–Yahr оценивали выраженность различных НМС с использованием шкал Non-Motor Symptoms Scale (NMSS), депрессии Бека, сонливости Элфорта (ESS), вегетативных расстройств Вейна, MMSE, MoCA, FAB и шкалы тревоги Спилбергера–Ханина. Статистическую оценку отличий между независимыми выборками проводили при помощи критерия Манна–Уитни, для корреляционного анализа использовали коэффициент Спирмена. В качестве значимых рассматривали отличия, для которых $p < 0,05$.

Результаты. НМС являются фактически неотъемлемой частью клинической картины БП. Менее 3 % обследованных отмечали их полное отсутствие, тогда как НМС тяжелой и очень тяжелой степени были выявлены по результатам NMSS у 53 % лиц среднего и у 62 % пожилого возраста. Выраженность НМС не зависела от пола пациентов, однако возрастала в более поздних стадиях БП ($50,3 \pm 5,3$ до $70,6 \pm 5,7$ балла по шкале NMSS; $p < 0,05$). По результатам корреляционного анализа установлено, что наибольшая степень связи с общим баллом НМС по NMSS характерна для эмоциональных расстройств: по шкале Бека коэффициент корреляции (kk) составил 0,62 ($p < 0,05$), уровня тревожности — 0,57 ($p < 0,05$), вегетативных расстройств — 0,5 ($p < 0,05$) и субшкал UPDRS I и II — 0,55 и 0,46 соответственно ($p < 0,05$). В то же время результаты всех трех тестов, использованных для оценки когнитивных нарушений, были очень слабо связаны с суммарным баллом NMSS ($kk = 0,28–0,3$; $p < 0,05$), что может указывать на относительно низкую чувствительность NMSS для оценки когнитивных нарушений и необходимость дополнительного проведения специализированных тестов. Степень выраженности когнитивных нарушений может быть связана с другими немоторными проявлениями. Так, в группе пациентов среднего возраста с более низкими показателями когнитивных функций наблюдалось повышение показателей “утомляемость” ($3,9 \pm 0,6$ и $6,4 \pm 1,0$; $p < 0,05$) и “констипация” ($2,4 \pm 0,5$ и $4,9 \pm 1,1$; $p < 0,05$) по шкале NMSS. В группе пациентов пожилого возраста когнитивные нарушения сопровождались нарушениями мочеиспускания — никтурией ($1,0 \pm 0,5$ и $4,4 \pm 0,9$; $p < 0,05$) и императивными позывами к мочеиспусканию ($1,3 \pm 0,6$ и $5,9 \pm 0,7$; $p < 0,05$).

Выводы. У пациентов с БП распространены НМС, выраженность которых увеличивается в процессе прогрессирования заболевания. Информативным инструментом общей оценки НМС является шкала Non-Motor Symptoms Scale (NMSS), однако она имеет относительно низкую чувствительность в определении когнитивного статуса в связи с субъективной оценкой своего состояния. Учитывая все вышесказанное, для оценки когнитивных функций целесообразным является комбинированное применение специализированных шкал, таких как MMSE, MoCA, FAB и NMSS.

КЛИНИЧЕСКОЕ ПРИМЕНЕНИЕ КОГНИТИВНЫХ ВЫЗВАННЫХ ПОТЕНЦИАЛОВ P300 ДЛЯ ОЦЕНКИ ЭФФЕКТОВ РИВАСТИГМИНА У ПАЦИЕНТОВ С БОЛЕЗНЬЮ ПАРКИНСОНА С КОГНИТИВНЫМИ НАРУШЕНИЯМИ

С. А. Крижановский, О. В. Крицкая, Н. В. Карасевич, И. Н. Карабань

ГУ “Институт геронтологии им. Д. Ф. Чеботарева НАМН Украины”, Киев

Нейродегенеративные процессы, лежащие в основе болезней Паркинсона и Альцгеймера, приводят к развитию холинергического дефицита в мозге, что является одной из наиболее важных причин возникновения деменции. В ряде исследований были подтверждены положительные эффекты ингибиторов холинэстеразы и, в частности, ривастигмина на поведенческие и психиатрические симптомы болезней Альцгеймера и Паркинсона. На данный момент препараты этой группы являются единственными рекомендованными для применения при деменции, развивающейся на фоне болезни Паркинсона.

Цель — оценка эффектов влияния курсового приема ривастигмина на электрофизиологические характеристики когнитивных функций.

Материалы и методы. Обследованы 13 пациентов с болезнью Паркинсона (60–74 года, 2,5–3,0 по Hoehn–Yahr) с умеренными когнитивными нарушениями ($n = 6$) и деменцией ($n = 7$). Для оценки выраженности когнитивных нарушений использовали шкалы Montreal Cognitive Assessment (MoCA) и Mini-mental state examination (MMSE). Когнитивные вызванные потенциалы регистрировали с применением парадигмы случайно возникающего события. Обследование проводили до и после курса приема ривастигмина в дозе 3–6 мг/сут на протяжении 12 нед. Статистический анализ изменений выполняли при помощи критерия Уилкоксона. В качестве значимых рассматривали отличия, для которых $p < 0,05$.