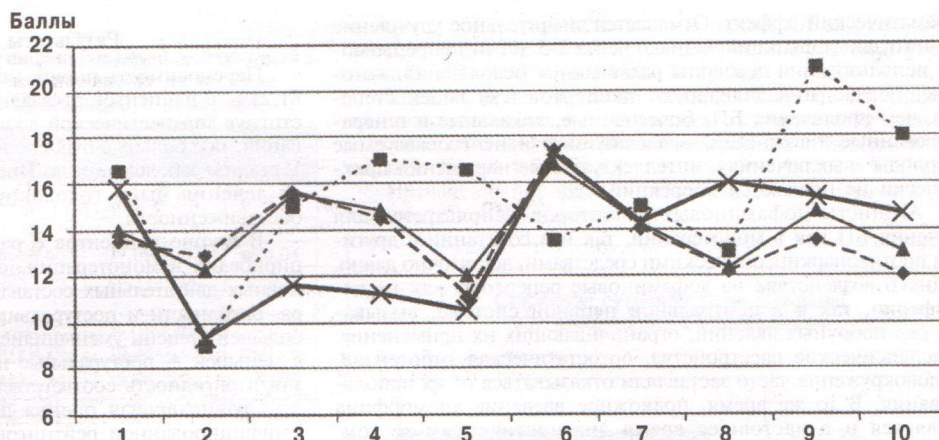
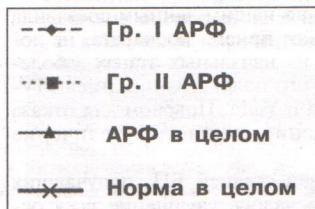
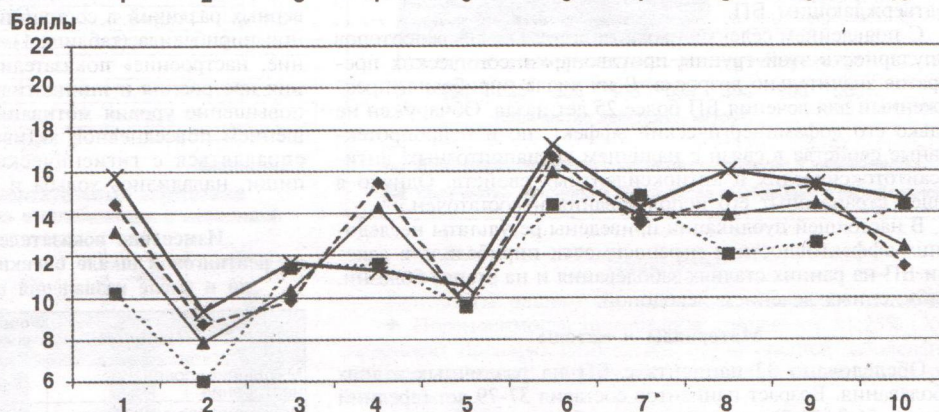
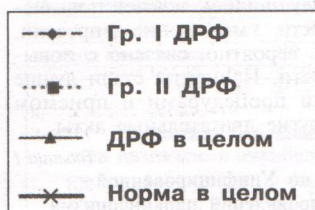




## а) группа АРФ



## б) группа ДРФ



Обозначения шкал акцентуаций: 1 — гипертимная, 2 — тревожная, 3 — дистимическая, 4 — педантическая, 5 — возбудимая, 6 — эмотивная, 7 — застревающая, 8 — демонстративная, 9 — циклотимическая, 10 — экзальтированная.

Рис. 2. Профиль личности по результатам психологического теста Шмишека «Акцентуации характера» при МФБС при паркинсонизме в баллах.

залось, что депрессия разных степеней наблюдалась у 70% больных группы АРФ I, и лишь у 25% группы АРФ II. В группе ДРФ I депрессивные нарушения разных степеней были выявлены у 33,4%, а в группе ДРФ II — у 20% обследованных.

По результатам исследования акцентуаций характера (тест Шмишека) больных с МФБС при паркинсонизме представлены средние значения ответов в баллах или, так называемые «профили акцентуации характера». Сравнение проводилось между группами АРФ, ДРФ и группой «нормы».

Средние значения тестов пациентов по типам акцентуации (ТА) характера ДРФ (рис. 2б) лежат ближе к кривой, полученной в результате тестирования пациентов группы нормы, в сравнении с результатами теста пациентов АРФ (рис. 2а). В случае с ДРФ практически все значения лежат ниже кривой акцентуации характера, которая оказалась выше нормы. При АРФ значения типов акцентуаций (ТА) 2, 3, 4 и 5 оказались достоверно выше нормы. Выявлены достоверные отличия показателей групп АРФ и ДРФ друг от друга для ТА 2 ( $p < 0,01$ ) и 3 ( $p < 0,05$ ) и ТА групп АРФ и ДРФ от группы нормы для ТА 4 ( $p < 0,05$ ) и 8 ( $p < 0,05$ ).

На основании проведенных исследований можно сделать следующие выводы:

- 1) выявлена большая тяжесть симптомов паркинсонизма при акинетико-ригидной форме;
- 2) локализация и характер миофасциальных болей при АРФ и ДРФ различны.
- 3) результаты тензальгометрии свидетельствуют о меньшей переносимости боли группы АРФ. Группы с МФБС характеризуются меньшей толерантностью к боли.
- 4) уровень реактивной тревожности при паркинсонизме не зависит от МФБС, более высокая личностная тревожность при паркинсонизме характерна для больных с МФБС;
- 5) более частые депрессивные реакции выявлены у больных паркинсонизмом с МФБС в группе АРФ;
- 6) для больных с МФБС при АРФ характерно преобладание гипертимной, педантической, возбудимой, циклотимической и экзальтированной черт характера. При ДРФ с МФБС преобладают гипертимные, тревожные, педантические, демонстративные и циклотимические типы акцентуаций характера.

Известно, что преморбидные нейропсихологические особенности являются тем базисом, на котором впоследствии получают реализацию различные болевые синдромы. Вместе с тем, МФБС, развивающийся при паркинсонизме, утяжеляет клиническую картину этого заболевания за счет развития депрессивных нарушений. Учет этих особенностей необходим при назначении лечения больных паркинсонизмом с миофасциальным болевым синдромом.

## Опыт применения пирибедила при лечении болезни Паркинсона

З. А. ЗАЛЯЛОВА, кафедра неврологии и реабилитации КГМУ (зав. — проф. Богданов Э. И.).

Лечение болезни Паркинсона (БП) до настоящего времени остается сложной задачей. Необходимо подобрать такое лечение, при котором хорошая эффективность препарата сочеталась бы с минимальными побочными явлениями. Несмотря на значительный арсенал лекарственных средств,

используемых для лечения БП, назначаемых как в монотерапии, так и в комбинации, достичь положительных результатов без ятрогений бывает не просто.

На ранних стадиях заболевания врач становится перед выбором препарата. Часто назначением леводопы достигается



драматический эффект. Отмечается значительное улучшение двигательных функций. Однако через 3-5 лет от непрерывного использования леводопы развиваются осложнения, которые, подчас, инвалидизируют пациентов в большей степени, чем проявления БП. Болезненные, локальные и генерализованные дискинезии, предсказуемые и непредсказуемые периоды «выключения», интеллектуальные нарушения практически не поддаются коррекции.

Агонисты дофаминовых рецепторов используется для лечения БП как в монотерапии, так и в сочетании с другими противопаркинсоническими средствами, достаточно давно. Однако воздействие на дофаминовые рецепторы как на периферии, так и в центральной нервной системе, вызывало ряд побочных явлений, ограничивающих их применение. Диспепсические расстройства, ортостатическая гипотензия, головокружение часто заставляли отказываться от их использования. В то же время, подкожное введение апоморфина является и в настоящее время диагностическим тестом, подтверждающим БП.

С появлением селективных агонистов D2/D3-рецепторов популярность этой группы противопаркинсонических препаратов значительно возросла. В их числе пирибедил, предложенный для лечения БП более 25 лет назад. Обнаружен не только его дофаминергический эффект, но и нейропротективные свойства в связи с наличием антиапоптозных, анти-эксайтотоксических и антиоксидантных свойств. Однако в нашей стране опыт его использования недостаточен.

В настоящей публикации приведены результаты исследования эффективности и переносимости пирибедила в лечении БП на ранних стадиях заболевания и на этапах болезни, осложненных лечением леводопой.

#### Материалы и методы

Обследовано 32 пациента с БП на различных этапах заболевания. Возраст пациентов составил 37-79 лет (средний возраст  $56,7 \pm 21,0$ ), длительность заболевания от 1 года до 17 лет (средняя продолжительность  $6,9 \pm 9,0$ ).

14 из них впервые обратились по поводу данного заболевания и не лечились противопаркинсоническими препаратами. 18 пациентов имели длительный анамнез заболевания, получали препараты леводопы 3 и более лет, имели стойкие побочные эффекты его использования в виде флюктуаций и дискинезий.

Диагноз «Болезнь Паркинсона» устанавливался на основании «Диагностических критериев противопаркинсонической ассоциации Великобритании». Пирибедил назначался по схеме: 1 таблетка (50 мг) в сутки, вечером в течение первой недели, 2 таблетки в день утром и вечером в течение второй недели, 3 таблетки в день в течение 3-й недели. Средняя суточная доза препарата составила 100-150 мг в день. Снижение дозы леводопы у пациентов, получающих ее до назначения пирибедила, производилось после достижения терапевтической дозы пирибедила. Продолжительность наблюдения — 2-8 месяцев.

Степень двигательных нарушений и качество жизни оценивались до и после лечения по «Унифицированной рейтинговой шкале оценки проявлений паркинсонизма», включающей «Стадии болезни» по Hoehn и Yahn, «Шкалу повседневной активности» Schwab и England, «Оценочной шкале дискинезий» Obeso J.



#### Результаты и обсуждения

Переносимость пирибедила по нашим данным составила 81,25%. 6 пациентов отказались от приема препарата, не достигнув терапевтической дозы, на начальных этапах заболевания. Все больные были женского пола, 5 из них имели IV-V стадию заболевания по Hoehn и Yahn. Поводом для отказа от лечения были головокружение, тошнота, увеличение обезвоженности.

В группе пациентов с ранней стадией БП, получавших пирибедил в монотерапии, отмечалось улучшение всех основных двигательных составляющих — гипокинезии, тремора, ригидности и постуральных нарушений (диаграмма 1). В большей степени уменьшились проявления тремора (на 42%), в меньшей — постуральные нарушения (на 31%). Гипокинезия и ригидность соответственно уменьшились на 40 и 37%.

Сравнительная оценка проявлений паркинсонизма по Унифицированной рейтинговой шкале выявила ряд достоверных различий в состоянии больных до и после назначения пирибедила (таблица 1). В разделе «мышление, поведение, настроение» показатели улучшились за счет повышения настроения и инициативности. Уменьшение депрессии, повышение уровня мотиваций, вероятно, связано с повышением повседневной активности. Пациенты стали лучше справляться с гигиеническими процедурами и приемом пищи, наладились ходьба и другие двигательные акты.

Таблица 1

**Изменение показателей по Унифицированной рейтинговой шкале оценки проявлений паркинсонизма до и после назначения пирибедила в монотерапии**

| Разделы УРШОПП                    | До назначения пирибедила M±m | После назначения пирибедила M±m | Достоверность различий |
|-----------------------------------|------------------------------|---------------------------------|------------------------|
| Мышление, поведение, настроение   | 5,93±0,94                    | 3,14±0,64                       | p<0,05                 |
| Повседневная активность           | 20,71±2,42                   | 6,0±2,92                        | p>0,1                  |
| <b>Двигательные нарушения</b>     |                              |                                 |                        |
| менее пораженная сторона          | 14,43±2,29                   | 10,43±2,21                      | p<0,01                 |
| более пораженная сторона          | 21,71±2,67                   | 17,64±3,01                      | p<0,01                 |
| аксиальные двигательные нарушения | 18,0±1,58                    | 15,21±1,89                      | p<0,01                 |
| Стадии болезни                    | 3,21±0,21                    | 2,71±0,21                       | p<0,05                 |
| Шкала повседневной активности     | 67,14±4,62                   | 78,57±3,12                      | p<0,01                 |

Выполнение пробы на гипокинезию (как амплитуда, так и скорость), ригидность мышечного тонуса в верхних и нижних конечностях, как более, так и менее пораженной стороны, а также аксиальные двигательные нарушения (осанка, вставание со стула) значительно улучшились (p<0,01).

Стадия болезни по Hoehn и Yahn изменилась с 3,21 до 2,71 (p<0,05), а повседневная активность по Schwab и England возросла с 67 до 78%.

18 пациентов, получающих леводопу 3 и более лет, отмечали значительный эффект на начальных стадиях ее приема. Но с течением времени эффективность лечения снижалась, продолжительность действия однократной дозы сократилась до 2-3 часов, после чего наступала практически полная обездвиженность. Появились дискинезии различной степени выраженности и продолжительности — от ощущения болезненного стягивания икроножных мышц до генерализованной хореи, которая в значительной степени инвалидизировала больного. 4 пациента испытывали зрительные галлюцинации по вечерам анимационного характера, психическое возбуждение, тревогу.

Изменение основных двигательных составляющих БП у данной группы больных представлено на диаграмме 2. В данном случае тремор уменьшился на 48%, брадикинезия на 34%, ригидность на 32%, постуральные нарушения на 27%.

Статистическим достоверным оказалось снижение уровня депрессии, повышение уровня мотиваций. Зрительные галлюцинации по вечерам стали появляться реже и в менее отчетливой форме (p<0,01).

Повседневная активность оценивалась как в период «выключения», так и в период «выключения». Назначение пирибедила не оказало существенного влияния на повышение повседневной активности в период «выключения» (p>0,1), но средняя активность пациентов в периоды «выключения» стала значительно выше (p<0,01). На более высоком качественном уровне стали доступны многие процедуры самообслуживания (одевание, умывание, бритье, прием пищи), речь стала более внятной.



Таблица 2

Изменение показателей по Унифицированной рейтинговой шкале оценки проявлений паркинсонизма до и после назначения пирибедила в комбинации с леводопой

| Разделы УРШОПП                    | До назначения пирибедила М±m | После назначения пирибедила М±m | Достоверность различий |
|-----------------------------------|------------------------------|---------------------------------|------------------------|
| Мышление, поведение, настроение   | 6,33±1,12                    | 4,22±0,95                       | p<0,01                 |
| Повседневная активность           |                              |                                 |                        |
| период включения                  | 23,66±3,80                   | 17,89±4,07                      | p<0,01                 |
| период выключения                 | 31,89±3,96                   | 28,11±4,66                      | p>0,1                  |
| Двигательные нарушения            |                              |                                 |                        |
| менее пораженная сторона          | 13,0±2,72                    | 8,78±2,89                       | p>0,1                  |
| более пораженная сторона          | 16,67±2,76                   | 10,33±2,63                      | p<0,05                 |
| аксиальные двигательные нарушения | 20,44±2,24                   | 13,66±3,23                      | p<0,05                 |
| Осложнения лечения                | 11,89±0,99                   | 7,78±1,32                       | p<0,01                 |
| Стадии болезни                    |                              |                                 |                        |
| период включения                  | 3,44±0,28                    | 2,94±0,37                       | p<0,05                 |
| период выключения                 | 4,06±0,29                    | 3,06±0,32                       | p>0,1                  |
| Шкала повседневной активности     |                              |                                 |                        |
| период включения                  | 58,89±7,89                   | 70,0±8,82                       | p<0,05                 |
| период выключения                 | 44,44±7,47                   | 47,78±8,13                      | p>0,1                  |

Диаграмма 2



Улучшение многих двигательных актов (вставание со стула, ходьба, перевороты в постели) по разделу «двигательные нарушения» привело к изменению стадии болезни по Hoehn и Yahn с 3,4 до 2,9 в период «включения» (p<0,05). На период «выключения» назначение пирибедила достоверного влияния не оказало (p>0,1). Повседневная активность по шкале Schwab и England улучшилась в среднем с 59% до 70% в период «on» (p<0,05) и лишь с 44% до 48% в период «off» (p>0,1).

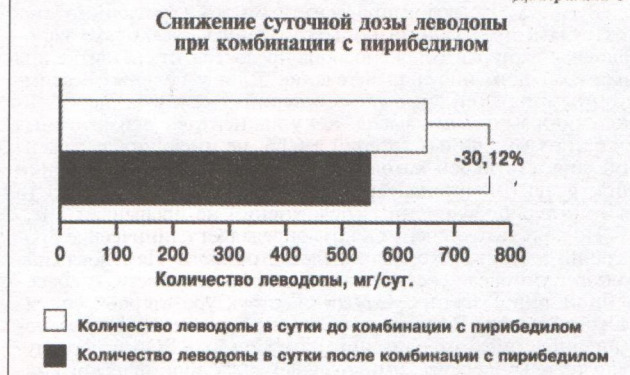
Побочное действие леводопы оценивалось по разделу «Осложнения лечения» по УРШОПП и «Оценочной шкале дискинезий». По данным шкалам длительность дискинезий в течение дня до назначения пирибедила составляла 51-75%, после 26-50% времени. Выраженность дискинезий уменьши-

лась, что снизило инвалидизацию пациентов за счет непроизвольных двигательных актов. Степень дискинезий уменьшилась с  $3,0\pm0,28$  до  $2,11\pm0,34$  (p<0,01).

Хотя качество периодов «выключения» не изменилось, их продолжительность сократилась с 50% до 25% времени, а продолжительность действия разовой дозы леводопы возросла с 2-3 до 4-5 часов.

Назначение пирибедила позволило снизить суточную дозу леводопы на 30% (диаграмма 3).

Диаграмма 3



### Заключение

Результаты нашего исследования позволяют заключить:

- Переносимость пирибедила составляет 81,25%. Хуже переносят препарат пациенты с 4-5-й стадией заболевания, поэтому назначать пирибедил целесообразно на более ранних сроках.

- Пирибедил эффективен как в монотерапии на ранних стадиях заболевания, так и в сочетании с препаратами леводопы на более поздних этапах.

- Пирибедил эффективен в отношении всех двигательных составляющих болезни Паркинсона. В большей степени пирибедил воздействует на тремор, затем следуют брадикинезия и ригидность. Постуральные нарушения улучшаются в меньшей степени.

- При назначении пирибедила улучшается качество жизни по шкалам Hoehn, Yahr и Schwab, England.

- В монотерапии на ранних стадиях заболевания повышается уровень настроения, мотиваций, улучшаются двигательные нарушения, что позволяет избежать раннего назначения леводопы.

- На более поздних стадиях болезни Паркинсона при комбинации пирибедила с леводопой у пациентов повышается уровень настроения, мотиваций, повседневной активности в периоды включения, улучшаются двигательные нарушения. Пирибедил позволяет снизить дозу леводопы на 30,12%, увеличивает продолжительность периодов включения, уменьшает продолжительность и выраженность дискинезий.

## Диагностика и хирургическое лечение атеросклеротических поражений сонных артерий

И. М. ИГНАТЬЕВ, Р. А. БРЕДИХИН, Т. Н. ОБУХОВА, Л. И. САФИУЛЛИНА, О. А. СИМОНОВА, Е. Е. ФОМИНА.

Межрегиональный клинико-диагностический центр, отделение сосудистой хирургии, отделение ультразвуковой диагностики.

### Введение

Ишемические поражения головного мозга занимают ведущее место в структуре цереброваскулярных заболеваний. В России ежегодно регистрируется около 400 тыс. случаев мозговых инсультов, из них 35-38% заканчивается летальным исходом и более чем у 80% пациентов инсульт приводит к инвалидизации со стойким неврологическим дефицитом. В США инсульт как причина смерти прочно занимает третье место в течение многих лет. В структуре инсульта до 80% составляют ишемические повреждения головного мозга. Их наиболее частой причиной являются атеросклеротические стенозы и окклюзии брахиоцефальных артерий и, в первую

очередь, внутренней сонной артерии (ВСА), вызывающие 30-40% всех ишемических инсультов.

За последнее десятилетие выполнено несколько кооперативных международных исследований по разработке показаний и тактики лечения атеросклеротического поражения сонных артерий. Недавно были закончены два больших исследования по оценке показаний к хирургическому лечению больных со стенозами сонных артерий и с наличием клинических проявлений сосудисто-мозговой недостаточности (транзиторные ишемические атаки (ТИА), завершённый ишемический инсульт), т.н. «симптомные» стенозы сонных артерий: NASCET – (Североамериканское исследование каротидной эндалтерэктомии (КЭ) при симптомных каротидных стено-