

СИНДРОМ БЕСПОКОЙНЫХ НОГ В ПРАКТИКЕ НЕВРОЛОГА

[Л.Э. Ахундова¹, Е.В. Вострикова¹, Л.А. Щепанкевич¹, П.И. Пилипенко¹, Н.Г. Мясникова²,
Е.А. Кононова², К.О. Федорова¹](#)

¹ГБОУ ВПО «Новосибирский государственный медицинский университет»
Минздравсоцразвития (г. Новосибирск)

²МБУЗ «Государственная клиническая больница № 34» (г. Новосибирск)

Синдром беспокойных ног (СБН) часто встречаемое и редко диагностируемое заболевание. В статье представлены результаты электрофизиологического обследования пациентов с СБН, описана клиническая картина, обсуждены возможные причины СБН, его влияние на качество жизни. Также произведена оценка распространенности СБН среди лиц мужского и женского пола, в ходе которой выявлено соотношение 1 к 2 и средний возраст возникновения симптомов данного заболевания составил 59 лет. Своевременная диагностика СБН полезна не только для лечения данного синдрома, но и для профилактики связанных с ним расстройств.

Ключевые слова: СБН, синдром беспокойных ног, распространенность, первичный, вторичный, депрессия

Ахундова Лейла Эхтибаровна — аспирант кафедры клинической неврологии и алгологии ФПК и ППС ГБОУ ВПО «Новосибирский государственный медицинский университет» Минздравсоцразвития, врач-невролог, e-mail: leyla.ahundova@gmail.com

Вострикова Елена Владимировна — кандидат медицинских наук, доцент кафедры клинической неврологии и алгологии ФПК и ППС ГБОУ ВПО «Новосибирский государственный медицинский университет» Минздравсоцразвития, e-mail: eveta@sibmail.ru

Пилипенко Павел Иванович — доктор медицинских наук, профессор, заведующий кафедрой клинической неврологии и алгологии ФПК и ППС ГБОУ ВПО «Новосибирский государственный медицинский университет» Минздравсоцразвития, e-mail: pilipen@rambler.ru

Щепанкевич Лариса Александровна — кандидат медицинских наук, доцент кафедры клинической неврологии и алгологии ФПК и ППС ГБОУ ВПО «Новосибирский государственный медицинский университет» Минздравсоцразвития, e-mail: shepankevich@rambler.ru

Мясникова Наталья Георгиевна — врач-невролог Городского научно-практического неврологического центра МБУЗ «Государственная клиническая больница № 34», e-mail: al_na302@mail.ru

Федорова Кристина Олеговна — клинический ординатор кафедры клинической неврологии и алгологии ФПК и ППВ ГБОУ ВПО «Новосибирский государственный медицинский университет» Минздравсоцразвития, контактный телефон: 8 (383) 355-60-75

Кононова Елена Алексеевна — врач-невролог Городского научно-практического неврологического центра МБУЗ «Государственная клиническая больница № 34», контактный телефон: 8 (383) 355-60-75

Введение. Синдром беспокойных ног (СБН) относят к экстрапирамидным заболеваниям нервной системы. Этот синдром проявляется парестезиями или болевыми ощущениями в нижних конечностях и их избыточной двигательной активностью преимущественно в покое или во время сна [1, 3].

СБН впервые был описан в конце XVII века анатомом и врачом сэром Томасом Виллисом (Thomas Willis). В течение последующих двух веков СБН лишь изредка упоминался в литературе. В начале 1940-х годов шведский невролог Карл Экбом (Karl Ekbom) детально описал клиническую картину и выделил термин «синдром беспокойных ног» [8].

СБН широко распространён во всём мире, согласно данным Национального фонда сна США (1998), в среднем около 15 % взрослых испытывают симптомы СБН. В одном из исследований распространенность СБН составила 23 %, и было выявлено различие в распространенности между расовыми группами, среди которых 54 % являлись афроамериканцами и 46 % — европеоидной расы.

Низкая распространенность СБН: от 0,1 до 0,6 % в Сингапуре, Индии, Турции [6] и 5 % в Японии [9]. Это говорит о возможной роли расовых или этнических факторов в возникновении СБН.

Все исследования, проведенные в Европе, свидетельствовали о более высокой распространенности симптомов СБН у женщин, варьирующей от небольшого перевеса до почти двукратной разницы. Другие данные были получены по Сингапuru и Японии, в этих странах симптомы СБН были более характерны для мужчин, что отличается от Европейской модели [10].

Пик дебюта заболевания приходится между 40–75 годами, согласно эпидемиологическому исследованию среди пациентов Франции и в американской популяции [5].

СБН может быть первичным (идиопатическим) и вторичным. Распространенность первичного СБН, по данным из разных источников, составляет 30–90 % [4]. Соответственно распространенность вторичного СБН 10–70 %.

Причины СБН не установлены. Предполагается участие генетических факторов. Положительный семейный анамнез является наиболее значимым фактором риска СБН. Всего на настоящий момент обнаружена связь СБН с тремя локусами: 12q, 14q, 9p. Предполагается аутосомно-доминантный тип наследования [7].

Возможно, что у части больных СБН дефицит железа, злоупотребление кофе, полиневропатия или другие факторы лишь выявляют имеющуюся наследственную

предрасположенность, что отчасти размывает границу между первичным и вторичным вариантами СБН [2].

Частыми причинами вторичного СБН являются болезнь Паркинсона, радикулопатия, периферическая нейропатия, беременность, дефицит железа, почечная недостаточность, травмы спинного мозга, фибромиалгия, болезнь Крона.

В России, в том числе в городе Новосибирске, не проводилось полноценных клинико-эпидемиологических исследований по выявлению данного синдрома. Более чем в 80 % СБН не диагностируется, соответственно больные не получают адекватную терапию, что является проблемой. Лица с СБН чаще опаздывают на работу, совершают ошибки при исполнении служебных обязанностей, имеют более высокий риск сердечно-сосудистых заболеваний. В связи с этим необходимо исследовать особенности клинического течения СБН и разработать скрининговый опросник для его выявления, оценки выраженности и распространенности данного синдрома среди населения города Новосибирска. Своевременная диагностика СБН может быть полезной не только для адекватного лечения данного синдрома, но и для профилактики связанных с ним тревожных и депрессивных психических расстройств, что и обуславливает цель и задачи исследования.

Материал и методы. Было проанализировано 100 пациентов на предмет СБН на основании данных, полученных при помощи клинического осмотра, биохимических показателей и системы тест-опроса.

Результаты исследований. Нами было проскринировано 100 пациентов, обратившихся к неврологу по разным причинам, 10 % имели СБН, средний возраст составил 59 лет. Причем 99 % из них диагноз СБН был поставлен впервые. Количество женщин превалировало над количеством мужчин в соотношении 2:1. Диагноз «синдром беспокойных ног» им был поставлен впервые. Согласно нашим данным, первичный СБН составил 70 % и 30 % — вторичный СБН.

Причиной вторичного СБН являются: 4 % — полинейропатия; 1 % — СБН возник после курса лучевой терапии; 15 % — на фоне железодефицитной анемии и 10 % — на фоне дорсопатии поясничного отдела позвоночника.

Из 70 % больных первичным СБН было обнаружено, что у 1 % из них через шесть лет от появления первых симптомов СБН развилась болезнь Паркинсона, а у 4 % пациентов примерно через то же время возник эссенциальный тремор.

Периодические движения конечностей во сне отрицают 42 % пациентов (со слов родственников), согласно полученных нами данных.

Все пациенты предъявляли жалобы на трудности засыпания. Им было предложено дать оценку своему сну по пятибалльной шкале — «субъективная оценка сна» (0 — нет нарушений сна, 4 — очень выраженные нарушения): 1 % пациентов оценил как очень выраженные нарушения сна, 9 % пациентов — как выраженные нарушения, 75 % пациентов как умеренные и 15 % как легкие нарушения сна.

При помощи скринингового опросника CES-D на наличие и тяжесть депрессивного расстройства было выявлено, что только у 15 % нет депрессии, у 50 % — легкая депрессия, у 20 % — депрессия средней тяжести и у 15 % больных имеется тяжелая депрессия.

Чтобы выяснить, насколько страдает качество жизни данных пациентов, была проведена оценка с помощью опросника «SF-36 Health Status Survey», где показатели могут колебаться от 0 до 100 баллов. Чем выше значение, тем лучше оценка по выбранному компоненту шкалы. По полученным данным у всех оказалось значительно снижено качество жизни. Более чем в два раза снижен средний показатель как физического компонента здоровья (РН ср. = 42), так и психологического компонента здоровья (МН ср. = 37).

Для определения тяжести СБН использовались оценочная шкала СБН и шкала оценки тяжести по Д. Хопкинсу. У 85 % пациентов СБН оценивается как тяжелой, у 2 % пациентов как очень тяжелой и у 13 % — средней степени тяжести. Если посмотреть данные оценки по Д. Хопкинсу, то количество пациентов с тремя баллами (тяжелый СБН) — 2 %, с двумя баллами (средней тяжести) — 13 % и пациентов с одним баллом (легкой степени) — 85%.

Всем пациентам проводилась электронейромиография нижних конечностей для выявления признаков полинейропатии. Данные признаки были обнаружены у 60 % пациентов, и у 40 % пациентов состояние нервов нижних конечностей не изменено.

Выводы. Согласно полученным данным исследования, подтверждается наличие у пациентов депрессии, снижение качества жизни, нарушения сна. Распространенность СБН в нашем регионе совпадает с распространенностью его в Европе, Америке по возрасту и полу. Также на основании полученных данных можно предположить, что СБН действительно может возникнуть на фоне полинейропатии, кроме того возникает вопрос, может ли СБН являться предиктором болезни Паркинсона. Исходя из того, что 99 % пациентов диагноз СБН поставлен впервые, мы можем говорить о том, что СБН зачастую пропускается, что ведет к длительному безуспешному поиску пациентом компенсации данного состояния.

Список литературы

1. Аверьянов Ю. Н. Синдром беспокойных ног / Ю. Н. Аверьянов, Е. В. Подчуфарова // Неврол. журн. — 1997. — С. 12–16.
2. Левин О. С. Синдром беспокойных ног / О. С. Левин // Диагностика и лечение экстрапирамидных расстройств. — 2000. — С. 124–138.
3. Allen R. P. Restless legs syndrome / R. P. Allen [et al.] // Sleep. Med. — 2003. — P. 101–119.
4. Allen R. P. International Restless Legs Syndrome Study Group. Restless legs syndrome: diagnostic criteria, special considerations, and epidemiology : A report from the restless legs syndrome diagnosis and epidemiology workshop at the National Institutes of Health / R. P. Allen [et al.] // Sleep. Med. — 2003. — P. 101–119.
5. Allen R. P. Restless Leg Syndrome-Unique Case and Essentials of Diagnosis and Treatment : Conclusion / R. P. Allen [et al.] // Arch. Intern. Med. — 2005. — Vol. 165. — P. 1286–1292.
6. Bhowmik D. Restless legs syndrome in hemodialysis patients in India: a case controlled study / D. Bhowmik [et al.] // Sleep. Med. — 2003. — P. 143–146.
7. Bonati M. T. Autosomal dominant restless legs syndrome maps on chromosome 14q / M. T. Bonati [et al.] // Brain. — 2003. — P. 1485–1492.
8. Ekblom K. Restless legs : A clinical study / K. Ekblom // Acta Med Scand Suppl. — 1945. — Vol. 158. — P. 1–123.
9. Kageyama T. Prevalences of periodic limb movement-like and restless legs-like symptoms among Japanese adults / T. Kageyama [et al.] // Psychiatry Clin Neurosci. — 2000. — P. 296–298.

10. Tan E. K. Restless legs syndrome in an Asian population: A study in Singapore / E. K. Tan [et al.] // *Mov Disord.* — 2001. — Vol. 16. — P. 577–579.

SYNDROME OF UNEASY FEET IN PRACTICE OF NEUROLOGIST

L.E. Ahundova¹, E.V. Vostrikova¹, Shepankevich L.A.¹, P.I. Pilipenko¹, N.G. Myasnikova², E.A. Kononova², K.O. Fedorova¹

¹*SEI HPE «Novosibirsk State Medical University Minhealthsocdevelopment» (c. Novosibirsk)*

²*MBEH «State Clinical Hospital № 34» (c. Novosibirsk)*

Syndrome of uneasy feet (SUF) is disease that often met and seldom diagnosed. In article the results of electrophysiological inspection of patients with SUF are presented. Also the clinical picture is described with possible reasons of SUF, its influence on quality of life is discussed. Also the estimation of SUF prevalence among male and female in which the parity 1 to 2 is taped, and middle age of symptoms occurrence of the disease is 59 years. Timely SUF diagnostics is useful not only to treatment the syndrome, but also for preventive maintenance of the disorders connected with this.

Keywords: SUF, a syndrome of uneasy feet, prevalence, primary, secondary, depression

About authors:

Ahundova Lejla Ehtibarovna — the post-graduate student of clinical neurology algology chair FAT and CE at SEI HPE «Novosibirsk State Medical University Minhealthsocdevelopment», doctor-neurologist, e-mail: leyla.ahundova@gmail.com

Vostrikova Elena Vladimirovna — the candidate of medical sciences, assistant professor of clinical neurology algology chair FAT and CE SEI HPE «Novosibirsk State Medical University Minhealthsocdevelopment», e-mail: eveta@sibmail.ru

Pilipenko Pavel Ivanovich — the doctor of medical sciences, the professor managing chair of clinical neurology algology chair FAT and CE SEI HPE «Novosibirsk State Medical University Minhealthsocdevelopment», e-mail: pilipen@rambler.ru

Shepankevich Larisa Aleksandrovna — candidate of medical sciences, assistant professor of clinical neurology algology chair FAT and CE SEI HPE «Novosibirsk State Medical University Minhealthsocdevelopment», e-mail: shepankevich@rambler.ru

Mjasnikova Natalia Georgievna — doctor-neurologist of City scientifically-practical neurologic center MBEH «State Clinical Hospital № 34», e-mail: al_na302@mail.ru

Fedorova Christina Olegovna — clinical intern of clinical neurology algology chair FAT and CE SEI HPE «Novosibirsk State Medical University Minhealthsocdevelopment», contact phone: 8(383) 355-60-75

Kononova Elena Alekseevna — the doctor-neurologist of City scientifically-practical neurologic center MBEH «State Clinical Hospital № 34», contact phone: 8(383) 355-60-75

List of the Literature:

1. Averyanov Y. N. Syndrome of uneasy feet / Y. N. Averyanov, E. V. Podchufarova // Neurological magazine. — 1997. — P. 12–16.
2. Levin O. S. A syndrome of uneasy feet / O. S. Levin // Diagnostics and treatment of extrapyramidal disorders. — 2000. — P. 124–138.
3. Allen R. P. Restless legs syndrome / R. P. Allen [et al.] // Sleep. Med. — 2003. — P. 101–119.
4. Allen R. P. International Restless Legs Syndrome Study Group. Restless legs syndrome: diagnostic criteria, special considerations, and epidemiology : A report from the restless legs syndrome diagnosis and epidemiology workshop at the National Institutes of Health / R. P. Allen [et al.] // Sleep. Med. — 2003. — P. 101–119.
5. Allen R. P. Restless Leg Syndrome-Unique Case and Essentials of Diagnosis and Treatment : Conclusion / R. P. Allen [et al.] // Arch. Intern. Med. — 2005. — Vol. 165. — P. 1286–1292.
6. Bhowmik D. Restless legs syndrome in hemodialysis patients in India: a case controlled study / D. Bhowmik [et al.] // Sleep. Med. — 2003. — P. 143–146.
7. Bonati M. T. Autosomal dominant restless legs syndrome maps on chromosome 14q / M. T. Bonati [et al.] // Brain. — 2003. — P. 1485–1492.
8. Ekbom K. Restless legs : A clinical study / K. Ekbom // Acta Med Scand Suppl. — 1945. — Vol. 158. — P. 1–123.
9. Kageyama T. Prevalences of periodic limb movement-like and restless legs-like symptoms among Japanese adults / T. Kageyama [et al.] // Psychiatry Clin Neurosci. — 2000. — P. 296–298.
10. Tan E. K. Restless legs syndrome in an Asian population: A study in Singapore / E. K. Tan [et al.] // Mov Disord. — 2001. — Vol. 16. — P. 577–579.