

УДК 616.832-004.2-009.836-036.1

*Волошина Н. П., Терещенко Л. П., Негреба Т. В.,  
Перцев Г. Д., Песоцкая К. О.**ГУ «Институт неврологии, психиатрии и наркологии  
НАМН Украины» (г. Харьков)***Характеристика диссомнических расстройств  
при разных типах течения рассеянного склероза**

Изучены особенности нарушений цикла «сон — бодрствование» у 74 больных (61 женщина и 13 мужчин) с рассеянным склерозом (РС), в т. ч. 36 человек с рецидивирующим (РТ) и 38 человек с прогрессивными типами течения (ПТТ). Проанализированы субъективные нарушения сна, которые оценивали с помощью специальных анкет-опросников («Опросник проблем сна»; «Шкала качества сна»; «Шкала сонливости Эпворса»; Мюнхенский опросник для определения хронотипа; Питсбургский опросник для определения индекса качества сна — PSQI; «Анкета по характеристике нарушений цикла сон — бодрствование»).

По данным анкетирования, при разных типах течения РС выявлены многообразные варианты сочетаний пре-, интра- и постсомнических расстройств, свидетельствующие о мультифакториальности их патогенеза.

Пресомнические нарушения включали такие показатели как трудности засыпания (36,5 % при РТ и 54,1 % при ПТТ), беспокойство и/или страх при отходе ко сну (33,3 % при РТ и 38,9 % при ПТТ), необходимость в систематическом приеме снотворных средств (20,1 % при РТ и 23,7 % при ПТТ). Интрасомнические нарушения преимущественно были представлены частыми ночными пробуждениями (66,7 % при РТ и 71,1 % при ПТТ), поверхностным сном со множеством ярких сновидений (23,3 % при РТ и 50,1 % при ПТТ), укорочением продолжительности сна (13,3 % при РТ и 15,8 % при ПТТ), трудностями засыпания после пробуждения среди ночи (70,0 % при РТ и 29,0 % при ПТТ), полным отсутствием ночного сна (33,3 % при РТ и 34,3 % при ПТТ). Среди симптомов, приводящих к нарушениям сна, следует выделить болевые феномены в различных участках тела (33,4 % при РТ и 76,3 % при ПТТ), сфинктерные расстройства (13,3 % при РТ и 53,0 %), ночные кошмары (56,7 % при РТ и 26,9 % при ПТТ), головные боли (43,3 % при РТ и 47,3 % при ПТТ), ритмические движения во время сна (46,7 % при РТ и 26,3 % при ПТТ). Постсомнические расстройства чаще всего проявлялись ранними пробуждениями (63,0 % при РТ и 68,5 % при ПТТ) и утренней сонливостью с отсутствием чувства отдыха после сна (26,6 % при РТ и 73,7 % при ПТТ).

Таким образом, полученные данные свидетельствуют о частых нарушениях цикла «сон — бодрствование» при РС, которые в рамках триады пре-, интра- и постсомнических диссомнических расстройств (трудности засыпания, поверхностный сон с яркими сновидениями, болевые феномены в различных участках тела и сфинктерные нарушения в ночные часы, утренняя сонливость с отсутствием чувства отдыха после сна) чаще всего проявлялись при неблагоприятных прогрессивных формах РС.

Широкий спектр диссомнических расстройств и их гетерогенный характер обусловлены структурными поражениями мозга демиелинизирующего и дегенеративного характера, приводящих к дезинтеграции нейромедиаторных систем, регулирующих цикл «сон — бодрствование» и нарушении патофизиологических механизмов, иницирующих процессы поддержания сна.

Проведенные исследования по изучению нарушений сна позволяют в дальнейшем разработать оптимальные пути их коррекции, повысить повседневную активность и улучшить качество жизни больных РС.

УДК 616-073.756.8:616.831-005.4: 612.824.4

*Гарматина О. Ю., Робак О. П.**ДУ «Институт нейрохирургии им. акад. А. П. Ромоданова  
НАМН Украины» (г. Киев)***Исследование церебральной гемодинамики  
при хронической ишемии головного мозга,  
вызванной патологией брахиоцефальных артерий,  
с целью выбора лечебной тактики**

Патология брахиоцефальных артерий, в частности, стенозы и окклюзии внутренних сонных артерий (ВСА), занимает ведущее место в развитии хронической ишемии головного мозга (ХИГМ), которая приводит к повреждению вещества ГМ вследствие прогрессирующего диффузного нарушения церебрального кровотока, и в конечном итоге — к ухудшению его функций.

Цель исследования — изучить изменения гемодинамики ГМ по показателям перфузионной мультidetекторной компьютерной томографии (ПМДКТ) с целью отбора пациентов для терапевтической или хирургической коррекции.

Обследовано 40 пациентов со стенозом/окклюзией ВСА и клиническими признаками ХИГМ, возраст — от 29 до 79 лет, соотношение мужчины : женщины — 29 : 11. Пациентам проводили бесконтрастную МДКТ ( $n = 40$ ), дигитальную субтракционную ангиографию (ДСАГ) ( $n = 34$ ), дуплексное сканирование сосудов ГМ ( $n = 38$ ), ПМДКТ ( $n = 40$ ).

Отбор пациентов осуществлялся на основе изменений ВСА в виде их деформации (удлинение, извитость, изгибы, сужение), которые в разной степени выраженности были зарегистрированы у всех пациентов. Во всех случаях выявлены атеросклеротические изменения с локализацией преимущественно в области бифуркаций общих сонных артерий с распространением на устья ВСА. Гемодинамически значимое сужение просвета сонных артерий зарегистрировано в 85 % случаев. По данным ДСАГ поражение только одного сосуда выявлено в 62 % случаев, двух — в 38 %. У 15 % пациентов регистрировались признаки перенесенного нарушения мозгового кровообращения по ишемическому типу в бассейне симптомной ВСА (чаще в бассейне средней мозговой артерии). Изменение церебрального кровообращения на стороне стеноза/окклюзии ВСА в виде снижения притока крови по магистральным артериям приводило к изменениям в периферических сосудах ГМ, что проявлялось гипоперфузией мозгового вещества и развитием гипоксии, а также метаболическими нарушениями. Это подтверждалось данными ПМДКТ: во всех случаях установлены изменения показателей перфузии ГМ разной степени выраженности на стороне поврежденной артерии. Так, регистрировались: повышение объема мозгового кровотока  $CBV$ , среднего времени транзита  $MTT$  и времени достижения пиковой концентрации  $TPP$ , снижение скорости мозгового кровотока  $CBF$  на стороне стеноза/окклюзии ВСА (более 70 %) со статистически достоверными изменениями в бассейнах средней и передней мозговых артерий. В случаях двухстороннего поражения изменения показателей ПМСКТ отмечались с обеих сторон.

Полученные нами данные указывают на высокую информативность ПМДКТ в отборе пациентов с патологией брахиоцефальных артерий для выбора дальнейшей терапевтической тактики. У пациентов с ХИГМ с критической степенью стеноза определялось нарушение церебральной гемодинамики, которая сопровождалась полушарной асимметрией в виде гипоперфузии на симптомной стороне. Полученные результаты ПМДКТ в данном случае могут рассматриваться как фактор для стратификации