

Депрессия и сывороточный серотонин при болезни Паркинсона

Т. В. Яковлева

Кафедра неврологии имени В. П. Первушина ФГБОУ ВО «Пермский государственный медицинский университет имени академика Е. А. Вагнера» Минздрава России, г. Пермь

Актуальность. Одним из наиболее частых немоторных проявлений при болезни Паркинсона (БП) является депрессия, усугубляющая двигательную и социальную активность пациентов. Наличие депрессии сочетается с быстрым прогрессированием когнитивных нарушений, появлением психотических расстройств. Помимо дофаминергического дефицита, в патогенезе депрессии у пациентов с БП обсуждается значение серотонинергической дисфункции.

Цель исследования: выявить зависимость выраженности такого немоторного симптома, как депрессия, от содержания нейромедиатора серотонина в сыворотке периферической крови пациентов с дрожательной и акинетико-ригидной формой БП.

Материалы и методы. Нами обследованы 25 пациентов с дрожательной и 25 пациентов с акинетико-ригидной формами БП. Группу контроля составили 20 сопоставимых по полу и возрасту лиц без клинических проявлений паркинсонизма. Степень депрессии пациентов оценена с помощью шкалы депрессии Бека. Исследование концентрации серотонина в сыворотке периферической крови проводилось методом иммуноферментного твердофазного анализа (ИФА) у 16 пациентов.

Результаты. У 82,0 % пациентов с БП отмечены признаки депрессивных расстройств разной степени тяжести. Среднее значение по шкале Бека составило $17,1 \pm 7,5$, что достоверно выше контрольных значений ($14,5 \pm 7,6$). Кроме того, у пациентов с акинетико-ригидной формой заболевания выявлена тяжелая депрессия ($22,6 \pm 7,3$). Содержание нейромедиатора серотонина в периферической крови — $183,2 \pm 76,4$ нг/мл. У пациентов с акинетико-ригидной формой количество серотонина ($123,1 \pm 22,7$ нг/мл) меньше ($p < 0,05$), чем у пациентов с дрожательной формой ($191,8 \pm 77,8$ нг/мл). При проведении корреляционного анализа исследуемых показателей у пациентов с БП выявилась отрицательная связь ($r = -0,3$; $p = 0,0003$) между степенью депрессии по шкале Бека и количественным содержанием нейромедиатора серотонина.

Заключение. Нейропсихологическое тестирование показало, что проявления депрессии у пациентов с акинетико-ригидной формой БП выражены в большей степени, чем у больных с дрожательной формой. Согласно данным ИФА, содержание серотонина в периферической крови у пациентов с акинетико-ригидной формой заболевания меньше, чем у пациентов с дрожательной. Сравнение эмоционального статуса больных паркинсонизмом с содержанием нейромедиатора серотонина в периферической крови выявило взаимосвязь, показывающую, что снижение уровня серотонина в крови усиливает симптомы депрессии.

Использование стационарзамещающих технологий у пациентов с ДЭ II стадии на примере Республики Коми

Е. Д. Яковчук, Г. О. Пенина

ФГБОУ ВО «Сыктывкарский государственный университет имени Питирима Сорокина» Минобрнауки России, г. Сыктывкар; ФГБУ ДПО «Санкт-Петербургский институт усовершенствования врачей-экспертов» Минтруда России, г. Санкт-Петербург

Актуальность. Проблема когнитивного дефицита особенно актуальна у лиц, проживающих в Республике Коми — в районах Крайнего Севера с низкой плотностью населения, атипичной фотопериодикой и низкой доступностью медицинской помощи.

Материалы и методы. В неврологическом отделении ГБУЗ РК «КРБ» было проведено обследование 21 человека. Пациенты были разделены нами на две подгруппы: первая группа лечилась в дневном стационаре (10 человек). В стационаре круглосуточного пребывания лечились 11 человек. Проводились клиническое обследование, оценка качества жизни по шкале SF-36.

Результаты. При оценке показателя жизнеспособности по шкале SF-36 средний балл составил $45,0 \pm 0,2$ балла для пациентов (снижены показатели), лечившихся в дневном, и $43,0 \pm 0,4$ балла в круглосуточном стационаре, без достоверных различий по группам. После курса терапии получена положительная динамика ($p \leq 0,05$) — $52,5 \pm 0,1$ для пациентов, лечившихся в дневном, и $51,5 \pm 0,2$ — в круглосуточном стационаре, без достоверных различий по группам. При оценке психологического здоровья по шкале оценки качества жизни SF-36 до курса терапии результат составил $36,0 \pm 0,8$ балла для пациентов (низкие результаты), лечившихся в дневном стационаре, и $35,4 \pm 0,5$ балла для пациентов, лечившихся в круглосуточном стационаре. После курса терапии получена положительная динамика ($p \leq 0,05$), результат составил $42,0 \pm 0,2$ и $41,4 \pm 0,6$ балла соответственно без достоверных различий между группами дневного и круглосуточного стационара. При оценке эмоционального функционирования результаты составили $20,6 \pm 0,5$ балла как у пациентов дневного, так и круглосуточного стационаров (снижение эмоционального фона). После курса терапии по шкале эмоционального функционирования получена положительная динамика до $40,5 \pm 0,7$ балла без достоверных различий между группами дневного и круглосуточного стационаров.

Заключение. После курса терапии как в дневном стационаре, так и в стационаре круглосуточного пребывания выявлена положительная динамика по таким показателям, как жизнеспособность, психологическое здоровье, эмоциональное функционирование. Учитывая меньшее количество дней лечения на дневном стационаре и отсутствие разницы в результатах терапии по сравнению с круглосуточным стационаром, направление пациентов с дисциркуляторной энцефалопатией на дневной стационар приведет к уменьшению нагрузки на врача, снижению затрат на лечение пациентов.

