



**New Day in Medicine**  
**Новый День в Медицине**

**NDM**



# TIBBIYOTDA YANGI KUN

Ilmiy referativ, marifiy-ma'naviy jurnal



**AVICENNA-MED.UZ**



ISSN 2181-712X.  
EiSSN 2181-2187

**11 (73) 2024**

**Сопредседатели редакционной  
коллегии:**

**Ш. Ж. ТЕШАЕВ,  
А. Ш. РЕВИШВИЛИ**

Ред. коллегия:

М.И. АБДУЛЛАЕВ  
А.А. АБДУМАЖИДОВ  
Р.Б. АБДУЛЛАЕВ  
Л.М. АБДУЛЛАЕВА  
А.Ш. АБДУМАЖИДОВ  
М.А. АБДУЛЛАЕВА  
Х.А. АБДУМАДЖИДОВ  
Б.З. АБДУСАМАТОВ  
М.М. АКБАРОВ  
Х.А. АКИЛОВ  
М.М. АЛИЕВ  
С.Ж. АМИНОВ  
Ш.Э. АМОНОВ  
Ш.М. АХМЕДОВ  
Ю.М. АХМЕДОВ  
С.М. АХМЕДОВА  
Т.А. АСКАРОВ  
М.А. АРТИКОВА  
Ж.Б. БЕКНАЗАРОВ (главный редактор)  
Е.А. БЕРДИЕВ  
Б.Т. БУЗРУКОВ  
Р.К. ДАДАБАЕВА  
М.Н. ДАМИНОВА  
К.А. ДЕХКОНОВ  
Э.С. ДЖУМАБАЕВ  
А.А. ДЖАЛИЛОВ  
Н.Н. ЗОЛотова  
А.Ш. ИНОЯТОВ  
С. ИНДАМИНОВ  
А.И. ИСКАНДАРОВ  
А.С. ИЛЬЯСОВ  
Э.Э. КОБИЛОВ  
А.М. МАННАНОВ  
Д.М. МУСАЕВА  
Т.С. МУСАЕВ  
М.Р. МИРЗОЕВА  
Ф.Г. НАЗИРОВ  
Н.А. НУРАЛИЕВА  
Ф.С. ОРИПОВ  
Б.Т. РАХИМОВ  
Х.А. РАСУЛОВ  
Ш.И. РУЗИЕВ  
С.А. РУЗИБОВЕВ  
С.А.ГАФФОРОВ  
С.Т. ШАТМАНОВ (Кыргызстан)  
Ж.Б. САТТАРОВ  
Б.Б. САФОВЕВ (отв. редактор)  
И.А. САТИВАЛДИЕВА  
Ш.Т. САЛИМОВ  
Д.И. ТУКСАНОВА  
М.М. ТАДЖИЕВ  
А.Ж. ХАМРАЕВ  
Д.А. ХАСАНОВА  
А.М. ШАМСИЕВ  
А.К. ШАДМАНОВ  
Н.Ж. ЭРМАТОВ  
Б.Б. ЕРГАШЕВ  
Н.Ш. ЕРГАШЕВ  
И.Р. ЮЛДАШЕВ  
Д.Х. ЮЛДАШЕВА  
А.С. ЮСУПОВ  
Ш.Ш. ЯРИКУЛОВ  
М.Ш. ХАКИМОВ  
Д.О. ИВАНОВ (Россия)  
К.А. ЕГЕЗАРЯН (Россия)  
DONG JINCHENG (Китай)  
КУЗАКОВ В.Е. (Россия)  
Я. МЕЙЕРНИК (Словакия)  
В.А. МИТИШ (Россия)  
В.И. ПРИМАКОВ (Беларусь)  
О.В. ПЕШИКОВ (Россия)  
А.А. ПОТАПОВ (Россия)  
А.А. ТЕПЛОВ (Россия)  
Т.Ш. ШАРМАНОВ (Казахстан)  
А.А. ЩЕГОЛОВ (Россия)  
С.Н. ГУСЕЙНОВА (Азербайджан)  
Prof. Dr. KURBANHAN MUSLUMOV (Azerbaijan)  
Prof. Dr. DENIZ UYAK (Germany)

**ТИББИЁТДА ЯНГИ КУН  
НОВЫЙ ДЕНЬ В МЕДИЦИНЕ  
NEW DAY IN MEDICINE**

*Илмий-рефератив, маънавий-маърифий журнал  
Научно-реферативный,  
духовно-просветительский журнал*

**УЧРЕДИТЕЛИ:**

**БУХАРСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ  
МЕДИЦИНСКИЙ ИНСТИТУТ  
ООО «ТИББИЁТДА ЯНГИ КУН»**

Национальный медицинский  
исследовательский центр хирургии имени  
А.В. Вишневского является генеральным  
научно-практическим  
консультантом редакции

Журнал был включен в список журнальных  
изданий, рецензируемых Высшей  
Аттестационной Комиссией  
Республики Узбекистан  
(Протокол № 201/03 от 30.12.2013 г.)

**РЕДАКЦИОННЫЙ СОВЕТ:**

М.М. АБДУРАХМАНОВ (Бухара)  
Г.Ж. ЖАРЫЛКАСЫНОВА (Бухара)  
А.Ш. ИНОЯТОВ (Ташкент)  
Г.А. ИХТИЁРОВА (Бухара)  
Ш.И. КАРИМОВ (Ташкент)  
У.К. КАЮМОВ (Тошкент)  
Ш.И. НАВРУЗОВА (Бухара)  
А.А. НОСИРОВ (Ташкент)  
А.Р. ОБЛОКУЛОВ (Бухара)  
Б.Т. ОДИЛОВА (Ташкент)  
Ш.Т. УРАКОВ (Бухара)

**11 (73)**

**2024**

*ноябрь*

[www.bsmi.uz](http://www.bsmi.uz)

<https://newdaymedicine.com> E:

[ndmuz@mail.ru](mailto:ndmuz@mail.ru)

Тел: +99890 8061882

Received: 20.10.2024, Accepted: 02.11.2024, Published: 10.11.2024

УДК 616.839 -009.833-08-615.03+616-056.7

## ОСОБЕННОСТИ ПРИМЕНЕНИЯ МЕДИКАМЕНТОЗНОГО ЛЕЧЕНИЯ ПРИ СИНДРОМЕ БЕСПОКОЙНЫХ НОГ С СОПУТСТВУЮЩИМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ

Раимова М.М. <https://orcid.org/0000-0002-5933-3665>

Ёдгарова У.Г. <https://orcid.org/0000-0002-7846-4417>

Ташкентский государственный стоматологический институт. г.Ташкент. Узбекистан. ул. Тараққийёт 103, тел: +998(71)230-20-65 e-mail: [tdsi2016@mail.ru](mailto:tdsi2016@mail.ru)

### ✓ Резюме

*Синдром беспокойных ног (СБН) это распространенное неврологическое расстройство, которое часто встречается совместно с коморбидными заболеваниями, такими как сахарный диабет, хроническая почечная недостаточность и ревматические заболевания. По данным статистики, распространенность СБН в общей популяции составляет 5-10%, при этом чаще всего он встречается у женщин старше 35 лет. У пациентов с сопутствующими патологиями СБН диагностируется в 20-30% случаев, что существенно влияет на качество жизни и осложняет течение основного заболевания. По данным Всемирной организации здравоохранения, более 60% пациентов с СБН имеют как минимум одно сопутствующее заболевание, что требует индивидуализированного подхода к лечению и оптимизации фармакотерапии.*

*Ключевые слова: синдром беспокойных ног, неврологическое расстройство, сахарный диабет, хроническая почечная недостаточность.*

## БЕЗОВТА ОЁҚЛАР СИНДРОМИ КОМОРБИД КАСАЛЛИКЛАР БИЛАН БИРГА КЕЛГАНДА МЕДИКАМЕНТОЗ ДАВОНИ ҚЎЛЛАШНИНГ ЎЗИГА ХОС ХУСУСИЯТЛАРИ

Раимова М.М. <https://orcid.org/0000-0002-5933-3665>

Ёдгарова У.Г. <https://orcid.org/0000-0002-7846-4417>

Тошкент давлат стоматология институти. Тошкент. Ўзбекистон. Тараққийёт кўчаси 103-уй, Тел: +998 (71) 230-20-65 e-mail: [tdsi2016@mail.ru](mailto:tdsi2016@mail.ru)

### ✓ Резюме

*Безовта оёқлар синдроми (БОС) кенг тарқалган неврологик касаллик бўлиб, у кўпинча қандли диабет, сурункали буйрак етишмовчилиги ва ревматик касалликлар каби коморбид касалликлар билан бирага учрайди. Статистика маълумотларига кўра, БОС умумий популяцияда 5-10% учрайди, кўпинча 35 ёшдан катта бўлган аёллар орасида кенг тарқалган. Коморбид патологиялари бўлган пациентларда БОС 20-30% ҳолларда аниқланади, бу эса ҳаёт сифатига сезиларли таъсир кўрсатади ва асосий касалликнинг кечишини қийинлаштиради. Жаҳон соғлиқни сақлаш ташкилоти маълумотларига кўра, БОС билан оғриган пациентларнинг 60% дан ортиги ҳеч бўлмаганда бир ҳамроҳ касалликка эга бўлиб, бу даволашнинг индивидуаллашган ёндашувини ва фармакотерапияни оптималлаштиришни талаб этади.*

*Калит сўзлар: безовта оёқлар синдроми, неврологик касаллик, қандли диабет, сурункали буйрак етишмовчилиги.*

## THE FEATURES OF USING MEDICATION IN THE TREATMENT OF RESTLESS LEGS SYNDROME, ACCOMPANIED BY COMORBIDITIES

Raimova M.M. <https://orcid.org/0000-0002-5933-3665>

Yodgarova U.G. <https://orcid.org/0000-0002-7846-4417>

Tashkent State Dental Institute, Tashkent, Uzbekistan. St. Taraqqiyot 103, Tel: +998 (71) 230-20-65 e-mail: [tdsi2016@mail.ru](mailto:tdsi2016@mail.ru)

✓ **Resume**

*Restless Legs Syndrome (RLS) is a common neurological disorder that often coexists with comorbid conditions such as diabetes mellitus, chronic kidney failure, and rheumatic diseases. According to statistics, the prevalence of RLS in the general population is 5-10%, with it being most common in women over the age of 35. In patients with comorbid conditions, RLS is diagnosed in 20-30% of cases, significantly affecting quality of life and complicating the course of the primary disease. According to the World Health Organization, more than 60% of RLS patients have at least one comorbid condition, which requires an individualized treatment approach and optimization of pharmacotherapy.*

*Key words: restless legs syndrome, neurological disorder, diabetes mellitus, chronic kidney failure.*

### Актуальность

СБН гетерогенное, органическое заболевание, ключевыми проявлениями которого являются циркадианные сенсомоторные расстройства. К частым осложнениям СБН относятся нарушения сна, тревожно-депрессивные расстройства, ограничение социальной и бытовой активности, ведущие к снижению качества жизни. Выделяют первичную и вторичную формы СБН. Первичная, или идиопатическая, форма характеризуется, как правило, более ранним дебютом и требует назначения специфической дофаминергической терапии. Вторичная форма СБН возникает на фоне различных патологий, наиболее частой из которых является дефицит железа. Лечение вторичного СБН состоит в коррекции основного заболевания. Несмотря на длительное изучение СБН, его патогенез остается неясным. По данным многочисленных исследований, распространенность СБН в популяции Западной Европы и Северной Америки колеблется от 2,5–3 до 15 %, в среднем 5–10%. В странах Азии распространенность СБН ниже и составляет от 0,1 до 1,5 %. СБН может развиваться в любой возрастной категории, однако по мере увеличения возраста его распространенность повышается. В популяции США и Великобритании распространенность СБН составляет 1,9 % в детском возрасте (до 14 лет), 2 % — среди подростков (старше 14 лет). Распространенность СБН отчетливо нарастает с 20 летнего возраста, достигая пика в 70–79 лет и затем снижается [15]. Женщины болеют в среднем в 2 раза чаще.

**Цель исследования:** Предоставить практическое руководство для медицинских специалистов по индивидуализации лечения СБН с учетом сопутствующих патологий и разработать модифицированное лечение для данной категории больных.

### Материал и методы

В рамках проспективного исследования были проанализированы истории болезни 142 пациентов с диагнозом СБН. Диагноз был установлен на основании типичной клинической картины, данных анамнеза, а также результатов лабораторных и инструментальных методов исследования.

Половой состав обследованных пациентов включал 93 (75%) женщин и 49 (35%) мужчин в возрасте от 18 до 74 лет. Средний возраст участников исследования составил  $59,9 \pm 3,2$  лет. Это позволяет охватить широкий спектр возрастных категорий, что способствует более полному пониманию клинических особенностей СБН в разных возрастных группах.

В зависимости от формы СБН пациенты были разделены на две основные группы:

I группа - пациенты с диагнозом первичная (идиопатическая) форма СБН (n=45). Эта группа включала пациентов, у которых СБН развился без видимых причин и не был связан с другими заболеваниями или состояниями.

II группа - пациенты с диагнозом вторичная (симптоматическая) форма СБН (n=97). В эту группу вошли пациенты, у которых СБН развился на фоне других медицинских состояний или заболеваний, таких как железодефицитная анемия, хронические заболевания почек, диабет и другие.

Контрольная группа - для сравнения были включены 30 здоровых лиц аналогичного возраста без наличия неврологических патологий. Контрольная группа служила для определения нормальных показателей и сравнения их с показателями у пациентов с СБН.

Все пациенты и участники контрольной группы прошли комплексное обследование, включающее: клинический осмотр: Определение симптомов и признаков СБН, их частоты и

интенсивности. Анамнез: Сбор данных о продолжительности заболевания, наличии сопутствующих заболеваний и возможных триггеров. Лабораторные исследования: Оценка общего состояния здоровья, выявление возможных причин вторичной формы СБН, таких как дефицит железа. Инструментальные методы: Полисомнография, нейрофизиологические исследования для оценки нарушений сна и двигательной активности.

### Результаты и обсуждения

Среди всех обследованных больных (142 пациентов) у 97 (68,3%) отмечалась симптоматическая форма СБН. Средний возраст пациентов в данной группе составил  $59,9 \pm 1,13$  лет. Определены следующие вероятные этиологические факторы симптоматической формы СБН: Сахарный диабет (59; 60,8%), хроническая почечная недостаточность (ХПН) - (15; 15,5%), а также неврологические заболевания.

Таблица 1

Характеристика пациентов в зависимости от форм вторичного СБН

Категории	СД	ХПН	НБ
Распространённость, %	60,8	15,5	23,7
Муж/жен, %	28,8/71,2	46,6/53,3	47,8/51,2
Продолжительность (год)	$8,6 \pm 6,7$	$4,6 \pm 4,3$	$9,8 \pm 7,7$
Семейный анамнез, %	12,9	25	-

По гендерному распределению пациентов с вторичным СБН было обнаружено, что среди всех групп пациентов преобладали женщины, за исключением группы эссенциального тремора с СБН, которая состояла только из мужчин.

Средняя продолжительность заболевания на момент первичного осмотра составляла в группе больных с первичным СБН  $10,7 \pm 4,08$ , в группе с вторичным СБН  $12,3 \pm 3,7$  лет.

По продолжительности заболевания все пациенты с СБН были разделены на 3 группы:

- с острым (продолжительность заболевания не более 2 недель);
- подострым (более 2 недель, но менее 3 месяцев);
- затяжным (более 3 месяцев) (рис.2)

Распределение продолжительности болезни по группам отмечалось следующим образом:

В группе с первичным СБН (45 человек):

Острое течение наблюдалось у 31 больного (68,8%), подострое – у 8 пациентов (17,7%), и затяжное также у 6 (13,5%).

В группе со вторичным СБН (97 человека):

С острым течением было 32 пациента (32,9%), 22 пациент (22,6%) был подострым и 43 пациента (44,3%) – с затяжным течением.



Рисунок 1. Распределение пациентов с СБН по продолжительности заболевания, %

Таким образом, можно отметить, что при первичном СБН чаще встречается острое течение синдрома, а при вторичной форме большее количество больных страдают затяжным течением СБН, обусловленным фоновым заболеванием.

Сравнительный анализ сенсорных ощущений, наблюдаемых при различных этиопатогенетических формах вторичного СБН, показал, что при всех формах вторичного СБН наблюдаются общие сенсорные ощущения для всех форм заболевания, при этом частота встречаемости и выраженность была различной.

Далее нами было осуществлено определение уровня витамина D 25-гидроксивитамина D, уровня ферритина, витамина B12, фолиевой кислоты, а также уровня магния и кальция.

Таблица 2

**Оценка концентрации лабораторных маркеров**

Показатели	Первичный СБН (n=45)	Вторичный СБН (n=97)	Контрольная группа (n=20)
Концентрация 25 (ОН) D в плазме крови (нг/мл)	14,1±1,15	13,8±0,45	30,2±1,5
Кальций крови	1,60±0,03	1,52±0,03	2,03±0,03
Магний крови	0,95±0,042	0,92±0,03	1,08±0,05
Уровень ферритина (нг/мл)	57±5,65	35±2,57	74±3,92
Витамин B12 (пг/мл)	218±6,42	121±9,15	496±5,57
Фолиевая кислота (нг/мл)	5,4±1,12	1,8±1,02	11,2±2,01

Анализ концентрации 25(ОН)D, ферритина, витамина B12, фолиевой кислоты и магния, кальция проведен у 142 пациентов с СБН, из них с первичным СБН 45 пациентов и 97 пациентов с вторичным СБН. Контрольную группу вошли 20 лиц без соматической и неврологической патологии, сопоставимого возраста и пола.

Оценка концентрации 25(ОН)D в сыворотке крови у больных с СБН показала сниженный уровень витамина D относительно контрольной группы в обеих формах СБН. Уровень 25(ОН)D в группе с первичным СБН составил 14,1±1,15 нг/мл, со вторичным СБН 13,8±0,45 нг/мл, что достоверно ниже по сравнению с группой контроля, где уровень 25(ОН)D составил 30,2±1,5 нг/мл (p<0,01).

Уровень кальция и магния у пациентов с первичным СБН составил соответственно 1,6±0,03 ммоль/л, 0,95±0,042 ммоль/л, а у пациентов с вторичным СБН 1,52±0,03 ммоль/л, 0,92±0,03 ммоль/л при значениях в группе контроля 2,03±0,029 и 1,08±0,05 ммоль/л соответственно (p<0,05).

При анализе уровня содержания ферритина в сыворотке крови у больных с СБН показала сниженный уровень ферритина относительно контрольной группы в обеих формах СБН. Уровень ферритина в группе с первичным СБН составил 57±5,65 нг/мл, со вторичным СБН 35±2,57 нг/мл, что достоверно ниже по сравнению с группой контроля, где уровень ферритина составил 74±3,92 нг/мл (p<0,01).

При анализе уровня витамина B12 в сыворотке крови у больных с СБН показала сниженный уровень витамина B12 относительно контрольной группы в обеих группах с СБН. Уровень витамина B12 в группе с первичным СБН составил 218±6,42 пг/мл, со вторичным СБН 121±9,15 пг/мл, что достоверно ниже по сравнению с группой контроля, где уровень витамина B12 составил 496±5,57 пг/мл (p<0,01).

При определении концентрации фолиевой кислоты в сыворотке крови у больных с СБН показала сниженный уровень фолиевой кислоты относительно контрольной группы в обеих формах СБН. Уровень фолиевой кислоты в группе с первичным СБН составил 5,4±1,12 нг/мл, со вторичным СБН 1,8±1,02 нг/мл, что достоверно ниже по сравнению с группой контроля, где уровень фолиевой кислоты составил 11,2±2,01 нг/мл (p<0,01).

Далее мы осуществили лечение 142 пациентов с СБН, в котором учитывалась форма СБН.

Согласно цели нашего исследования пациенты были разделены на дополнительные подгруппы в зависимости от получаемой фармакотерапии:

Лечение 45 пациентов с первичным СБН включало применение двух основных лекарственных средств: Прамипексола и Габапентина. Эти препараты были выбраны для облегчения симптомов и улучшения качества жизни пациентов. В зависимости от наличия фоновых состояний, таких как ЖДА, снижение показателей Витамин B12, фолиевой кислоты, кальция, магния и Витамина D, терапия могла включать дополнительные меры по их коррекции или проводиться без такой коррекции.

Таблица 3

## Анализ эффективности лечения Габапентеном у больных с первичным СБН (n=22)

Мужской пол (n=7)				Женский пол (n=15)			
С коррекцией (n=4)		Без коррекции (n=3)		С коррекцией (n=7)		Без коррекции (n=8)	
абс.	%	абс.	%	абс.	%	абс.	%
3	75,0	1	33,3	5	71,4	5	62,5

Для 97 пациентов с вторичным СБН лечение также основывалось на применении Прамипексола и Габапентина. Однако, в этом случае терапия учитывала наличие сопутствующих патологий, таких как сахарный диабет, хроническая почечная недостаточность, неврологические заболевания.

Препарат прамипексол принимали за два часа до сна в дозировке 0,125-0,25 мг, а препарат габапентин также принимали за два часа до сна в той же дозировке 0,125-0,25 мг. Результаты лечения у пациентов с первичным СБН показаны в таблице 3-4.

Анализ эффективности лечения Габапентеном был проведен у 22 пациентов с первичным СБН, включая 7 мужчин и 15 женщин. У мужчин, получающих лечение Габапентеном с коррекцией фоновых заболеваний, эффективность составила 75,0%, что значительно выше по сравнению с 33,3% у мужчин без коррекции. У женщин эффективность лечения Габапентеном с коррекцией составила 71,4%, в то время как без коррекции — 62,5%.

Таблица 4

## Анализ эффективности лечения Прамипексолом у больных с первичным СБН (n=23)

Мужской пол (n=7)				Женский пол (n=16)			
С коррекцией (n=3)		Без коррекции (n=4)		С коррекцией (n=7)		Без коррекции (n=8)	
абс.	%	абс.	%	абс.	%	абс.	%
2	66,7	2	50,0	5	83,3	6	60,0

Анализ эффективности лечения Прамипексолом был проведен у 23 пациентов с первичным СБН, включая 7 мужчин и 16 женщин. У мужчин, получающих лечение Прамипексолом с коррекцией, эффективность составила 66,7%, что выше по сравнению с 50,0% у мужчин без коррекции. У женщин эффективность лечения Прамипексолом с коррекцией составила 83,3%, в то время как без коррекции — 60,0%.

Оба препарата, Габапентен и Прамипексол, продемонстрировали более высокую эффективность у пациентов, получающих коррекцию фоновых состояний. Этот подход позволил значительно улучшить результаты лечения как у мужчин, так и у женщин, по сравнению с пациентами, которые не получали коррекцию сопутствующих состояний. Важно отметить, что в целом эффективность лечения у женщин была выше по сравнению с мужчинами, особенно при использовании Прамипексола (таблица 5).

Таблица 5

## Анализ эффективности лечения у больных с вторичным СБН и СД (n=59)

Мужской пол (n=17)				Женский пол (n=42)			
Прамипексол (n=9)		Габапентен (n=8)		Прамипексол (n=25)		Габапентен (n=17)	
абс.	%	абс.	%	абс.	%	абс.	%
7	77,7	5	62,5	21	84,0	11	64,7

Анализ эффективности лечения у пациентов с вторичным СБН и СД был проведен у 59 пациентов, включающих 17 мужчин и 42 женщины. У мужчин эффективность лечения с использованием Прамипексола составила 77,7%, что демонстрирует высокую степень уменьшения симптомов и улучшения качества жизни. У женщин эффективность лечения Прамипексолом была еще выше и достигла 84,0%, что указывает на отличные терапевтические результаты и значительное облегчение симптоматики. Следует отметить, что при применении данного препарата у некоторых пациентов наблюдалось усиление гипогликемического эффекта в случае взаимодействия с инсулином.

При применении Габапентина у мужчин эффективность лечения составила 62,5%, что также свидетельствует о положительных результатах, хотя и не столь высоких, как при использовании Прамипексола. У женщин эффективность лечения Габапентином составила 64,7%, что подтверждает его эффективность, хотя и менее выраженную по сравнению с Прамипексолом.

Эти данные подчеркивают, что Прамипексол является более эффективным препаратом для лечения СБН у пациентов с СД, особенно у женщин. Применение данного препарата эффективно для большинства пациентов с СБН, особенно при ночных симптомах. Кроме того, требуется мониторинг уровня глюкозы при использовании с инсулином и препаратами сульфонилмочевины. Однако Габапентин также показывает хорошие результаты, особенно в случаях, когда Прамипексол не может быть использован. Габапентин эффективен при болевых симптомах и у пациентов с невропатией и требуется контроль уровня глюкозы и функции почек при использовании с метформином.

**Таблица 6**

**Анализ эффективности лечения у больных с вторичным СБН и ХПН (n=15)**

Мужской пол (n=7)				Женский пол (n=8)			
Прамипексол (n=4)		Габапентен (n=3)		Прамипексол (n=4)		Габапентен (n=4)	
абс.	%	абс.	%	абс.	%	абс.	%
2	50,0	1	33,3	2	50,0	2	50,0

Анализ эффективности лечения у пациентов с вторичным СБН и ХПН был проведен у 15 пациентов, включая 7 мужчин и 8 женщин. При использовании Прамипексола было выявлено, что эффективность лечения была одинаковой у обоих полов, составляя 50,0%. Это указывает на то, что Прамипексол является стабильным и эффективным средством для лечения СБН при ХПН, независимо от пола пациента.

При применении Габапентина, однако, наблюдались различия в эффективности между мужчинами и женщинами. У мужчин эффективность лечения составила 33,3%, что указывает на умеренное улучшение состояния. У женщин же эффективность лечения Габапентином была значительно выше, достигая 50,0%. Это свидетельствует о том, что женщины с ХПН могут лучше реагировать на терапию Габапентином по сравнению с мужчинами.

Следует отметить, что Прамипексол выводится через почки, поэтому у пациентов с ХПН следует проводить снижение дозировки и частый мониторинг функции почек, так как наблюдается повышенный риск накопления препарата и усиления побочных эффектов у пациентов с ХПН. Корректировка дозировки Прамипексола обычно основывается на уровне клубочковой фильтрации (СКФ).

Габапентин также выводится через почки, и его дозировка должна быть скорректирована в зависимости от уровня почечной функции.

СКФ > 60 мл/мин: Обычная дозировка (900-1800 мг/сутки, разделенная на 3 приема).

СКФ 30-59 мл/мин: 600-1200 мг/сутки, разделенная на 3 приема.

СКФ 15-29 мл/мин: 300-600 мг/сутки, разделенная на 3 приема.

СКФ < 15 мл/мин: 150-300 мг/сутки, разделенная на 3 приема.

Пациенты на гемодиализе: 300 мг после каждого 4-часового сеанса гемодиализа.

Эти результаты подчеркивают важность индивидуального подхода к лечению СБН у пациентов с ХПН, учитывающего как пол пациента, так и специфические особенности реакции на различные медикаменты. Прамипексол демонстрирует стабильную эффективность вне зависимости от пола, в то время как Габапентин может быть предпочтительным вариантом для женщин.

Корректировка дозировок прамипексола и габапентина при ХПН является критически важной для предотвращения накопления препаратов и минимизации риска побочных эффектов. Пациенты с ХПН должны регулярно проходить оценку функции почек и корректировать дозировку в соответствии с уровнем клубочковой фильтрации.

**Таблица 7**

**Анализ эффективности лечения у больных с вторичным СБН и НБ (n=23)**

Мужской пол (n=11)				Женский пол (n=12)			
Прамипексол (n=6)		Габапентен (n=5)		Прамипексол (n=5)		Габапентен (n=7)	
абс.	%	абс.	%	абс.	%	абс.	%
3	50,0	4	80,0	3	60,0	6	85,7

Анализ эффективности лечения у пациентов с вторичным СБН и НБ был проведен у 23 пациентов, включая 11 мужчин и 12 женщин. Результаты исследования показали, что эффективность лечения при использовании Прамипексола у мужчин составила 50,0%, что

свидетельствует о заметном уменьшении симптомов СБН и улучшении общего состояния. У женщин эффективность Прамипексола была выше и достигала 60,0%. Основными недостатками считается повышенный риск побочных эффектов, таких как импульсивное поведение и галлюцинации, особенно у пожилых пациентов

При применении Габапентина также наблюдалась высокая эффективность лечения, особенно у женщин. У мужчин эффективность лечения Габапентеном составила 80,0%, демонстрируя значительное улучшение состояния пациентов. У женщин эффективность Габапентина достигала 85,7%, что подчеркивает его высокую эффективность и подтверждает, что женщины лучше реагируют на этот препарат.

Эти данные подчеркивают, что и Прамипексол, и Габапентин являются эффективными средствами для лечения СБН у пациентов с неврологическими болезнями. Однако Габапентин показывает более высокие результаты как у мужчин, так и у женщин, особенно у последних.

Исходя из этих данных следует, что мужчины и женщины независимо от сопутствующей патологии переносят Прамипексол и Габапентин примерно одинаково, но у женщин чаще наблюдаются побочные эффекты, такие как сонливость и увеличение веса. У пожилых пациентов часто требуется более осторожное титрование дозы из-за повышенной чувствительности к побочным эффектам, таким как ортостатическая гипотензия и дневная сонливость. У молодых пациентов препарат обычно переносится хорошо, но возможны случаи импульсивного поведения.

### Выводы

1. У пациентов с синдромом беспокойных ног наблюдаются значительно сниженные уровни ряда ключевых витаминов и минералов по сравнению с контрольной группой. Концентрации витамина D, витамина B12, фолиевой кислоты, ферритина, кальция и магния свидетельствуют о значительных дефицитах этих нутриентов у пациентов с СБН.
2. Анализ эффективности лечения Габапентеном и Прамипексолом у пациентов с первичным синдромом беспокойных ног показал, что оба препарата продемонстрировали значительно более высокую эффективность у пациентов. Коррекция фоновых состояний значительно повышает эффективность лечения первичного СБН как у мужчин, так и у женщин, с более выраженными результатами у женщин, особенно при использовании Прамипексола.
3. При лечении пациентов с вторичным СБН и сахарным диабетом, Прамипексол продемонстрировал более высокую эффективность по сравнению с Габапентеном как у мужчин, так и у женщин, при этом следует проводить мониторинг уровня глюкозы при использовании Прамипексола. Прамипексол является надежным и стабильным вариантом лечения СБН у пациентов с ХПН, независимо от пола. Габапентин может быть предпочтительным препаратом для лечения СБН у пациентов с неврологическими болезнями, особенно у женщин. Препарат Прамипексол эффективен для большинства пациентов с СБН, особенно при ночных симптомах, а Габапентин при болевых симптомах и у пациентов с невропатией.

### СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ:

1. Шматова Ю.Е. Динамика статистических и социологических показателей состояния психического здоровья населения России //Проблемы развития территории. 2019;3(101):76-96. DOI: 10.15838/ptd.2019.3.101.5.
2. Нехорошкова А.Н., Большевидцева И.Л. Нейробиологические предпосылки формирования тревожных состояний //Вестник Северного (Арктического) федерального университета. Серия «Медико-биологические науки». 2016;3:24-36.
3. Корабельникова Е.А. Тревожные расстройства в условиях пандемии covid-19 //Медицинский вестник Северного Кавказа. 2021;16(1):79-85. [Электронный ресурс]. Режим доступа: <https://doi.org/10.14300/mnnc.2021.16022>.
4. Белялов Ф.И. Психические расстройства в практике терапевта: монография; изд. 6, перераб. и доп. - Иркутск: РИО ИГМАПО, 2014; 327с.
5. Сахин В.Т., Маджанова Е.Р., Крюков Е.В. и др. Анемия хронических заболеваний: особенности патогенеза и возможности терапевтической коррекции (обзор литературы и результаты собственных исследований). //Онкогематология 2018;13(1):45-53. DOI: 10.17650/1818-8346-2018-13-1-45-53 Sakhin V.T., Madzhanova E.R., Kryukov E.V. et al.

Anemia or chronic disease: features of pathogenesis and possible therapeutic correction (literature review and results of own research). *Onkogematologiya = Oncohematology* 2018;13(1):45-53. (In Russ.). DOI: 10.17650/1818-8346-2018-13-1-45-53

6. Старческая астения. Клинические рекомендации. 2020. [Электронный ресурс]. Режим доступа: [https://cr.minzdrav.gov.ru/recomend/613\\_1](https://cr.minzdrav.gov.ru/recomend/613_1).
7. Морозова М.А., Потанин С.С., Бениашвили А.Г., Бурминский Д.С., Лепилкина Т.А., Рупчев Г.Е., Кибитов А.А. Валидация русскоязычной версии Госпитальной шкалы тревоги и депрессии в общей популяции //Профилактическая медицина. 2023;26(4):7-14.
8. Генерализованное тревожное расстройство. Клинические рекомендации. 2021. [Электронный ресурс]. Режим доступа: [https://cr.minzdrav.gov.ru/recomend/457\\_2](https://cr.minzdrav.gov.ru/recomend/457_2).
9. Мазайшвили К.В., Киян К.А., Суханов А.В. и др. Распространенность и сочетаемость хронических венозных расстройств нижних конечностей, синдрома беспокойных ног, тревоги и депрессивных состояний среди работников предприятий Московского региона. //Флебология 2019;13(1):12-8.
10. Allen R.P., Auerbach S., Bahrain H. et al. The prevalence and impact of restless legs syndrome on patients with iron deficiency anemia. //Am J Hematol 2013;88(4):261-4. DOI: 10.1002/AJH.23397
11. Antelmi E., Coccagna G., Ferini-Strambi L. et al. "Restless bladder" and the boundaries of the restless legs syndrome. //Eur J Neurol 2013;20(11):e128. DOI: 10.1111/ENE.12242
12. Rosalia Silvestri, Lourdes M Del Rosso. Pediatric Restless Legs Syndrome //Sleep Med Clin 2021 Jun;16(2):305-314. doi: 10.1016/j.jsmc.2021.02.006.
13. Dauvilliers Y., Winkelmann J. Restless legs syndrome: update on pathogenesis. *Curr Opin Pulm Med* 2013;19(6):594-600. DOI: 10.1097/MCP.0b013e328365ab07
14. Didriksen M., Nawaz M.S., Dowsett J. et al. Large genome-wide association study identifies three novel risk variants for restless legs syndrome. //Commun Biol 2020;3(1):1-9. DOI: 10.1038/s42003-020-01430-1
15. Koo B.B. Restless leg syndrome across the globe: epidemiology of the restless legs syndrome/Willis-Ekbom disease. *Sleep Med Clin* 2015;10(3):189-205. DOI: 10.1016/j.jsmc.2015.05.004

**Поступила 20.10.2024**