

УДК 616-0093: 616.858-036
© Труфанов Е.А., 2012

ВЗАИМОСВЯЗЬ МЕЖДУ ПЕРВОНАЧАЛЬНЫМ ДВИГАТЕЛЬНЫМ СИНДРОМОМ И СКОРОСТЬЮ ПРОГРЕССИРОВАНИЯ БОЛЕЗНИ ПАРКИНСОНА

Труфанов Е.А.

ГЗ "Луганский государственный медицинский университет"

Введение: Двигательные и недвигательные симптомы болезни Паркинсона нарастают по мере прогрессирования заболевания, что приводит к значительной инвалидизации больных [1].

Несмотря на доступность современных терапевтических методов лечения, которые способны драматически уменьшить кардинальные симптомы болезни Паркинсона, долгосрочный прогноз этого заболевания по-прежнему остается неблагоприятным [4].

Имеется лимитированное количество исследований касающихся изучения прогностических факторов при болезни Паркинсона; в ряде случаев имеющаяся информация противоречива [2, 6, 7].

Первоначальный симптом болезни является важным прогностическим фактором, который может указывать на скорость прогрессирования болезни Паркинсона [3, 5, 6, 8, 9].

Цель: Целью нашего исследования являлось изучение взаимосвязи между первоначальным двигательным синдромом (тремор или брадикинезия) и скоростью прогрессирования болезни Паркинсона.

Методы: Нами обследовано 205 больных с идиопатической болезнью Паркинсона (140 мужчин и 65 женщин) в возрасте от 35 до 88 лет (средний возраст – 68,4 года).

Больные были разделены на группы в соответствии с двигательным синдромом, с которого началась болезнь Паркинсона. У 131 больного заболевание начиналось с тремора, у 70 больных – с брадикинезии. У 4 больных заболевание начиналось с обоих синдромов или не представлялось возможным определить первоначальный двигательный синдром; эти больные исключались из исследования. Средняя длительность болезни Паркинсона у больных, у которых заболевание начиналось с тремора, составляла 8,05 лет, а у больных, у которых болезнь Паркинсона начиналась с брадикинезии – 8,64 лет.

Средний возраст начала болезни Паркинсона у больных, у которых заболевание начиналось с тремора, составлял 59,89 лет, а у больных, у которых болезнь Паркинсона начиналась с брадикинезии – 60,6 лет.

Оценивались модифицированная шкала Hoehn и Yahr, шкала повседневной жизненной активности Schwab и England, сумма баллов шкалы UPDRS, суммы баллов по I, II, III и IV разделам UPDRS ("мышление, поведение, настроение", "повседневная жизненная активность", "исследование двигательных функций", "осложнения терапии"), суммы баллов по шкалам брадикинезии и ригидности (19, 22, 23, 24, 25, 26, 29, 31), шкалам тремора (16, 20, 21), шкалам падения, застывания, ходьбы, вставания со стула, позы, походки и постуральной стабильности UPDRS (13, 14, 15, 27, 28, 29, 30), шкалам дискинезии (32-35) и клинических

флюктуаций (36-39) UPDRS. Также оценивались отдельные двигательные, психические и вегетативные симптомы.

Для статистической обработки полученных результатов мы использовали непараметрический U-критерий Манна-Уитни для двух независимых выборок и угловой критерий Фишера.

Результаты: В группе больных болезнью Паркинсона, у которых болезнь начиналась с брадикинезии тяжесть заболевания по шкале UPDRS, всем разделам UPDRS, по модифицированной шкале Hoehn и Yahr и шкале повседневной жизненной активности Schwab и England была достоверно выше, чем в группе больных, у которых болезнь Паркинсона начиналась с тремора (таб. 1). Такая же зависимость прослеживалась при оценке шкал брадикинезии и ригидности UPDRS и шкал падения, застывания, ходьбы, вставания со стула, позы, походки и постуральной стабильности UPDRS, шкал дискинезии и клинических флюктуаций UPDRS (таб. 1).

Выраженность тремора по шкалам UPDRS была выше в группе больных с началом болезни Паркинсона с тремора, по сравнению с больными у которых первым двигательным проявлением болезни была брадикинезия (таб. 1).

В группе больных болезнью Паркинсона, у которых болезнь начиналась с брадикинезии количество больных с высокой тяжестью болезни Паркинсона по шкале UPDRS, всем разделам UPDRS, по модифицированной шкале Hoehn и Yahr и шкале повседневной жизненной активности было достоверно выше по сравнению с группой, где болезнь начиналась с тремора. Эта же зависимость прослеживалась при оценке шкал брадикинезии и ригидности UPDRS, шкал падения, застывания, ходьбы, вставания со стула, позы, походки и постуральной стабильности UPDRS. Дискинезия и клинические флюктуации чаще встречались в группе больных болезнью Паркинсона, у которых болезнь начиналась с брадикинезии (таб. 2).

Количество больных с высокой тяжестью болезни Паркинсона по шкалам тремора UPDRS было выше у больных с началом заболевания с тремора, по сравнению с больными, у которых первым двигательным проявлением болезни была брадикинезия.

Такие инвалидизирующие двигательные симптомы, как падения и застывания при ходьбе, а также такие недвигательные симптомы, как интеллектуальные нарушения, спутанность сознания, нарушение обоняния, запоры, достоверно чаще встречались в группе больных, у которых болезнь начиналась с брадикинезии (таб. 3).

Не получено достоверных различий в частоте встречаемости таких недвигательных симптомов, как галлюцинации, яркие и живые сновидения, депрессия, нарушения сна, нарушение глотания и

большинства вегетативных симптомов (симптоматическая ортостатическая гипотензия, слюнотечение, учащенное мочеиспускание, непроизвольное мочеиспускание при позывах, задержки мочеис-

Таблица 1 Тяжесть болезни Паркинсона по шкале UPDRS, разделам UPDRS, модифицированной шкале Hoehn и Yahr, шкале повседневной жизненной активности Schwab и England в группах больных с началом болезни Паркинсона с тремора и брадикинезии

	Начало болезни с		p <
	Тремора n = 131	брадикинезии n = 70	
	Me	Me	
UPDRS (весь)	41	57,5	p < 0,001
UPDRS, раздел I	2	2,5	p < 0,01
UPDRS, раздел II	9	14	p < 0,001
UPDRS, раздел III	27	34	p < 0,01
UPDRS, раздел IV	2	4,5	p < 0,001
UPDRS, шкалы брадикинезии и ригидности	21	27,5	p < 0,003
UPDRS, шкалы тремора	4	3	p < 0,001
UPDRS, шкалы падения, застывания, ходьбы, вставания со стула, позы, походки и постуральной стабильности	5	7	p < 0,001
UPDRS, шкалы дискинезии	0	1	p < 0,001
UPDRS, шкалы клин. флюктуаций	0	2	p < 0,002
Шкала Hoehn и Yahr	2	2,75	p < 0,007
Шкала Schwab и England	80	60	p < 0,003

Таблица 2 Количество больных болезнью Паркинсона с высокой тяжестью заболевания по шкале UPDRS, разделам UPDRS, модифицированной шкале Hoehn и Yahr, шкале повседневной жизненной активности Schwab и England в группах больных с началом болезни Паркинсона с тремора и брадикинезии

	Начало болезни с				p <
	Тремора n = 131		Брадикинезии n = 70		
	n	%	n	%	
UPDRS (≥ 50 баллов)	53	40,46	42	60,0	p < 0,01
UPDRS, раздел I (≥ 3 баллов)	45	34,35	35	50,0	p < 0,05
UPDRS, раздел II (≥ 15 баллов)	33	25,19	32	45,71	p < 0,01
UPDRS, раздел III (≥ 40 баллов)	32	24,43	28	40,0	p < 0,05
UPDRS, раздел IV (≥ 5 баллов)	31	23,66	35	50,0	p < 0,01
UPDRS, шкалы брадикинезии и ригидности (≥ 25 баллов)	57	43,51	40	57,14	p < 0,05
UPDRS, шкалы тремора (≥ 5 бал.)	57	43,51	21	30,0	p < 0,05
UPDRS, шкалы падения, застывания, ходьбы, вставания со стула, позы, походки и постуральной стабильности (≥ 7 баллов)	42	32,06	36	51,43	p < 0,01
Больные с наличием дискинезии	61	46,56	51	72,86	p < 0,01
Больные с наличием клинических флюктуаций	50	38,17	42	60,0	p < 0,01
Шкала Hoehn и Yahr (2,5-5)	58	44,27	42	60,0	p < 0,05
Шкала Schwab и England (70-10%)	55	41,98	44	62,86	p < 0,01

Таблица 3. Частота отдельных клинических симптомов в группах больных с началом болезни Паркинсона с тремора и брадикинезии

Симптомы	Начало болезни с				p <
	Тремора n = 131		Брадикинезии n = 70		
	n	%	n	%	
Падения	36	27,48	29	41,43	p < 0,05
Застывания при ходьбе	35	26,72	31	44,29	p < 0,01
Нарушения глотания	37	28,24	24	34,29	p > 0,05
Гипосмия или anosmia	66	50,38	47	67,14	p < 0,01
Нарушения сна (инсомния или чрезмерная сонливость)	70	53,44	42	60,0	p > 0,05
Яркие и живые сновидения	64	48,85	39	55,71	p > 0,05
Галлюцинации	18	13,74	11	15,71	p > 0,05
Спутанность сознания	8	6,11	11	15,71	p < 0,05
Интеллектуальные нарушения	60	45,8	42	60,0	p < 0,05
Депрессия	40	30,53	26	37,14	p > 0,05
Слюнотечение	44	33,59	27	38,57	p > 0,05
Симптоматическая ортостатическая гипотензия	48	36,64	27	38,57	p > 0,05
Учащенное мочеиспускание, связанное с болезнью Паркинсона	43	32,82	30	42,86	p > 0,05
Непроизвольное мочеиспускание при позывах, связанное с болезнью Паркинсона	11	8,4	11	15,71	p > 0,05
Задержки мочеиспускания, связанные с болезнью Паркинсона	7	5,34	5	7,14	p > 0,05
Запоры	59	45,04	43	61,43	p < 0,05

Выводы: 1. Тяжесть заболевания по шкале UPDRS, всем разделам UPDRS, шкалам брадики-

незии и ригидности UPDRS и шкалам падения, застывания, ходьбы, вставания со стула, позы, по-

ходки и постуральной стабильности UPDRS была выше в группе больных, у которых болезнь Паркинсона начиналась с брадикинезии, по сравнению с группой больных, у которых болезнь начиналась с тремора.

2. Такая же зависимость прослеживалась при оценке модифицированной шкалы Hoehn и Yahr, шкалы повседневной жизненной активности Schwab и England, шкал дискинезии и клинических флюктуаций UPDRS.

3. Наиболее инвалидизирующие двигательные симптомы при болезни Паркинсона (интеллектуальные нарушения, спутанность сознания), другие двигательные и двигательные расстройства (падения, застывания при ходьбе, нарушение обоняния, запоры) встречались чаще у больных, у которых начало заболевания было с брадикинезии.

4. Тремор был единственным симптомом, выраженность которого была выше в группе больных, у которых болезнь Паркинсона начиналась с тремора, по сравнению с группой больных, у которых заболевание начиналось с брадикинезии.

5. Таким образом, больные, у которых болезнь Паркинсона начиналась с брадикинезии, имеют более быстрое прогрессирование болезни и наоборот, больные, у которых болезнь Паркинсона начиналась с тремора, имеют доброкачественное прогрессирование.

6. На наш взгляд первоначальный двигательный синдром болезни Паркинсона (тремор или брадикинезия) является одним из главных прогностических факторов прогрессирования этого заболевания.

ЛИТЕРАТУРА:

1. Dubow J.S. Autonomic Dysfunction in Parkinson's Disease / J.S. Dubow // Disease-a-month. – 2007. – No 53. – P. 265-274.
2. Clinical heterogeneity in newly diagnosed Parkinson's Disease / B. Post, J.D. Speelman, R.J. de Haan et al. // Journal of Neurology. – 2008. – Vol. 255, No. 5. – P. 716-722.
3. Jankovic J. Functional decline in Parkinson disease / J. Jankovic, A.S. Kapadia // Archives of Neurology. – 2011. – Vol. 58, No 10. – P. 1611-1615.
4. Poewe W. Clinical Measures of Progression in Parkinson's Disease / W. Poewe // Movement Disorders. – 2009. – Vol. 24, Suppl. 2. – P. S671-S676.
5. Prognosis of Parkinson's Disease: Time to Stage III, IV, V, and to Motor Fluctuations / K. Sato, T. Hatano, K. Yamashiro et al. // Movement Disorders. – 2006. – Vol. 21, No. 9. – P. 1384-1395.
6. Prognostic Factors for the Progression of Parkinson's Disease: A Systematic Review / B. Post, M.P. Merkus, R.J. de Haan et al. // Movement Disorders. – 2007. – Vol. 22, No 13. – P. 1839-1851.
7. Progression and Prognostic Factors of Motor Impairment, Disability and Quality of Life in Newly Diagnosed Parkinson's Disease / B. Post, D. Muslimovic, N. van Geloven et al. on behalf of the CARPA-study group // Movement Disorders. – 2011. – Vol. 26, No. 3. – P. 449-456.
8. Roos R.A.C. Clinical Course of Patients with Idiopathic Parkinson's Disease / R.A.C. Roos, J.C.F. Jongen, E.A. van der Velde // Movement Disorders. – 1996. – Vol. 11, No 3. – P. 236-242.
9. Survival in Parkinson disease: Thirteen-year follow-up of the DATATOP cohort // Neurology. – 2005. – Vol. 64. – P. 87-93.

Труфанов Е.А. Взаимосвязь между первоначальным двигательным синдромом и скоростью прогрессирования болезни Паркинсона // Украинский медицинский альманах. – 2012. – Том 15, № 4. – С. 173-175.

Целью нашего исследования являлось изучение взаимосвязи между первоначальным двигательным синдромом (тремор или брадикинезия) и скоростью прогрессирования болезни Паркинсона. Обследовано 205 больных с идиопатической болезнью Паркинсона. Имеется тесная взаимосвязь между первоначальным двигательным синдромом и скоростью прогрессирования болезни Паркинсона. Больные, у которых болезнь Паркинсона начиналась с брадикинезии, имеют более быстрое прогрессирование болезни и наоборот, больные, у которых болезнь Паркинсона начиналась с тремора, имеют доброкачественное прогрессирование. На наш взгляд первоначальный двигательный синдром болезни Паркинсона (тремор или брадикинезия) является одним из главных прогностических факторов прогрессирования этого заболевания.

Ключевые слова: Болезнь Паркинсона, первоначальный двигательный синдром, прогрессирование болезни, UPDRS, модифицированная шкала Hoehn и Yahr, шкала повседневной жизненной активности Schwab и England

Труфанов Є.О. Взаємозв'язок між первісним руховим синдромом і швидкістю прогресування хвороби Паркінсона // Український медичний альманах. – 2012. – Том 15, № 4. – С. 173-175.

Метою нашого дослідження було вивчення взаємозв'язку між первісним руховим синдромом (тремор або брадикинезія) і швидкістю прогресування хвороби Паркінсона. Обстежено 205 хворих з ідіопатичною хворобою Паркінсона. Наявний тісний взаємозв'язок між первісним руховим синдромом і швидкістю прогресування хвороби Паркінсона. Хворі, у яких хвороба Паркінсона починалася із брадикинезії, мають більш швидке прогресування хвороби та навпаки, хворі, у яких хвороба Паркінсона починалася із тремору, мають доброякісне прогресування. На наш погляд, первісний руховий синдром хвороби Паркінсона (тремор або брадикинезія) є одним з головних прогностичних факторів прогресування цього захворювання.

Ключові слова: Хвороба Паркінсона, первісний руховий синдром, прогресування хвороби, UPDRS, модифікована шкала Hoehn і Yahr, шкала повсякденної життєвої активності Schwab і England

Trufanov Y.O. Interdependence between the rate of progression and the initial motor syndrome in patients with Parkinson Disease // Украинский медицинский альманах. – 2012. – Том 15, № 4. – С. 173-175.

The objective of our study was to analyze the interdependence between the rate of progression and the initial motor syndrome in patients with Parkinson Disease. 205 consecutive patients with idiopathic PD were questioned at time of routine clinic visits. There was a close interdependence between the rate of progression and the initial motor syndrome in patients with Parkinson Disease. Bradykinesia as the initial motor syndrome is factor which is useful in predicting a more rapid rate of progression of Parkinson Disease and conversely tremor as the initial motor syndrome is factor which is useful in predicting a more benign rate of progression of Parkinson Disease. In our opinion, the initial motor syndrome is one of the most important prognostic factors of progression of Parkinson Disease.

Key words: Parkinson Disease, initial motor syndrome, disease progression, UPDRS, Modified Hoehn and Yahr Staging, Schwab and England Activities of Daily Living Scale

Надійшла 19.05.2012 р.
Рецензент: проф. С.Є.Казакова