

# УЗАГАЛЬНЕНА ОЦІНКА НЕМОТОРНИХ ПРОЯВІВ ТА РІВНЯ ПОВСЯКДЕННОЇ АКТИВНОСТІ У ПАЦІЄНТІВ З ХВОРОБОЮ ПАРКІНСОНА

Хижняк Ю.В., Мяловицька О.Л.

Національний медичний університет імені О.О.Богомольця, м. Київ, Україна

**Ключові слова:** хвороба Паркінсона, немоторні симптоми, депресія, якість життя

**Вступ.** Хвороба Паркінсона (ХП) є одним з найпоширеніших нейродегенеративних захворювань і займає друге після хвороби Альцгеймера. Згідно статистично-епідеміологічних даних ВОЗ, в світі нараховується близько 3,7 млн. (0,06% населення) людей з хворобою Паркінсона, в Україні – близько 70 тис. Захворюваність в загальній популяції складає від 70 до 220 чоловік на 100 тис. населення, а в Україні реєструється 133 випадки на 100 тис. населення. Спостерігається зростання захворюваності з віком: на 100 осіб віком понад 60 років хворіє одна людина, а серед людей старше 65-70 – 2-3% випадків [10,13].

Хвороба Паркінсона – захворювання екстрапірамідної системи, що відноситься до групи синуклеїнопатій і характеризується ключовими моторними (гіпокінезія, ригідність, тремор спокою, постуральна нестійкість) і немоторними симптомами. Великий клінічний і науковий інтерес до немоторних симптомів обумовлений їх високою частотою розвитку і значним впливом на якість життя пацієнтів [2;16;19;20].

Велике значення для розуміння розвитку немоторних симптомів при ХП має гіпотеза ольфакторного патогенезу [8;15;22]. Порушення нюху при цій хворобі як перший прояв введено у багатьох дослідженнях, починаючи з 1975р. Вважається, що аномальна складчаста β-форма α-синуклеїну утворюється в епітелії нюхових цибулин. Потім процес трансневрально поширюється на структури головного мозку, що мають зв'язок з нюховими цибулинами. Стадійність поширення патологічного процесу з поступовим залученням стовбуру мозку, лімбічної системи і кори підтверджується гіпотезою Н. Браак, згідно з якою існує 6 стадій розвитку ХП [11;23]:

- Перша стадія – дегенерація нюхової цибулини та переднього нюхового ядра, що клінічно може проявлятися порушенням нюху.

- Друга стадія характеризується ураженням ядер стовбуру мозку, котрі контролюють афективні, вегетативні функції, цикли сну і неспання, що може проявитися порушенням поведінки під час сну зі швидким рухом очей, депресією, закрепамми.

- Третя та четверта стадії характеризуються класичними моторними проявами, що пов'язано з розповсюдженням дегенеративного процесу на чорну субстанцію.

- П'ята та шоста стадії: тільця Леві з'являються в лімбічних структурах та корі головного мозку, що призводить до розвитку когнітивних, поведінкових та психічних розладів.

Загальним для всієї групи нейродегенеративних захворювань є тривалий “світлий” проміжок, що передуює початку неухильно прогресуючого процесу відкладання в клітинах зміненого білка. З іншого боку, це створює умови для використання широкого терапевтичного вікна при умовах діагностування патологічного процесу на доклінічній стадії або виявлення людей групи ризику (період до ураження чорної субстанції може тривати до 10 років) [8;10;11].

Незважаючи на широке обговорення у науковій медичній літературі проблеми немоторних проявів ХП, наявність яких є основною причиною погіршення якості життя даних пацієнтів, на сьогоднішній день в практичній неврології вони залишаються недостатньо дослідженими, так як не стандартизовані їх діагностичні і лікувальні критерії.

**Мета роботи:** дослідити найпоширеніші немоторні прояви ХП та вплив даного захворювання на якість життя пацієнтів.

Задачі дослідження:

1. Визначити найбільш поширені немоторні симптоми ХП.
2. Оцінити ступінь розвитку депресії у пацієнтів з ХП.
3. Оцінити якість життя пацієнтів з ХП.

**Матеріали і методи.** Немоторні симптоми досліджувалися у 22 хворих (13 чоловіків і 9 жінок). Середній вік пацієнтів склав 63,4±6,1 роки. Ступінь тяжкості хвороби оцінювався за шкалою Hoehn-Yahr [6]. Спектр немоторних проявів визначався за допомогою Parkinson's disease non-motor symptoms (PD NMS) анкети [11]. Ступінь тяжкості депресії оцінювався за допомогою шкали депресії Гамільтона [1]. Вплив захворювання на якість життя хворих визначався за допомогою опитувальника Medical Outcome Survey – Short Form 36 (MOS SF 36). Контрольна група для останнього дослідження включала 12 практично здорових людей, середній вік яких склав 22,6±2,1 років. Неспецифічний опитувальник MOS SF-36 використовується для оцінки якості життя хворих. Складається з 36 питань, розподілених на 8 шкал: фізичне функціонування (ФФ), рольове функціонування, зумовлене фізичним станом (РФ), інтенсивність болю (ІБ), загальний стан здоров'я (ЗСЗ), життєва активність (ЖА), соціальне функціонування (СФ), рольове функціонування, зумовлене емоційним станом (РЕ) та психічне здоров'я (ПЗ). Всі шкали формують дві категорії: фізичного (ФКЗ) та психічного

(ПКЗ) компонента здоров'я. Результати отримують у вигляді оцінок у балах за 8 шкалами та 2 категоріями. Показники кожної шкали варіюють від 1 до 100, де 100 балів – повне здоров'я [1;3;12].

**Результати та їх обговорення.** Відповідно до класифікації Hoehn-Yahr у 2 хворих виявлена 1 стадія, у 11 хворих – 2 стадія, у 7 хворих – 3 стадія і у 1 хворого – 4 стадія хвороби Паркінсона (табл. 1).

Таблиця 1

**Стадії хвороби за Hoehn-Yahr (1967 р.)**

Стадія хвороби	Кількість хворих
1 стадія	2
2 стадія	11
3 стадія	7
4 стадія	1
5 стадія	0

Серед опитаних переважали хворі із 2 і 3 стадією хвороби за Hoehn-Yahr.

Як видно із таблиці 2, серед обстежених переважали хворі віком від 60 до 69 років (це підтверджує, що хвороба уражає людей похилого віку), а також пацієнти чоловічої статі.

Таблиця 2

**Розподіл пацієнтів з хворобою Паркінсона за статтю і віком**

Стать	Кількість хворих		Вік, роки			
	n	%	<50	50-59	60-69	>70
Чоловіки	13	59,1	1	3	7	2
Жінки	9	40,9	0	3	5	1
Усього	22	100	1	5	12	4

За даними PD NMS анкети найчастішими немоторними проявами ХП були: труднощі при концентрації чи збереженні уваги – у всіх опитаних хворих, відчуття неповного випорожнення кишечника, неможливість залишатися активним весь день (робота, водіння авто) – у 91% опитаних, закрепи (менше 3 дефекацій на тиждень) чи утруднений процес випорожнення – у 86%, проблеми із запам'ятовуванням того, що трапилося нещодавно, втрата інтересу до того, що відбувається навкруги, поганий настрій, відчуття засмученості, втрата інтересу до статевих відносин – у 82% хворих, проблеми при засинанні чи часте пробудження вночі, проблеми під час статевого акту – у 73% пацієнтів, відчуття тривоги, страху, паніки – у 59% опитаних, яскраві, емоційні чи страшні сни – у 55%, падіння, неприємні відчуття в ногах вночі, надмірне потовиділення – у 41% опитаних, втрата чи зміна нюху – у 36%, ніктурія (потреба у частому сечовипусканні вночі) – у 23% хворих, відчуття слабкості, головокружіння при переході з положення лежачи в положення сидячи – у 20% пацієнтів, слинотеча в денний час – у 9% опитаних і біль, яку не можна нічим пояснити – у 4% хворих.

Із таблиці 3 видно, що серед немоторних проявів за даними PD NMS анкетування переважають когнітивні і психічні порушення, шлунково-кишкові розлади, порушення сну, сечостатеві розлади, вегетативна дисфункція у вигляді слинотечі, надмірного потовиділення, а також сенсорні розлади.

За даними шкали депресії Гамільтона депресивних розладів не спостерігалось у 14% опитаних, легкий депресивний розлад визначався у 55% хворих, депресивний розлад середнього ступеня тяжкості – у 27%, тяжкий депресивний розлад – у 4% опитаних (рис. 1).

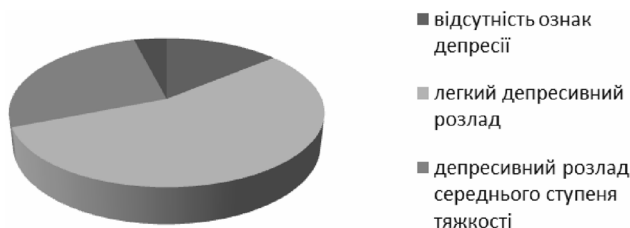
Згідно з результатами опитування за допомогою шкали депресії Гамільтона, більше ніж у половини опитаних пацієнтів із ХП зустрічаються легкі депресивні розлади, і майже у третини опитаних наявна депресія середнього ступеню тяжкості.

Таблиця 3

**Найпоширеніші немоторні прояви за результатами PD NMS анкетування**

Немоторні симптоми	Кількість хворих, %
Труднощі при концентрації чи збереженні уваги	100
Відчуття неповного випорожнення кишечника	91
Неможливість збереження активності протягом дня	91
Закреп або утруднений процес випорожнення	86
Проблеми із запам'ятовуванням того, що трапилося нещодавно	82
Втрата інтересу до того, що відбувається навкруги	82
Поганий настрій, відчуття засмученості	82
Відчуття втрати інтересу до статевих відносин	82
Проблеми при засинанні чи часте пробудження вночі	73
Відчуття тривоги, страху, паніки	59
Яскраві, емоційні чи страшні сни	55
Падіння	41
Неприємні відчуття в ногах вночі чи під час відпочинку або ж бажання порушити ними	41
Надмірне потовиділення	41
Втрата чи зміна нюху	36
Ніктурія	23
Відчуття слабкості, головокружіння при переході з положення лежачи в положення сидячи	20
Слинотеча в денний час	9
Біль, яку не можна пояснити відомими причинами	4

**Вираженість депресивних розладів серед опитаних хворих по даним шкали Гамільтона**



Рисунки 1. Вираженість депресивних розладів серед опитаних хворих по даним шкали Гамільтона.

Для аналізу показника якості життя проводилася оцінка як за окремими шкалами, так і за загальними показниками фізичного та психічного здоров'я. При анкетуванні пацієнтів з ХП та здорових людей виявлено суттєві відмінності в оцінці якості життя. У пацієнтів з ХП загальний показник по ФКЗ становив  $62,18 \pm 1,6$  бали, а по ПКЗ –  $51,7 \pm 1,05$  бали. В контрольній групі ці показники були відповідно  $85,56 \pm 1,2$  бали та  $84,29 \pm 2,3$  бали, що свідчить про значно гіршу оцінку якості життя пацієнтів з ХП порівняно зі здоровими ( $p < 0,05$ ) (рис. 3).

Виявлене також зниження показників якості життя і за окремими шкалами. Достовірно нижчі показники якості життя у пацієнтів з ХП по шкалам ФФ ( $62,23 \pm 6,6$  бали), РФ ( $51,26 \pm 6,2$  бали), ЖА ( $47,3 \pm 2,1$  бали), СФ ( $45,73 \pm 5,4$  бали), РЕ ( $54,11 \pm 5,8$  бали), ПЗ ( $59,64 \pm 6,2$  бали) порівняно з показниками у контрольній групі: ФФ ( $91,82 \pm 5,3$  бали), РФ ( $88,74 \pm 7,3$  бали), ЖА ( $74,27 \pm 4,6$  бали), СФ ( $86,43 \pm 6,2$  бали), РЕ ( $87,33 \pm 8,4$  бали), ПЗ ( $89,12 \pm 7,3$  бали) ( $p < 0,05$ ) (рис. 1). Не виявлено статистично значущої різниці у величині показників по шкалам ІБ та ЗСЗ: результати, отримані у групі хворих становили по шкалі ІБ  $76,71 \pm 3,2$  бали, по шкалі ЗСЗ –  $58,42 \pm 6,9$  бали, у контрольній групі відповідно –  $83,2 \pm 2,4$  бали і  $78,5 \pm 7,7$  бали (рис. 3).

Отже, наявний значний вплив захворювання на якість життя пацієнтів з ХП, особливо виражений у категорії ПКЗ, що також підтверджується результатами анкетування за допомогою шкали депресії Гамільтона.

**Висновки:**

1. Найпоширенішими немоторними проявами у пацієнтів з ХП є когнітивні і психічні порушення, шлунково-

кишкові розлади, порушення сну, сечостатева дисфункція, вегетативна розлади у вигляді слинотечі, надмірного потовиділення, а також сенсорні порушення у вигляді гіпосмії або аносмії.

2. У переважної більшості хворих за даними шкали депресії Гамільтона виявлені ознаки хвороби: у 55% опитаних – легкі депресивні розлади, у 27% – депресивні розлади середнього ступеню тяжкості.

3. При аналізі якості життя у пацієнтів з ХП визначалося достовірне зниження як психічного, так і фізичного компонента здоров'я, порівняно з результатами контрольної групи.

Рецензент: д.мед.н., професор Соколова Л.І.

**ЛІТЕРАТУРА**

1. Белова А.Н. Шкалы, тесты и опросники в медицинской реабилитации / А.Н. Белова, О.Н. Щепетова. - М.: антидор, 2002г. - 440с
2. Виявлены новые механизмы развития болезни Паркинсона // *Нейроnews* – К., 2012. - №7. – с.76.
3. Дослідження показників якості життя, пов'язаних із здоров'ям, у хворих на розсіяний склероз / Л.І. Соколова, Г.В. Гудзенко // *Український неврологічний журнал*. – 2009. - №3. – с.46-50.
4. Иллариошкин С.Н. Молекулярные основы болезни Паркинсона / В сб.: *Болезнь Паркинсона и расстройство движений: Рук-во для врачей по материалам I Нац. Конгресса*. – М., 2008. – с. – 60-64.
5. Методы диагностики болезни Паркинсона на ранних стадиях / Е.А. Катунина, Н.В. Титова, Г.Н. Авакян // *Журн. неврологии и психиатрии им. С.С. Корсакова*. – 2010. – Том 110, №12. – с.112-118.
6. Мир болезни Паркинсона / С.П.Московко, Г.С. Московко // *Нейроnews*. – 2008. - №3/2. – с.43-49.
7. Нарушения обоняния при болезни Паркинсона / Н.С. Алексеева [и др.] // *Неврол. Журнал*. – М., 2012. – Том 17, №1. – с.10-14.
8. Нарушения сна у больных с деменцией и при болезни Паркинсона / И.В. Тихомирова // *Журн. неврологии и психиатрии им. С.С. Корсакова*. – 2011. Том 111, №9. – с. 37-42.
9. Немоторные нарушения при болезни Паркинсона / Е.В. Вострикова // *Журн. неврологии и психиатрии им. С.С. Корсакова*. – 2012. – Том 112, №6. – с.83-85.
10. Недвигательные нарушения при болезни Паркинсона и их влияние на качество жизни / М.Р.Нодель, Н.Н.Яхно // по материалам I Национального конгресса (Москва, 22-23 сентября 2008 г.).
11. Новик А.А., Ионова Т.И. Руководство по исследованию качества жизни в медицине. - М.– ОЛМА-Пресс Звездный мир, 2002. – 320 с.
12. Особенности клиники и закономерности формирования психических расстройств при болезни Паркинсона / Д.Ю. Сайко // *Укр. вісн. Психоневрології*. – 2012. – Том 20, Вип. 3. – с.54-58.
13. Патогенетические основы депрессии при болезни Паркинсона / Т.Н. Слободин, Ю.И. Головченко // *Український неврологічний журнал*. – 2010. - №4. – с.11-33.
14. Снижения обоняния – ранний признак болезни Паркинсона: реферативная информация // *Укр. мед. часопис*. – К., 2012. - №3. – с.74.

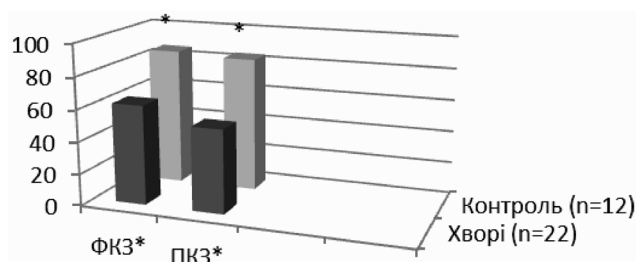


Рисунок 2. Показники якості життя пацієнтів з ХП та контрольної групи по основним категоріям опитувальника MOS SF-36, бали

\* Статистично значуща різниця між показниками хворих та контрольної групи ( $p < 0,05$ ).

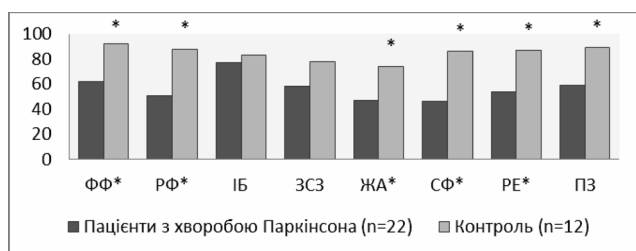


Рисунок 3. Показники якості життя пацієнтів з ХП та контрольної групи по окремим шкалам опитувальника MOS SF-36, бали

\* Статистично значуща різниця між показниками хворих та контрольної групи ( $p < 0,05$ ).

16. Современное представление о патогенезе болезни Паркинсона / Т.Н. Слободин // *Neuronews*. – К, 2011. – 117. – с.22-27.

17. Aarsland D. Depression in Parkinson disease / D. Aarsland, J.L. Cumming // *Acta Psychiatr. Scand.* – 2002. – Vol. 106. – P. 161-163.

18. Chaudhuri R.L., Healy D.G., Shapira A.H. Non-motor symptoms of Parkinson's disease. *Lancet Neurol.* 2006; 5:235-245.

19. Desplats, P. Inclusion formation and neuronal cell death through neuron-to-neuron transmission of alpha-synuclein / P. Desplats, H.J. Lee // *Proc. Natl. Acad. Sci. USA.* – 2009. – Vol. 106. – P. 13010–13015.

20. Microglial inflammation in the parkinsonian substantia nigra; relationship to  $\beta$ -synuclein deposition / E. Crosier, L.B. Moran, D.T. Dexter et al. // *J. Neuroinflamm.* – 2005. – Vol. 2. – P. 14-21.

21. Morley, J.F. Current understanding and management of Parkinson disease: five new things / J.F. Morley, H.I. Hurtig // *Neurology.* – 2010. – Vol. 75. – S. 9–15.

22. Olfactory pathogenesis of idiopathic Parkinson Disease revisited / A. Lerner, A. Bagic // *Mov. Disord.* – 2008. – Vol.8. – P.1076-1084.

23. Staging of brain pathology related to sporadic Parkinson's disease / H. Braak, K. Tredici, U. Rub et al. // *Neurobiol. Aging.* – 2003. – Vol.24/ -P.197-211.

### ОБОБЩЕННАЯ ОЦЕНКА НЕМОТОРНЫХ ПРОЯВЛЕНИЙ И УРОВНЯ ПОВСЕДНЕВНОЙ АКТИВНОСТИ У ПАЦИЕНТОВ С БОЛЕЗНЬЮ ПАРКИНСОНА

Хижняк Ю.В., Мяловицкая Е.А.

Национальный медицинский университет имени А.А. Богомольца, г. Киев, Украина

**Резюме.** В работе изучались наиболее распространенные немоторные проявления болезни Паркинсона, особенности развития депрессии, как одного из ведущих немоторных симптомов, а также влияние болезни на качество жизни пациентов. По результатам анализа полученных данных было установлено, что среди немоторных симптомов чаще всего встречаются когнитивные и психические нарушения, желудочно-кишечные расстройства, нарушения сна, мочеполая дисфункция, вегетативные и сенсорные нарушения. У большинства опрошенных обнаружены признаки депрессии (у 55% – легкие депрессивные нарушения, у 27% – депрессивные нарушения средней тяжести). По данным анализа качества жизни у пациентов с болезнью Паркинсона определялось снижение как психического, так и физического компонента здоровья, в сравнении с результатами контрольной группы.

**Ключевые слова:** болезнь Паркинсона, немоторные симптомы, депрессия, качество жизни.

### GENERALIZED ASSESSMENT ON NON-MOTOR SYMPTOMS AND LEVEL OF DAILY ACTIVITY IN PATIENTS WITH PARKINSON'S DISEASE

Khyzhniak Y.V., Mialovytska O.A.

National O.O. Bohomolets Medical University, Kyiv, Ukraine

**Summary.** This research was about the most common non-motor symptoms of Parkinson's disease, features of depression, as one of the leading non-motor symptoms, and the impact of disease on quality of life. We've got such results, that among the non-motor symptoms are the most common cognitive and psychiatric disorders, gastrointestinal disorders, sleep disorders, urinary dysfunction, autonomic and sensory impairment. The majority of respondents found the symptoms of depression (55% – light depressive disorders, 27% – moderate depressive disorders). The mental and physical health component, comparing to the results of the control group was reduced, according to the analysis of the quality of life in patients with Parkinson's disease.

**Key words:** Parkinson's disease, non-motor symptoms, depression, quality of life