

ОЦЕНКА ДВИГАТЕЛЬНЫХ И НЕДВИГАТЕЛЬНЫХ НАРУШЕНИЙ У БОЛЬНЫХ С БОЛЕЗНЬЮ ПАРКИНСОНА

Гафарова П.А.¹, Мамурова И.Н.², Самиев А.С.³, Хакимова С.З.⁴

¹Гафарова Парвина Абдурафиковна - резидент магистратуры;

²Мамурова Ирода Нормуратовна - ассистент;

³Самиев Аслиддин Саитович - ассистент;

⁴Хакимова Сохиба Зиядуллаевна – заведующая курсом,
курс неврологии и нейрохирургии,

факультет постдипломного образования,

Самаркандский государственный медицинский институт,

г. Самарканд, Республика Узбекистан

Аннотация: у больных с болезнью Паркинсона изучались двигательные нарушения на ранней, развёрнутой и поздней стадиях заболевания. Для этого мы использовали шкалу ХЕН-ЯРА и «UPDRS» (унифицированная рейтинговая шкала), для ортостатической гипотензии использовалась ортостатическая проба. В результате было выявлено, что по мере прогрессирования заболевания нарастали двигательные нарушения в конечностях. Однако ортостатическая гипотензия значительно чаще регистрировалась у больных на развернутой и поздней стадиях заболевания.

Ключевые слова: болезнь Паркинсона, двигательные нарушения и недвигательные нарушения, ортостатическая гипотензия.

Актуальность. Болезнь Паркинсона (БП) – хроническое неуклонно прогрессирующее нейродегенеративное заболевание. Несмотря на все последние достижения в области лечения болезни Паркинсона, в настоящее время ни один из имеющихся препаратов не может замедлить или остановить прогрессирование заболевания [8, 11]. После 15-лет заболевания более 70% больных умирают, а из выживших - около половины нуждаются в уходе [5,6,9]. Инвалидизация при БП является результатом не только прогрессирования основных двигательных, но и не двигательных нарушений. Однако, остаются нерешенные вопросы и один из них – оценка прогрессирования заболевания. В настоящее время оценка проводится клинически, так как данные функциональной нейровизуализации не могут отразить в полном объеме прогрессирование как двигательных, так и не двигательных нарушений [3,4,12].

Цель исследования. Оценить двигательные и не двигательные нарушения (ортостатическая гипотензия) у больных с болезнью Паркинсона.

Материалы и методы исследования. В исследование включено 90 больных с болезнью Паркинсона, из них 31 мужчин и 59 женщин, средний возраст составил 63,16±10,4 лет, продолжительность заболевания 7,5±3,8лет.

Диагноз БП у всех больных был установлен в соответствии клинико-диагностическими критериями Банка головного мозга общества БП Великобритании (Lees, 2009). Клинико-неврологическое исследование с количественной оценкой двигательных нарушений проводилась по следующим шкалам: Шкала Хен-Яра [9, 10]; Унифицированная рейтинговая шкала болезни Паркинсона (Unified Parkinson's Disease Rating Scale – UPDRS); 3 версия (S.Fahn и соавторы, 1987).

Оценка выраженности двигательных нарушений проводилась в период «включения» по III (двигательной) части шкалы UPDRS.

Для оценки динамики двигательных и не двигательных нарушений было выделено в соответствии со шкалой тяжести заболевания по Хен-Яру (Hoehn, Yahr, 1967) 3 группы больных с разными стадиями заболевания. Ранняя (I-II стадия по Хен-Яру) стадия заболевания выявлена у 40 (44,4%) больных, у 50 (55,5%) больных – развёрнутая (III стадия по Хен-Яру) стадия, у 10 (11,1%) больных - поздняя (IV-V стадия по Хен-Яру) стадия. Таким образом, в исследуемой группе преобладали больные с развернутой (III стадией по Хен-Яру) стадией БП. Для выявления не двигательных нарушений ортостатической гипотензии использовалась ортостатическая проба.

Полученные результаты. У всех обследованных больных выявлялись гипокинезия и ригидность, у 40 (44,4%) больных – тремор покоя, у 20 (22,2%) больных - постуральный (кинетический) тремор, у 30 (33,3%) больных – изменение осанки с преобладанием тонуса в сгибателях, которое привело к специфической «позе просителя», 90 (92,4%) - нарушение ходьбы; на развёрнутой и поздней стадиях у 65 (7,2%) - постуральная неустойчивость, 25 (27,7%) больных - застывания, из них у 12 (13,3%) - застывания при ходьбе по прямой, у 5 (0,55%) больных – ортостатической гипотензии, у 5 (5,55%) больных – когнитивных нарушений у 3 (3,33%). Гипокинезия проявлялась замедленностью движений, затруднением инициации движений, расстройством выполнения последовательных движений с быстрым уменьшением их амплитуды и скорости. Выраженность гипокинезии, оцениваемая по III части UPDRS, коррелировала со стадией по Хен-Яру ($r=0,68$; $p < 0,05$), длительностью заболевания ($r=0,47$; $p < 0,05$), выраженностью нарушений ходьбы ($r=0,66$; $p < 0,05$) и постуральной неустойчивости ($r=0,73$; $p < 0,05$). Ригидность была более выражена в конечностях (преимущественно в дистальных отделах) и в шее, характеризовалась повышением мышечного тонуса по пластическому типу и выявлялась при пассивном растяжении мышцы. Выраженность ригидности,

оцениваемая по III части UPDRS, коррелировала со стадией по Хен-Яру ($r=0,55$; $p<0,05$), длительностью заболевания ($r=0,32$; $p<0,05$), выраженностью нарушений ходьбы ($r=0,62$; $p<0,05$) и постуральной неустойчивости– ортостатической гипотензии ($r=0,65$; $p<0,05$). Тремор покоя был представлен в дистальных отделах конечностей и имел асимметричный характер. Постуральный (ортостатическая гипотензия), а так же кинетический тремор различной степени выраженности, выявлялся при выполнении движений и не удерживании позы, который затруднял выполнению целенаправленных движений или приема пищи.

Двигательные нарушения были представлены застыванием, пропульсией, флексорной позой. Не двигательные симптомы: постуральная неустойчивость, ортостатическая гипотензия и нарушение ходьбы. Дизартрия проявлялась замедленностью речи (брадилалия), снижением выразительности, тембра или громкости речи с постепенным ее затуханием, нарушением дикции, нарушением артикуляции - гипокинетиически дизартрией различной степенью выраженности. Иногда речь трудно было понять, а у некоторых больных возникали «речевые пропульсии» (тахифемия или тахифазии) и тахилалии или дисфонические расстройства в виде появления невнятной речи. У больных изменение осанки проявлялись преобладанием тонуса в сгибателях, которое привело к специфической «позе просителя», проявляющееся наклоном головы и туловища вперед, сгибанием в коленных и тазобедренных суставах, приведением рук и бедер. Выявлялись цервикальная дистония и ортостатическая гипотензия. Выраженность нарушений ходьбы с застываниями, оцениваемые по III части UPDRS коррелировала со стадией по Хен-Яру ($r=0,71$; $p<0,05$), длительностью заболевания ($r=0,73$; $p<0,05$), суточной дозой леводопы ($r=0,39$; $p<0,05$) и длительностью леводопа терапии ($r=0,36$; $p<0,05$).

Постуральная неустойчивость и ортостатическая гипотензия проявлялась нарушением способности удерживать равновесие при изменении позы, разной степени выраженности. Выраженность двигательных нарушений, оцениваемая по III части UPDRS коррелировала со стадией по Хен-Яру ($r=0,79$; $p <0,05$), возрастом ($r=0,37$; $p <0,05$), продолжительностью заболевания ($r=0,53$; $p <0,05$), суточной дозой леводопы ($r=0,69$; $p <0,05$), длительностью леводопа терапии ($r=0,45$; $p<0,05$).

Выраженность двигательных нарушений в конечностях ($p <0,005$) и аксиальных двигательных нарушений ($p<0,001$), оцениваемых по III (двигательной) части UPDRS достоверно была выше у больных на развёрнутой и поздней стадиях по сравнению с ранней стадией. При этом с тяжестью заболевания выраженность аксиальных двигательных нарушений превалировала над выраженностью двигательных нарушений в конечностях (таблица 1).

Таблица 1. Выраженность двигательных нарушений у больных на ранней, развёрнутой и поздней стадиях болезни Паркинсона

Оценка по III UPDRS (баллы)	Стадии по Хен-Яру		
	I-II-стадия	III- стадия	IV-V- стадия
Двигательные нарушения в конечностях	22,8±5,9	30,6±5,8*	35,6±4,9*
Аксиальные двигательные симптомы	4,8±2,3	9,3±1,9*	14,6±1,5**

*- различия статистически достоверны $p <0,005$,

** - различия статистически достоверны $p <0,001$.

По Хен-Яру ($r=-0,63$; $p<0,05$), выраженностью аксиальных двигательных нарушений ($r=0,70$; $p<0,05$) и выраженностью гипокинезии ($r=-0,58$; $p<0,05$) и ригидности ($r=-0,52$; $p<0,05$), оцениваемых по III (двигательной) части UPDRS продолжительностью леводопа терапии ($r=-0,26$; $p<0,05$).

Ортостатическая гипотензия была выявлена у 50 (55,5%) из 90 больных.

Таблица 2. Ортостатическая гипотензия у больных на ранней, развернутой, поздней стадиях болезни Паркинсона

Наличие ортостатической гипотензии	Стадия по Хен и Яру		
	I-II n = 40	III n = 30	IV-V n = 20
	9 (10%)	25 (27,7%)	20 (100%)

На ранней стадии из 40 больных у 9 (10%) была выявлена ортостатическая гипотензия, на развернутой стадии из 30 больных - 25 (27,7%) больных и на поздней стадии из 20 больных - у всех (100%) больных (таблица 3). Ортостатическая гипотензия значительно чаще регистрировалась у больных на развернутой и поздней стадиях заболевания.

На развитие ортостатической гипотензии статистически достоверно влияли возраст больного ($p<0,05$), длительность заболевания ($p<0,05$), суточная доза леводопы ($p<0,05$) и длительность приема препаратов леводопы ($p<0,05$) (таблица 3).

Таблица 3. Сравнительная характеристика групп с ортостатической гипотензией и без ортостатической гипотензии у больных (M±δ)

Группа больных	Возраст	Возраст начала БП	Длительность заболевания	Суточная доза леводопы	Продолжительность леводопы терапии
С ортостатической гипотензией	55,5±9.8	52,2± 11.2	8.1±5.2	510,6± 201.8	5.6±5.6
Без ортостатической гипотензии	38,8±10.2 *	47,7±10.8	4,4±3,0 **	343,5±223.8 **	2.0±2.7 **

*- различия статистически достоверны $p < 0,005$,

** - различия статистически достоверны $p < 0,001$.

Ортостатическая гипотензия регистрировалась чаще у лиц старше 65 лет с продолжительностью заболевания более 5 лет, суточной дозой леводопы более 500мг и длительностью приема препаратов леводопы 5 лет и более.

На развитие ортостатической гипотензии статистически достоверно влияли возраст больного, стадия по Хен-Яру, продолжительность заболевания, суточная доза леводопы (более 500 мг в сутки) и леводопы терапия (более 5 лет).

Выводы. Тяжесть заболевания на ранней стадии определяли основные двигательные нарушения у 40% больных, выраженные когнитивные нарушения у 22,4% больных, симптомы депрессии (тревога, апатия, усталость, дисфория,) у 60% больных, ортостатическая гипотензия у 27,7% больных и психотические расстройства у 8% больных, на поздней стадии – преобладанием двигательных нарушений, выраженные когнитивные нарушения 14,4% больных, симптомы депрессии (апатия, усталость) у 100% больных, ортостатическая гипотензия у 100% больных и психотические расстройства у 7,7% больных. У больных БП отмечалось достоверное нарастание скорости прогрессирования основных не двигательных нарушений (когнитивных, психотических, аффективных и ортостатической гипотензии) на развернутой и поздней стадиях заболевания. Медленный темп прогрессирования заболевания выявлен у 50 (55,5%) больных, умеренный – у 30 (33,3%) больных, быстрый - у 10 (11,1%) больных. Факторами быстрого темпа прогрессирования были: пожилой возраст, выраженность двигательных нарушений, выраженность когнитивных нарушений, наличие ортостатической гипотензии и психотических расстройств, тяжесть моторных флуктуаций.

Список литературы

1. Абдусаломова М.А., Мавлянова З.Ф., Махмудов С.М. Оптимизация медико-социальной реабилитации при болезни Дюшенна // Достижения науки и образования, 2019. № 11 (52).
2. Баратова С.С., Мавлянова З.Ф., Бурханова Г.Л. Исследование допустимых значений параметров тела спортсменов при помощи биоимпедансометрии // Вопросы науки и образования, 2019. № 31 (81).
3. Бойжуряев О.Н., Тоштемуров Ш.И., Джурабекова А.Т. Результаты лечения больных с сосудистым паркинсонизмом препаратом мидокалм // Ответственный редактор: Сукиасян А.А., к.э.н., ст. преп., 2015. С. 184.
4. Буриева Д.М., Хакимова С.З., Джурабекова А.Т. Сравнительное изучение функции поддержания вертикальной позы у здоровых лиц и больных с паркинсонизмом // Инновационная наука, 2015. № 6-2.
5. Камилова Р.Т. и др. Влияние систематических занятий спортом на функциональное состояние юных спортсменов // Вестник Казахского Национального медицинского университета, 2016. № 4.
6. Салохиддинова Ш.Ш., Юсупова Н.Н., Джурабекова А.Т. Современный подход к диагностике когнитивных нарушений у больных с дисциркуляторной энцефалопатией // Инновационная наука, 2015. № 6-2.
7. Хакимова С.З., Джурабекова А.Т. Когнитивные нарушения при болезни Паркинсона // Вестник врача, 2015. С. 49.
8. Эшимова Ш.К., Хакимова С.З., Джурабекова А.Т. Оценка эффективности антитреморных препаратов у больных эссенциальным тремором // Инновационная наука, 2016. № 1-3 (13).
9. Юсупова Н.Н., Мавлянова З.Ф., Джурабекова А.Т. Коррекция болевого синдрома у больных с острым нарушением мозгового кровообращения // Российский журнал боли, 2015. № 1. С. 98-98.
10. Shamsiyev A.M., Khusinova S.A. The Influence of Environmental Factors on Human Health in Uzbekistan // The Socio-Economic Causes and Consequences of Desertification in Central Asia. Springer, Dordrecht, 2008. С. 249-252.
11. Aliev M., Mamadaliev A. Study of macro-and microelements composition in the biological media, clinical and neurological changes in patients with consequences of traumatic brain injury // European Medical, Health and Pharmaceutical Journal, 2015. Т. 8. № 1.

12. *Aliev M.A., Mamadaliev A.M., Mamadalieva S.A.* Research of essential elements composition in the cerebrospinal fluid in patients with outcomes of traumatic brain injury // International scientific journal, 2015. № 9. C. 17-23.