

ДВИГАТЕЛЬНЫЕ НАРУШЕНИЯ НА РАННЕЙ, РАЗВЕРНУТОЙ И ПОЗДНЕЙ СТАДИЯХ БОЛЕЗНИ ПАРКИНСОНА

П. ГАФФАРОВА, С. САТТАРОВА, М. ХАМИДУЛЛАЕВА, С.З. ХАКИМОВА, И.Н. МАМУРОВА
Самаркандский Государственный медицинский институт, Республика Узбекистан, г. Самарканд

ПАРКИНСОН КАСАЛЛИГИНИНГ ЭРТА, ЧЎЗИЛГАН, КЕЧКИ БОСҚИЧЛАРИДА ҲАРАКАТ БУЗУЛИШИ

П. ГАФФАРОВА, С. САТТАРОВА, М. ХАМИДУЛЛАЕВА, С.З. ХАКИМОВА, И.Н. МАМУРОВА
Самарканд Давлат медицина институти, Ўзбекистон Республикаси, Самарканд ш.

MOTOR AND NON-MOTOR DAMAGE IN THE EARLY AND LATE STAGES OF PARKINSON'S DISEASE

P. GAFFAROVA, S. SATTAROVA, M. HAMIDULLAEVA, S.Z. HAKIMOVA, I.N. MAMUROVA
Samarkand State Medical Institute, Republic of Uzbekistan, Samarkand

Паркинсон касаллиги билан касалланган беморларда эрта ва кечки босқичларида ҳаракат бузилишлари текширилди. Бунинг учун биз қуйидаги шкалалардан фойдаландик: Хен-Яра шкаласи ва "Унифицирланган рейтингли UPDRS" шкаласидан фойдаландик. Натижада Паркинсон касаллиги билан касалланган беморларда аксиал ҳаракатнинг бузулиши ва ҳаракатнинг бузилиши кўпроқ касалликнинг эрта босқичига нисбатан кечки босқичида ривожланади.

Калим сўзлар: Паркинсон касаллиги, аксиал бузулиши, ҳаракат бузулиши.

In patients with Parkinson's disease, anxiety disorders investigated at early and late stages. For this, we used the following scales: To measure the severity of the movement the XEN-YARA scale, to check the final stage of motion defection "UPDRS" (Unified Parkinson's Disease Rating Scale). As a result, in patients with Parkinson's disease, anemia and movement disorders develop more often in the late stage of illness than in the earthy stage of the disease.

Key words: Parkinson's disease, axial defection, Motion defection.

Актуальность. Болезнь Паркинсона (БП) – хроническое неуклонно прогрессирующее нейро-дегенеративное заболевание. 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 двигательных нарушений (Левин О.С. и соавт. 2005; Яхно Н.Н. и соавт. 1994; Яхно Н.Н. и соавт. 2009; Литвиненко И.В. и соавт. 2011; Poewe W, 2009).

На разных стадиях заболевания динамика нарастания двигательных симптомов отличается. Отмечено, что на ранней стадии, выраженность двигательных нарушений прогрессирует быстрее, что подтверждено снижением числа пресинаптических дофаминергических терминалей по данным нейровизуализации (Thuy C.V. и соавт. 2012; Zhao Y.J. и соавт. 2010). Появление ортостатической гипотензии, зрительных галлюцинаций и снижение вариабельности сердечного ритма отмечается на поздней стадии заболевания (Allcock L.M. и соавт. 2006).

Целью работы явилось - изучить двигательные нарушения на ранней, развернутой и поздней стадиях болезни Паркинсона.

Материалы и методы исследования. В исследование включено 90 больных с болезнью Паркинсона, из них 52 мужчин и 38 женщин,

средний возраст составил $62,24 \pm 11,2$ лет, продолжительность заболевания $6,8 \pm 3,8$ лет.

Диагноз БП у всех больных был установлен в соответствии клинико-диагностическим критериям Банка головного мозга общества БП Великобритании.

Для оценки динамики двигательных нарушений 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 34 (37.7%) больных, у 45 (50%) больных – развернутая (III стадия по Хен-Яру) стадия, у 11 (12.3%) 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.

У больных с ранней стадией заболевания средний возраст составил $58,4 \pm 9,8$ лет, средняя продолжительность заболевания - $3,7 \pm 2,1$ лет; у больных с развернутой стадией – средний возраст $66,2 \pm 9,4$ лет, средняя продолжительность заболевания - $6,9 \pm 3,7$ лет; у больных с поздней стадией - средний возраст - $74,5 \pm 10,2$ лет, средняя продолжительность заболевания $10,5 \pm 9,8$ лет. При этом больные с разными стадиями достоверно отличались между собой по возрасту и длительности заболевания.



Рис.1. Группы больных, включенных в исследование

Полученные результаты. Из 90 больных БП у 74 (82,2%) -зарегистрирована смешанная форма БП, у 16 (17,8%) больных - акинетико-ригидная форма БП. На ранней стадии БП из 34 (100%) больных было 21 (62%) - со смешанной формой, 13 (38%) - с акинетико-ригидной формой. На развернутой стадии из 45 больных (100%) со смешанной формой было 28 (62%) больных, 17 (38%) больных - с акинетико-ригидной формой. На поздней стадии из 11 (100%) больных было 9 (82%) - со смешанной формой и 3 (18%) больных - с акинетико-ригидной формой (рис. 1.).

Из методов исследования применялось: клинико-неврологическое исследование с количественной оценкой двигательных нарушений.

Клинико-неврологическое исследование с количественной оценкой двигательных нарушений проводилась по шкале Хен-Яра (M.Hoehn, M. Yahr, 1967);

А также по унифицированной рейтинговой шкале 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. Исследование повседневной активности проводилось с помощью Шкалы повседневной активности.

У всех обследованных больных выявлялись гипокинезия и ригидность, у 112 (82,4%) больных – тремор покоя, у 88 (64,7%) больных - постуральный (кинетический) тремор, у 63 (46,3%) больных – изменение осанки с преобладанием тонуса в сгибателях, которое привело к специфической «позе просителя», 125 (92,4%) - нарушение ходьбы; на развернутой и поздней стадиях у 86 (63,2%) - постуральная неустойчивость, 35 (25,7%) больных - застывания, из них у 15 (11,0%)

– застывания при ходьбе по прямой, у 10 (7,3%) больных – дисфагия, у 6 (4,4%) больных – камптокармия, у 2 (10,5%) больных – цервикальная дистония (антероколлиз).

Гипокинезия проявлялась замедленностью движений, затруднением инициации движений, расстройством выполнения последовательных движений с быстрым уменьшением их амплитуды и скорости, так же характеризовалась гипомимией, редким морганием, гипофонией, слюнотечением, микрографией, ахейрокинезом, микробазией, затруднением при вставании со стула и поворотами в постели.

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 ($r=0,65$; $p<0,05$).

Тремор покоя был представлен в дистальных отделах конечностей и имел асимметричный характер. Постуральный или кинетический тремор различной степени выраженности, выявлялся при выполнении движений и удерживании позы, который затруднял выполнению целенаправленных движений или приему пищи.

Выраженность двигательных нарушений у больных на ранней, развернутой 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 $p < 0,001$

Аксиальные двигательные нарушения были представлены дизартрией, дисфагией, флексорной позой, постуральной неустойчивостью и нарушением ходьбы.

Дизартрия проявлялась замедленностью речи (брадилалия), снижением выразительности, тембра или громкости речи с постепенным её затуханием, нарушением дикции, нарушением артикуляции - гипокинетической дизартрией различной степенью выраженности. Иногда речь трудно было понять, а у некоторых больных возникали «речевые пропуски» (тахифемия или тахифазии) и тахилалии или дисфонические расстройств в виде появления невнятной речи.

Дисфагия проявлялась нарушением глотания, которая может быть связана как с гипокинезией так и с ригидностью бульбарных мышц или дисфункцией пищевода.

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. В некоторых случаях выявлялись камптокармия и цервикальная дистония (антероколлиз). Нарушение ходьбы проявлялось замедленностью начала движений, укорочением ширины (амплитуды) шага (микробазия), уменьшением шаговой скорости, высоты подъема стопы и удара пятками во время ходьбы; замедленностью выполнения поворотов, иногда требующей трости или ходунков, и эпизодами застывания. Застывания возникали при выполнении поворотов или в конце ходьбы и проявлялись нарушением начала движений при прохождении дверного проема с остановкой на любом этапе (подход к дверному проему, непосредственное прохождение через дверь или после прохождения дверного проема). Эпизоды застывания возникали при ходьбе по прямой от одного до нескольких раз. 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 леводопатерапии ($r=0,36$; $p < 0,05$).

Постуральная неустойчивость проявлялась нарушением способности удерживать равновесие

при изменении позы, разной степени выраженности. Выраженность постуральной неустойчивости, оцениваемая по III части UPDRS коррелировала со стадией по Хен-Яру ($r=0,81$; $p < 0,05$), возрастом ($r=0,39$; $p < 0,05$), длительностью заболевания ($r=0,51$; $p < 0,05$), выраженностью гипокинезии ($r=0,79$; $p < 0,05$), нарушением ходьбы ($r=0,72$; $p < 0,05$), суточной дозой леводопы ($r=0,59$; $p < 0,05$), длительностью леводопатерапии ($r=0,43$; $p < 0,05$).

Выраженность аксиальных 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 леводопатерапии ($r=0,45$; $p < 0,05$), повседневной активностью по шкале Шваба-Ингланда ($r=-0,70$; $p < 0,05$), качеством жизни ($r=-0,42$; $p < 0,05$) и возрастом ($r=0,62$; $p < 0,05$).

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 развернутой и поздней стадиях по сравнению с ранней стадией. При этом с тяжестью заболевания выраженность аксиальных двигательных нарушений превалировала над выраженностью двигательных нарушений в конечностях (табл. 1).

Ограничение повседневной активности, оцениваемой по шкале Шваба Ингланда, коррелировало с возрастом ($r=-0,29$; $p < 0,05$), стадией 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 леводопатерапии ($r=-0,26$; $p < 0,05$).

Выводы: По мере прогрессирования БП нарастали как аксиальные двигательные нарушения, так и двигательные нарушения в конечностях. При этом на развернутой и поздней стадиях заболевания и в пожилом возрасте превалировала выраженность аксиальных двигательных нарушений, которые достоверно ограничивали повседневную активность и ухудшали качество жизни.

Литература:

1. Алексеева Н. С., Иллариошкин С. Н., Пономарева Т. А. Нарушения обоняния при болезни Паркинсона // Неврологический журнал : Научно - практический журнал. - 2016. -Том 17, № 1. - С. 10- 14.
2. Артемьев Д.В., Голубев В.Л., Яхно Н.Н. Заболевания с преимущественным поражением экстрапирамидной системы // Болезни нервной системы/Под ред. Н.Н.Яхно. - 4-е изд.- М.:Медицина,2005.- Е.2.- С.125- 126.
3. Артемьев Д.В., Возрастные аспекты болезни Паркинсона. Руководство для врачей по материалам II- го национального конгресса, М- 2016.
4. Базиян Б.Х., Чигаилечик Л.А., Тесленко Е.Л. и др. «Возможности ранней диагностики нейродегенеративного процесса при болезни Паркинсона с помощью анализа траектории движений». Руководство для врачей по материалам I- го национального конгресса, М-2017.- С. 113- 115.
5. Байтемиров А.Р. Эпидемиологическое и клинико- генетическое изучение болезни Паркинсона в республике Башкортостан: Автореф. дис. канд.мед.наук.- М., 2017.
6. Байтемиров А.Р., Магжанов Р.В. и соавт., Эпидемиология болезни Паркинсона в республике Башкортостан /Руководство для врачей по материалам 1- го Национального конгресса, М- 2016.
7. Баранова Т. С., Иллариошкин С. Н. Когнитивные нарушения при болезни Паркинсона: возможности их диагностики с помощью воксел - ориентированной морфометрии //

Неврологический вестник. Журнал имени В.М.Бехтерева. - 2016. - т. 43, вып. 3. - С. 62- 68

8. Батукаева Л.А. Динамика двигательных и когнитивных расстройств при болезни Паркинсона: Автореф. дис. канд.мед.наук.- М., 2016.
9. Бездольный Ю.Н.Клинико- эпидемиологические особенности различных форм паркинсонизма. Автореф. дис. канд.мед.наук.- М., 2017.

**ДВИГАТЕЛЬНЫЕ НАРУШЕНИЯ НА
РАННЕЙ, РАЗВЁРНУТОЙ И ПОЗДНЕЙ
СТАДИЯХ БОЛЕЗНИ ПАРКИНСОНА**

П. ГАФФАРОВА, С. САТТАРОВА,
М. ХАМИДУЛЛАЕВА, С.З. ХАКИМОВА,
И.Н. МАМУРОВА

Самаркандский Государственный медицинский институт, Республика Узбекистан, г. Самарканд

У больных с болезнью Паркинсона изучались двигательные нарушения на ранней, развёрнутой и поздней стадии заболевания. Для этого мы использовали шкалу ХЕН-ЯРА и "UPDRS"(унифицированная рейтинговая шкала). В результате было выявлено, что по мере прогрессирования заболевания нарастали как аксиальные двигательные нарушения в конечностях. Однако, при развернутой и поздней стадиях заболевания в пожилом возрасте превалировала выраженность аксиальных двигательных нарушений.

Ключевые слова: болезнь Паркинсона, аксиальные нарушения, двигательные нарушения.