

ОЦЕНКА ОСНОВНЫХ КЛИНИЧЕСКИХ ПРОЯВЛЕНИЙ АКИНЕТИКО-РИГИДНОГО СИНДРОМА В РАМКАХ ПРОВЕДЕНИЯ МЕДИКО-СОЦИАЛЬНОЙ ЭКСПЕРТИЗЫ

Короткий А. А., Голикова В. В., Тишкина Ю. Е.

*Государственное учреждение образования
«Белорусская медицинская академия последипломного образования»,
г. Минск, Республика Беларусь*

Реферат. В настоящее время в мире насчитывается около 7–10 млн человек с болезнью Паркинсона (БП). Предполагается, что эти цифры к 2030 г. вырастут в два раза в связи со старением населения. Так, БП неизбежно приводит к инвалидизации, которая может наступать в разные сроки от момента появления первых симптомов заболевания. Непосредственной причиной установления одной из групп инвалидности могут быть как моторные симптомы БП (гипокинезия, ригидность, тремор, постуральная неустойчивость, нарушение ходьбы), ограничивающие мобильность пациентов и способность к выполнению тонких движений, так и немоторные симптомы (прежде всего психические и вегетативные расстройства). Неуклонно прогрессирующий рост заболеваемости, все еще недостаточная эффективность лечения, тяжелая инвалидизация превращают БП в серьезную социальную проблему, требующую всестороннего и интенсивного изучения.

Ключевые слова: акинетико-ригидный синдром, болезнь Паркинсона, медико-социальная экспертиза.

Введение. На определенном этапе заболевания все пациенты направляются на медико-социальную экспертизу, однако до настоящего времени не разработано единых стандартизированных критериев для определения степени ограничения жизнедеятельности и группы инвалидности у пациентов с БП, что предопределяет возникновение ошибок при определении группы инвалидности, которые в основном связаны с недостаточной оценкой функциональных нарушений, вызываемых заболеванием.

Как показывает практика, пациентам, имеющим одинаковую степень тяжести заболевания, в различных медико-реабилитационных экспертных комиссиях (МРЭК)

зачастую определяются разные группы инвалидности. Ошибочное определение более высокой группы инвалидности нередко объясняется убеждением, что БП всегда является прогрессирующим заболеванием, быстро приводящим к обездвиженности. Более часто встречающееся на практике занижение группы инвалидности может быть связано с недостаточным знанием клинических проявлений заболевания.

Двигательные симптомы БП хорошо известны, диагноз в большинстве случаев не вызывает затруднений. Имеются средства для их достаточно эффективной симптоматической терапии. Тем не менее проведенные в последние годы исследования [1–5]

показали значимость непроизвольной симптоматики БП, ее влияние на качество жизни пациентов и высокие экономические затраты в связи с данным заболеванием.

Немоторными симптомами БП являются депрессия, тревога, апатия, когнитивные нарушения, вегетативные расстройства (запоры, проблемы с мочеиспусканием, ортостатическая гипотензия), нарушения сна, снижение обоняния и др. К сожалению, выявляемость данных симптомов остается невысокой. Например, такие важные для пациента симптомы, как тревога, депрессия и диссомния, не обсуждаются с неврологом более чем в половине случаев [6]. Пациенты часто не предъявляют жалоб немоторного характера во время посещения врача и не связывают их с основным заболеванием. Таким образом, немоторные симптомы БП остаются нераспознанными. Многие из них поддаются коррекции, а в случае отсутствия лечения оказывают значительное отрицательное воздействие на качество жизни пациента. Немоторные симптомы БП являются частой причиной госпитализации пациентов, повышая затраты на лечение в 4 раза [7, 8].

Немоторные симптомы БП возникают как на ранних, так и поздних стадиях заболевания. Такие симптомы, как гипосмия, запоры, поведенческие нарушения REM-фазы сна (REM — rapid eye movement, фаза быстрых движений глаз), боль и депрессия, могут предшествовать двигательным симптомам и постановке диагноза БП [9].

Появление продромальных немоторных симптомов, предшествующих двигательным проявлениям, коррелирует с распространением телец Леви [10, 11]. Н. Braak с соавт. ввели концепцию шести стадий БП [10]. На I стадии происходит дегенерация нейронов обонятельной луковицы и переднего обонятельного ядра, что клинически проявляется гипосмией. На II стадии процесс распространяется на нижние отделы ствола, приводя к развитию нарушений сна, боли, депрессии, когнитивным нарушениям, запорам и другим симптомам. При этом классические двигательные симптомы возникают только на III и IV стадиях, после вовлечения в патологический процесс черного вещества мозга [10, 12].

В связи с этим актуальными являются разработка и внедрение в практику новых критериев оценки ограничения жизнедеятельности у пациентов с БП.

Цель работы — разработка и практическое применение метода медицинской реабилитации и критериев оценки ограничений жизнедеятельности пациентов с акинетико-ригидным синдромом.

Материалы и методы. С целью исследования основных клинических проявлений акинетико-ригидного синдрома у тематических пациентов был проведен анализ результатов исследования 60 пациентов с БП, проявляющейся акинетико-ригидным синдромом, в возрасте от 38 до 98 лет. Критериями включения в группу исследования являются: наличие стойких нарушений функций организма у пациентов с акинетико-ригидным синдромом, приводящих к ограничению жизнедеятельности; статус инвалида (основная группа), а критериями исключения — синдром социальной компенсации; синдром взаимного отягощения. Комплексное клиничко-функциональное исследование было проведено 40 пациентам. Анализ медицинских документов осуществлен данным пациентам, а также еще 20 пациентам на основании ретроспективного изучения медицинской карты пациента медико-реабилитационной экспертной комиссии.

За текущий период были выделены и оценены виды сопутствующей патологии, в том числе усугубляющие имеющиеся ограничения жизнедеятельности у тематических пациентов. Учитывая, что контингент исследования представлен преимущественно лицами старше 60 лет (76,7 %, 95% ДИ: 64,6–85,6), они имели высокий уровень заболеваний системы кровообращения, в частности сердечно-сосудистую патологию и в 91,7 % (95% ДИ: 81,9–96,4) случаев были осмотрены врачом-кардиологом. При этом у 48 (80,0 %, 95% ДИ: 68,2–88,2) пациентов диагностирована артериальная гипертензия (АГ), у 22 (36,7 %, 95% ДИ: 25,6–49,3) — нарушения ритма, у 50 (83,3 %, 72,0–90,7) — хроническая сердечная недостаточность (ХСН), у 19 (31,7 %, 95% ДИ: 21,3–44,2) — стенокардия напряжения, что указывает на их высокую роль в формировании стойких нарушений функций органов и систем организма и усугубляет имеющиеся ограничения жизнедеятельности у данных пациентов.

Статистическая обработка результатов исследования проводилась с использованием стандартного пакета статистического и мате-

матического анализа программного приложения Microsoft Excel, а также с использованием приложения Vassarstats.

Применялись следующие методы описательной статистики. Для показателей, характеризующих качественные признаки, учитывалось абсолютное число, относительная величина в процентах (*p*, %), при расчете погрешности относительной величины использовался 95%-й доверительный интервал (95% ДИ).

Результаты и их обсуждение. В ходе анализа результатов клинико-функционального исследования пациентов, включенных в исследование на данном этапе, были выделены клинические симптомы основного заболевания, которые были представлены следующими формами паркинсонизма:

1) акинетико-ригидно-дрожательная (смешанная); 2) ригидная; 3) акинетико-ригидная; 4) дрожательная; 5) ригидно-дрожательная.

Преобладающее большинство составили пациенты с ригидно-дрожательной — 31 (51,7 %, 95% ДИ: 39,3–63,8) случай и акинетико-ригидной — 20 (33,3 %, 95% ДИ: 22,7–45,9) случаев формами паркинсонизма, в меньшей степени (6,7 %, 95% ДИ: 2,6–15,9) была представлена акинетико-ригидно-дрожательная (смешанная) форма, в 5,0 % (95% ДИ: 1,7–13,7) случаях — дрожательная. Такие формы паркинсонизма, как ригидная и дрожательно-ригидная, были представлены в одном (1,7 %, 95% ДИ: 0,3–8,9) случае. Сводные данные представлены в таблице 1.

Таблица 1 — Процентное и количественное распределение пациентов в зависимости от клинической формы паркинсонизма (*n* = 60)

Клиническая форма	Количество		
	абс.	<i>p</i> , %	95% ДИ
Ригидно-дрожательная	31	51,7	39,3–63,8
Акинетико-ригидная	20	33,3	22,7–45,9
Акинетико-ригидно-дрожательная (смешанная)	4	6,7	2,6–15,9
Дрожательная	3	5,0	1,7–13,7
Ригидная	1	1,7	0,3–8,9
Акинетическая	0	0,0	0–8,8
Дрожательно-ригидная	1	1,7	0,3–8,9

У преобладающего большинства пациентов клинические формы паркинсонизма были представлены ригидно-дрожательным и акинетико-ригидным синдромами, число таких случаев составило 51 (85,0 %, 95% ДИ: 73,9–91,9), что свидетельствует о высокой распространенности данных форм паркинсонизма и их важной роли при формировании стойких нарушений функций органов и систем организма.

У лиц с ригидно-дрожательной формой — 31 (51,7 %, 95% ДИ: 39,3–63,8) пациент, основными моторными проявлениями являлись: мышечная ригидность (равномерное повышение тонуса мышц по пластическому типу), проявляющиеся в виде «симптома зубчатого колеса», «позы манекена», феномена Вестфала. Также характерным моторным проявлением у данной группы лиц являлся тремор (дрожание) покоя, в меньшей степени наблюдалась ги-

покинезия (снижение спонтанной двигательной активности) и поструральная неустойчивость, что зависело от стадии прогрессирования заболевания.

Среди пациентов с акинетико-ригидной формой — 20 (33,3 %, 95% ДИ: 22,7–45,9) человек, основными моторными проявлениями являлись: гипокинезия, при которой отмечается снижение спонтанной двигательной активности, также отмечалась общая скованность, брадикинезия, олигокинезия, шаркающая походка, амимия, микрография, в меньшей степени отмечались моторные симптомы в виде мышечной ригидности.

При оценке моторных нарушений у пациентов с изолированными клиническими формами преобладали соответствующие двигательные симптомы. При ригидной форме основным моторным симптомом являлась мышечная ригидность в виде симптома «зубчатого колеса», позы «манекена», а у паци-

ентов с дрожательной формой — тремор покоя и другие типы тремора (постуральный, интенционный).

При смешанной форме паркинсонизма наблюдались все моторные проявления, ха-

актерные для изолированных форм, сочетающиеся у одного пациента с преобладанием тех или иных двигательных симптомов (акинетических, ригидных, дрожательных). Сводные данные представлены в таблице 2.

Таблица 2 — Процентное и количественное распределение пациентов с различными видами моторных клинических симптомов ($n = 60$)

Моторный симптом	Количество пациентов		
	абс.	$p, \%$	95% ДИ
Мышечная ригидность	57	95,0	86,3–98,3
Симптом «зубчатого колеса»	52	86,7	75,8–93,1
«Поза манекена»	29	48,3	36,2–60,7
Дрожание (тремор покоя)	42	70,0	57,5–80,1
Постуральный тремор	39	65,0	52,4–75,8
Интенционный тремор	36	60,0	47,4–71,4
Гипокинезия	56	93,3	84,1–97,4
Олигобрадикинезия	49	81,7	70,1–89,4
Амимия	44	73,3	61,0–82,9
Микрография	43	71,7	59,2–81,5
Нарушение ходьбы («шаркающая походка»)	51	85,0	73,9–91,9

Как видно из представленного материала, количество и частота встречаемости моторных симптомов у исследованных пациентов достаточно велика, а самыми частыми моторными симптомами являлись: мышечная ригидность — 57 (95,0 %, 95% ДИ: 86,3–98,3) случаев, гипокинезия — 56 (93,3 %, 95% ДИ: 84,1–97,4) случаев, симптом «зубчатого колеса» — 52 (86,7 %, 95% ДИ: 75,8–93,1) случая, нарушение ходьбы («шаркающая походка») — 51 (85,0 %, 95% ДИ: 73,9–91,9) случай, дрожание — 42 (70,0 %, 95% ДИ:

57,5–80,1) случая, что подтверждает их ведущую роль в формировании клинической картины и установлении одной из клинических форм паркинсонизма, приводящих к стойким нарушениям функций органов и систем организма, ограничений жизнедеятельности у исследуемых лиц.

Среди всех исследуемых пациентов ($n = 60$) были проанализированы данные о наличии и степени выраженности стойких нарушений статодинамических функций, что отображено в таблице 3.

Таблица 3 — Процентное и количественное распределение пациентов в зависимости от степени выраженности нарушений статодинамических функций ($n = 60$)

Степень выраженности	Количество пациентов		
	абс.	$p, \%$	95% ДИ
Легкая или незначительная	0	0,0	0,0–6,0
Умеренная	23	38,3	27,1–51,0
Выраженная	23	38,3	27,1–51,0
Резко выраженная	14	23,3	14,4–35,4
Полная утрата функции	0	0,0	0,0–6,0

В ходе исследования была установлена связь и прямая зависимость степени выраженности моторных симптомов и степени выраженности нарушений статодинамических функций. Среди пациентов с резко выраженными нарушениями статодинамических

функций — 14 (23,3 %, 95% ДИ: 14,4–35,4) человек, были выявлены клинические проявления большинства моторных симптомов (мышечная ригидность, симптом «зубчатого колеса», «поза манекена», тремор покоя, постуральный тремор, интенционный тремор,

гипокинезия, олигобрадикинезия, амимия, микрография, нарушение ходьбы (шаркающая походка). В случае с выраженными и умеренно выраженными нарушениями статодинамических функций — 46 (76,7 %, 95% ДИ: 64,6–85,6) человек, чаще других определялись основные (базовые) моторные симптомы: гипокинезия, тремор, мышечная ригидность, постуральная неустойчивость, с меньшей степенью их проявлений.

Для количественной оценки степени выраженности моторных симптомов при паркинсонизме целесообразно использовать клиничко-неврологическое исследование при

помощи шкалы Хён и Яра, шкалы равновесия и двигательной активности (англ. *Tinetti Balance and Mobility Scale — TBMS*), унифицированной рейтинговой шкалы БП (UPDRS). Тестирование по шкалам необходимо осуществлять в состояниях наилучшей (оп-медикаментозное состояние) и наихудшей (off-медикаментозное состояние) двигательной активности.

В ходе исследования все пациенты ($n = 60$) были распределены в зависимости от стадии прогрессирования заболевания по Хён и Яру и определения одной из групп инвалидности, что отображено в таблице 4.

Таблица 4 — Распределение тематических пациентов по Хён и Яру в зависимости от определения одной из групп инвалидности ($n = 60$)

Группа инвалидности	Стадии по Хён и Яру				
	1-я	2-я	3-я	4-я	5-я
	абс. (95% ДИ)				
1-я	—	2 (0,9–11,4)	10 (9,3–28,0)	4 (2,6–15,9)	1 (0,3–8,7)
2-я	1 (0,3–8,7)	9 (8,1–26,1)	17 (18,5–40,8)	1 (0,3–8,7)	—
3-я	1 (0,3–8,7)	12 (11,8–31,8)	2 (0,9–11,4)	—	—
Не установлена	—	—	—	—	—
Итого	2 (100,0)	23 (100,0)	29 (100,0)	5 (100,0)	1 (100,0)

Результаты исследования, как видно из таблицы 4, показали, что у пациентов со 2-й стадией заболевания по Хён и Яру была определена 3-я группа инвалидности — в 12 (20,0 %, 95% ДИ: 11,8–31,8) случаях, 2-я группа инвалидности — в 9 (15,0 %, 95% ДИ: 8,1–26,1) случаях, в двух (3,3 %, 95% ДИ: 0,9–11,4) случаях была определена 1-я группа инвалидности. У пациентов с 3-й стадией заболевания по Хён и Яру в 17 (28,3 %, 95% ДИ: 18,5–40,8) случаях была определена 2-я группа инвалидности, в 10 (16,7 %, 95% ДИ: 9,3–28,0) случаях — 1-я группа, в двух (3,3 %, 95% ДИ: 0,9–11,4) случаях — 3-я группа. У пациентов с 4-й стадией заболевания по Хён и Яру в 4 (6,7 %, 95% ДИ: 2,6–15,9) случаях была определена 1-я группа инвалидности, в одном (1,7 %, 95% ДИ: 0,3–8,7) случае — 2-я группа. У двух (3,3 %, 95% ДИ: 0,9–11,4) пациентов с 1-й стадией заболевания по Хён и Яру определялась 2-я и 3-я группы инвалидности соответственно. У одного пациента (1,7 %, 95% ДИ: 0,3–8,7) с 5-й стадией заболевания по Хён и Яру определялась 1-я группа инвалидности.

Следовательно, тематическим пациентам наиболее часто определялась 2-я группа инвалидности — 28 (46,7 %, 95% ДИ: 34,6–59,1) случаев, при этом у них была диагностирована 1, 2, 3, 4-я стадии заболевания по Хён и Яру.

В ходе исследования были выделены для анализа основные немоторные симптомы, которые были представлены следующими психическими нарушениями: 1) дисциркуляторная энцефалопатия; 2) когнитивное снижение; 3) органическое расстройство личности; 4) органическое бредовое расстройство; 5) органическое эмоционально-лабильное (астеническое) расстройство.

Преобладающее большинство составили пациенты с дисциркуляторной энцефалопатией с различной степенью когнитивного снижения — 22 (36,7 %, 95% ДИ: 25,6–49,3) случая и в 10 (16,7 %, 95% ДИ: 9,3–28,0) случаях — органическое астеническое расстройство, в трех (5,0 %, 95% ДИ: 1,7–13,7) случаях — органическое расстройство личности, в трех (5,0 %, 95% ДИ: 1,7–13,7) случаях — легкое когнитивное снижение. Такие психические нарушения как умеренное когнитивное снижение, выра-

женное когнитивное снижение, резко выраженное когнитивное снижение, органическое бредовое расстройство, органическое тревожное расстройство, деменция при болезни Пар-

кинсона встречались в единичных случаях. В 16 (10,0 %, 95% ДИ: 4,7–20,2) случаях психических нарушений не выявлено. Сводные данные представлены в таблице 5.

Таблица 5 — Процентное и количественное распределение пациентов в зависимости от вида психических нарушений ($n = 60$)

Психическое нарушение	Количество пациентов		
	абс.	p , %	95% ДИ
Органическое расстройство личности	3	5,0	1,7–13,7
Умеренное когнитивное снижение	1	1,7	0,3–8,9
Легкое когнитивное снижение	3	5,0	1,7–13,7
Выраженное когнитивное снижение	1	1,7	0,3–8,9
Резко выраженное когнитивное снижение	1	1,7	0,3–8,9
Органическое астеническое расстройство	10	16,7	9,3–28,0
Дисциркуляторная энцефалопатия	22	36,7	25,6–49,3
Органическое бредовое расстройство	1	1,7	0,3–8,9
Органическое тревожное расстройство	1	1,7	0,3–8,9
Деменция при БП	1	1,7	0,3–8,9
Без психических нарушений	16	26,7	17,1–39,0

У преобладающего большинства пациентов психические нарушения были представлены в виде дисциркуляторной энцефалопатии и органического астенического расстройства. Число таких случаев составило 32 (53,3 %, 95% ДИ: 40,9–65,4) человека, что свидетельствует о высокой распространенности данных форм психических нарушений среди немоторных симптомов у данного контингента.

При оценке немоторных нарушений у тематических пациентов преобладали соответствующие психические и вегетативные

расстройства. У пациентов с психическими расстройствами отмечалось когнитивное снижение, органическое расстройство личности, органическое тревожное расстройство, органическое бредовое расстройство, деменция при болезни Паркинсона, вегетативные расстройства отмечались в виде запоров, нарушения мочеиспускания, ортостатической гипотензии.

Также были выделены такие немоторные симптомы, как депрессия, тревога, апатия, нарушения сна, снижение обоняния. Сводные данные представлены в таблице 6.

Таблица 6 — Процентное и количественное распределение пациентов с немоторными клиническими симптомами ($n = 60$)

Немоторный симптом	Количество пациентов		
	абс.	p , %	95% ДИ
Когнитивное снижение	38	63,3	50,7–74,4
Органическое расстройство	16	26,7	17,1–39,0
Дисциркуляторная энцефалопатия	22	36,7	25,6–49,3
Запоры	17	28,3	18,5–40,8
Нарушения мочеиспускания	18	30,0	19,9–42,5
Ортостатическая гипотензия	24	40,0	28,6–52,6
Депрессия	40	66,7	54,1–77,3
Тревога	27	45,0	33,1–57,5
Апатия	26	43,3	31,6–55,9
Нарушение сна	46	76,7	64,6–85,6
Гипосмия	23	38,3	27,1–51,0

Как видно из представленного материала в таблице 6, количество и частота встречаемости немоторных симптомов у исследованных пациентов достаточно велика, а самыми частыми немоторными симптомами являлись: нарушение сна — 46 (76,7 %, 95% ДИ: 64,6–85,6) случаев, депрессия — 40 (66,7 %, 95% ДИ: 54,1–77,3) случаев, когнитивное снижение — 38 (63,3 %, 95% ДИ: 50,7–74,4) случаев, что подтверждает их ведущую роль в формировании клинической картины и качества жизни пациентов.

Продолжительность доклинической стадии при различных формах паркинсонизма может составлять от 3 до 6 и более лет. Появление двигательных симптомов сопряжено с гибелью 50,0–80,0 % дофаминергических нейронов черной субстанции. В связи с этим доклиническая стадия получила название «премораторная». Премораторная стадия проявляется неспецифическими немоторными симптомами: запоры, гипосмия, синдром

беспокойных ног и т. д., именно поэтому диагностика данной стадии в настоящее время является крайне затруднительной. В результате постановка диагноза одной из форм паркинсонизма и начало терапии происходят, когда более половины дофаминергических нейронов погибло, хотя они являются основными мишенями, на которые направлено лечение.

Доклиническая диагностика позволила бы начать превентивное лечение, сохранив большую часть нейронов черной субстанции, тем самым повышая эффективность лечения, качество жизни и отдаляя двигательный дефект, благодаря чему инвалидизация пациентов была бы сведена к минимуму.

Среди всех исследуемых пациентов ($n = 60$) были проанализированы данные о наличии и степени выраженности стойких нарушений психических функций, что отражено в таблице 7.

Таблица 7 — Процентное и количественное распределение пациентов в зависимости от степени выраженности нарушений психических функций ($n = 33$)

Степень выраженности	Количество пациентов		
	абс.	<i>p</i> , %	95% ДИ
Легкие или незначительные	12	36,4	22,2–53,4
Умеренные	11	33,3	19,8–50,4
Выраженные	4	12,1	4,8–27,3
Резко выраженные	6	18,2	8,6–34,4

Выявлено, что большинство пациентов имели легкие или незначительные нарушения психических функций (36,4 %, 95% ДИ: 22,2–53,4), у 11 (33,3 %, 95% ДИ: 19,8–50,4) были выявлены умеренные нарушения. В 4 (12,1 %, 95% ДИ: 4,8–27,3) и 6 (18,2 %, 95% ДИ: 8,6–34,4) случаях — выраженные и резко выраженные нарушения психических функций соответственно.

Все тематические пациенты были распределены на группы в зависимости от степени выраженности ограничения жизнедеятельности в категории способность контролировать свое поведение: 1) пациенты с резко выраженным ограничением способности контролировать свое поведение — 8 (от 76 % до 100 %) человек; 2) пациенты с выраженным ограничением — 5 (от 51 % до 75 %) человек; 3) пациенты с умеренным ограничением — 9 (от 26 % до 50 %) человек; 3) пациенты с

легким ограничением — 12 (от 1 % до 25 %) человек, что отражено в таблице 8.

В ходе исследования выявлено, что среди пациентов тематической группы преобладали случаи легкого, умеренного и резко выраженного ограничения способности контролировать свое поведение — 29 (48,3 %, 95% ДИ: 36,2–60,7) человек, которым была определена одна из групп инвалидности.

Таблица 8 — Процентное и количественное распределение пациентов в зависимости от степени выраженности ограничения способности контролировать свое поведение ($n = 60$)

Степень выраженности	Количество пациентов		
	абс.	<i>p</i> , %	95% ДИ
Легкое	12	20,0	11,8–31,8
Умеренное	9	15,0	8,1–26,1
Выраженное	5	8,3	3,6–18,1
Резко выраженное	8	13,3	6,9–24,2

Выделяют социально дезадаптирующие немоторные симптомы (нарушение мочеиспускания и ортостатическая гипотензия) и социально не дезадаптирующие немоторные симптомы (запоры, себорея, сиалорея, снижение массы тела, нарушение терморегуляции и потоотделения, нарушение зрачковой иннервации).

Ряд авторов выделяют малосимптомные (нарушение аккомодации и иннервации зрачка, нарушение пото- и слезоотделения), приносящие неудобства в повседневной жизни (себорея, гиперсаливация, нарушение терморегуляции) и нарушающие витальные функции немоторные симптомы (аритмия, запоры с развитием кишечной непроходимости).

Заключение. Таким образом, анализ результатов основных клинических проявлений у 60 тематических пациентов показал, что у преобладающего большинства пациентов (85,0 %, 95% ДИ: 73,9–91,9) клинические формы паркинсонизма были представлены ригидно-дрожательным и акинетико-ригидным синдромами.

Сопутствующую сердечно-сосудистую патологию, имеющуюся у тематических пациентов, можно разделить на 4 основных класса: АГ, нарушения ритма, ХСН и стенокардия.

Анализ результатов оценки ограничений жизнедеятельности у 60 пациентов с акинетико-ригидным синдромом позволил установить, что имеющаяся у них основная и сопутствующая патология приводила в 100,0 % (95% ДИ: 91,2–100,0) случаев к нарушению статодинамической функции, степень выраженности которой являлась критерием для установления одной из групп инвалидности.

В ходе исследования установлено, что всем тематическим пациентам с акинетико-ригидным синдромом и другими клиническими формами паркинсонизма ($n = 60$) в целях оценки функционирования был проведен минимальный стандартный объем исследований, не всегда позволяющий объективизировать состояние пациента при направлении на медико-социальную экспертизу.

Список цитированных источников

1. Predictors of nursing home placement in Parkinson's disease: a population-based, prospective study / D. Aarsland [et al.] // *J. Am. Geriatr. Soc.* — 2000. — Vol. 48, № 1. — P. 938–942.
2. Direct economic impact of Parkinson's disease: a research survey in the United Kingdom / L. Findley [et al.] // *Mov. Disord.* — 2003. — Vol. 18, № 1. — P. 1139–1145.
3. Global Parkinson's Disease Survey Steering Committee. Factors impacting on quality of life in Parkinson's disease: results from an international survey // *Mov. Disord.* — 2002. — Vol. 17, № 1. — P. 60–67.
4. MacMahon, D. Why excessive daytime sleepiness is an important issue in Parkinson's disease / D. MacMahon // *Adv. Clin. Neurol. Rehab.* — 2005. — Vol. 5, № 1. — P. 46–49.
5. Prospective study of phobic anxiety and risk of Parkinson's disease / M. Weisskopf [et al.] // *Mov. Disord.* — 2003. — Vol. 18, № 1. — P. 646–651.
6. Anxiety and depressive disorders preceding Parkinson's disease: a case-control study / M. Shiba [et al.] // *Mov. Disord.* — 2000. — Vol. 15, № 6. — P. 669–677.
7. The non motor symptoms of Parkinson's disease. Diagnosis and management / K. Chaudhuri [et al.] // *Lancet Neurol.* — 2006. — Vol. 5, № 4. — P. 235–245.
8. Resource use and costs in a Swedish cohort of patients with Parkinson's disease / P. Hagell [et al.] // *Mov. Disord.* — 2002. — Vol. 17, № 3. — P. 1213–1220.
9. Naidu, Y. Early Parkinson's disease and non motor issues / Y. Naidu, K. Chaudhuri // *J. Neurol.* — 2008. — Vol. 255, № 1. — P. 33–38.
10. Staging of brain pathology related to sporadic Parkinson's disease / H. Braak [et al.] // *Neurobiol. Aging.* — 2003. — Vol. 24, № 1. — P. 197–210.
11. Nonmotor fluctuations in Parkinson's disease: frequent and disabling / T. Witjas [et al.] // *Neurology.* — 2002. — Vol. 59, № 2. — P. 408–413.
12. Idiopathic Parkinson's disease: Staging an a-synucleinopathy with a predictable pathoanatomy. Molecular mechanisms in Parkinson's disease / K. Del Tredici [et al.] // *Georgetown, TX: Landes Bioscience.* — 2000. — Vol. 51, № 4. — P. 324–330.

Assessment of the main clinical manifestations of akinetic rigid syndrome

Korotkii A. A., Golikova V. V., Thishkina Y. E.

The Belarusian Medical Academy of Postgraduate Education, Minsk, Republic of Belarus

Currently, there are about 7–10 million people with Parkinson's disease in the world. These figures are expected to double by 2030 due to the aging of the population. Parkinson's disease inevitably leads to disability, which can occur at different times from the onset of the first symptoms of the disease. The direct cause of the establishment of one of the disability groups can be both motor symptoms of Parkinson's disease (hypokinesia, rigidity, tremor, postural instability, impaired walking), which limit patient mobility and the ability to perform fine movements, and non-motor symptoms (primarily mental and autonomic disorders). Steadily progressing growth of morbidity, still insufficient effectiveness of treatment, severe disability turn Parkinson's disease into a serious social problem that requires comprehensive and intensive study.

Keywords: Akinetic-rigid syndrome, Parkinson's disease, medical assessment.

Поступила 22.06.2023