

*Д.А. Пыж, О.В. Устинович*  
**ОЦЕНКА НЕКОТОРЫХ НЕМОТОРНЫХ СИМПТОМОВ У ПАЦИЕНТОВ  
С БОЛЕЗНЬЮ ПАРКИНСОНА**

*Научный руководитель: канд. мед. наук, доц. А.Г. Байда*  
*Кафедра неврологии и нейрохирургии*  
*Белорусский государственный медицинский университет, г. Минск*

*D.A. Pyzh, O.V. Ustinovich*  
**ASSESSMENT OF SOME NON-MOTOR SYMPTOMS IN PATIENTS  
WITH PARKINSON'S DISEASE**

*Tutor: assistant professor A.G. Baida*  
*Department of Neurology and Neurosurgical Diseases*  
*Belarusian State Medical University, Minsk*

**Резюме.** Развитие немоторных симптомов у пациентов с болезнью Паркинсона, имеющих разнообразные клинические проявления, представляют особый интерес, так как являются наиболее инвалидизирующими и распространёнными среди пациентов с данной патологией.

**Ключевые слова:** Болезнь Паркинсона, качество жизни, немоторные расстройства.

**Resume.** The development of non-motor symptoms in patients with Parkinson's disease, which have a variety of clinical manifestations, is of particular interest, since they are the most disabling and common among patients with this pathology.

**Keywords:** Parkinson's disease, quality of life, non-motor disorders.

**Актуальность.** Болезнь Паркинсона (БП) - неуклонно прогрессирующее нейродегенеративное заболевание, в основе которого лежит преимущественное поражение дофаминергических нейронов черной субстанции, проявляющееся сочетанием гипокинезии с мышечной ригидностью, дрожанием, постуральной неустойчивостью, а также широким спектром немоторных проявлений [4].

БП поражает около 0,3% населения в развитых странах, а ее распространенность среди лиц в возрасте старше 65 лет составляет 3% [2]. Заболевание встречается среди населения всех континентов земного шара. Частота его, по данным разных авторов, колеблется от 60 до 140 на 100 000 населения, значительно увеличиваясь с возрастом [3]. К факторам риска относится старение, однако болезнь может также поражать лиц более молодого возраста. Начало заболевания чаще всего относится к возрасту 55-60 лет; изредка заболевание может развиваться в возрасте до 40 лет или до 20 лет (ювенильный паркинсонизм). Заболеванием чаще страдают мужчины, чем женщины.

Болезнь Паркинсона является следствием сложного взаимодействия между генетическими факторами и факторами окружающей среды, влияющими на человека в течение жизни, такими как пестициды, растворители и загрязнение воздуха.

Немоторные симптомы (НМС) достоверно влияют на качество жизни пациентов, их выраженность и структура значительно изменяется от ранней к поздней стадии БП, и они являются следствием нейродегенеративного процесса, присущего БП. В настоящее время обсуждается роль НМС в качестве маркеров групп риска по БП, а в дальнейшем их использование для оценки и прогноза развития заболевания

[4]. Около 62% пациентов с БП не говорят своему лечащему врачу-неврологу о таких проблемах, как апатия, боль, сексуальная дисфункция, недержание кала, двоение изображений, нарушение сна, парасомнии, не зная, что возможна связь этих симптомов с БП. Кроме того, в половине случаев врачи сами не выявляют эти симптомы в ходе обследования. В то же время именно немоторные симптомы в 21% случаев оказываются первыми проявлениями заболевания, но нередко остаются незамеченными. Будучи недиагностированными, эти симптомы нарастают, приводя к частым госпитализациям и снижая качество жизни. Доказано, что именно немоторные симптомы в большей степени определяют качество жизни пациентов и ухаживающих за ними лиц[1].

**Цель:** изучить клинические особенности некоторых немоторных симптомов у пациентов с болезнью Паркинсона и их влияние на показатели качества жизни.

**Задачи:**

1. Изучить степень выраженности немоторных проявлений заболевания (когнитивных, речевых расстройств, нарушения качества сна) в группе исследования у пациентов с БП.

2. Оценить влияние немоторных симптомов заболевания на физическую и психологическую составляющую здоровья.

**Материалы и методы.** Обследованы 20 пациентов с БП (стадии 1,0 -3,0 по шкале Хен-Яра). Работа выполнена на базе неврологического отделения ГУ «Минский научно-практический центр хирургии, трансплантологии и гематологии» г. Минска. Исследование проводилось методом клинического интервью при помощи валидных опросников: SF-36 (для оценки показателей качества жизни пациентов), MoCA (для оценки когнитивных функций), PSQI (для оценки качества сна), FSS (шкала градации степени тяжести усталости). Изучены схемы терапии у пациентов в группе исследования.

Статистическую обработку данных проводили с помощью программ Microsoft Excel и Statistica (версия 10.0).

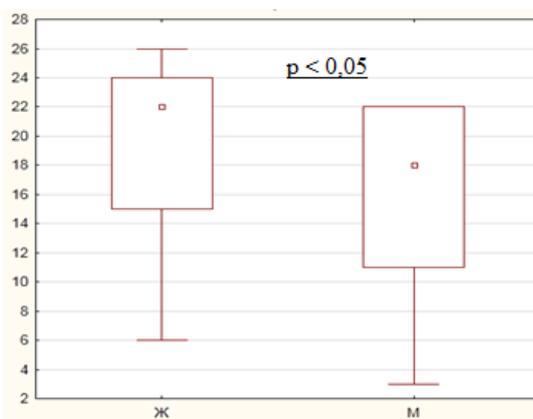
**Результаты и их обсуждение.** Средний возраст пациентов в группе исследования с БП составил  $72,88 \pm 6,79$  года; женщин - 58,82%, мужчин - 41,18%. Формы заболевания у пациентов в группе исследования: акинетико-ригидная форма - 47%; ригидно-дрожательная форма - 47%; дрожательная форма - 6%. Средняя продолжительность болезни у пациентов составила  $7,59 \pm 3,43$  года. Стадия заболевания по шкале Хен-Яра у пациентов в среднем составила  $2,35 \pm 0,66$ .

Нарушения когнитивных функций выявлены у 94% пациентов с БП. Средний балл по Монреальской шкале оценки когнитивных функций составил  $18,12 \pm 6,46$  (из тридцати возможных) (статистическая значимость  $p < 0,05$ ), что представлено на рисунке 1.

Определены следующие речевые нарушения в группе обследованных: у 17,65% пациентов выявлены очень лёгкие нарушения речи, у 29,41% выявлены лёгкие нарушения речи; у 29,41% пациентов выявлены умеренные нарушения речи; у 23,53% пациентов отсутствуют какие-либо нарушения речи.

Проведена оценка физического (PH) и психологического (MH) компонентов здоровья по шкале качества жизни SF-36. Среднее значение психологического компонента составило 47,5 из 100 возможных баллов, у мужчин  $51,39 \pm 8,04$ , у женщин  $44,83 \pm 14,66$ ; среднее значение физического компонента составило 36,01 баллов, у мужчин  $38,58 \pm 6,90$ , у женщин  $34,22 \pm 12,87$ .

Опросник PSQI для оценки качества сна выявил трудности с засыпанием у 41,2% пациентов. Расстройства сна были представлены нарушениями структуры и фрагментарностью сна (частыми пробуждениями), снижением общей продолжительности сна.



**Рис. 1** – Оценка когнитивных функций по Монреальской шкале в группе исследования среди мужчин и женщин соответственно

### Выводы:

1. При БП немоторные симптомы, такие как когнитивные, речевые расстройства, нарушения качества сна, затрагивают как физическую, так и психологическую составляющую здоровья.

2. Коррекция выявленных немоторных нарушений должна быть частью мультидисциплинарного подхода к ведению пациентов с БП, которым необходима программа индивидуальной реабилитации, планирование подходов к фармакологической терапии, и позволит уже на ранних стадиях болезни начинать болезнь-модифицирующее лечение.

### Литература

1. Радюк, М.А. Немоторные проявления болезни Паркинсона / М.А. Радюк, С.Н. Светозарский, С.В. Копишинская // Журнал Медицинский альманах. – 2017. - Спецвыпуск. - №3. С.54-58.

2. Клинические особенности, диагностика и лечение когнитивных расстройств при болезни Паркинсона / Г.Н. Ахмадеева, Р.В. Магжанов, Г.Н. Таюпова, А.Р. Байтимеров // Неврология, нейропсихиатрия, психосоматика. - 2017. - С. 101-105.

3. Пилипович, А.А. Влияние моторных и вегетативных нарушений на выраженность болевого синдрома у пациентов с I – III стадиями болезни Паркинсона / А.А. Пилипович, О.В. Воробьева // Журнал неврологии и психиатрии им. С.С. Корсакова. – 2023. – Т.123. - №4. - С. 59 - 67.

4. Гельпей, М. А. Современные представления о структуре немоторных симптомов при болезни Паркинсона и их взаимосвязи с основными характеристиками заболевания / М. А. Гельпей, З. А. Гончарова, Е. А. Рабаданова. // Молодой ученый. - 2017. - № 7 (141). - С. 135-138.