

# **Взаимосвязь тяжести основных клинических проявлений болезни Паркинсона и статодинамических нарушений**

Короткий А.А., Смычек В.Б.

УО «Белорусский государственный медицинский университет»,  
г. Минск, Республика Беларусь

РНПЦ медицинской экспертизы и реабилитации,  
г. Минск, Республика Беларусь

**Введение.** Распространенность и заболеваемость болезни Паркинсона неуклонно увеличиваются с возрастом. Среди лиц старше 60 лет распространенность достигает 1%, а в возрасте 80 лет болезни Паркинсона встречается у каждого 25 [1, 2].

**Цель исследования.** Выделить основные клинические симптомы при различных формах паркинсонизма, проанализировать взаимосвязь степени

выраженности моторных симптомов и нарушений статодинамической функции у пациентов с болезнью Паркинсона.

**Материалы и методы исследования.** Объектом исследования явилось 40 пациентов с акинетико-риgidным синдромом (основная группа) в возрасте от 47 до 87 лет. Критериями включения в группу исследования являются: наличие стойких нарушений функций организма у пациентов с акинетико-риgidным синдромом, приводящих к ограничению жизнедеятельности, статус инвалид (основная группа), а критериями исключения – синдром социальной компенсации, синдром взаимного отягощения.

**Результаты исследования.** В ходе анализа результатов клинико-функционального исследования пациентов, были выделены клинические симптомы основного заболевания, которые были представлены следующими формами паркинсонизма: 1) акинетико-риgidно-дрожательная (смешанная), 2) ригидная, 3) акинетико-риgidная, 4) дрожательная, 5) ригидно-дрожательная.

Преобладающее большинство составили пациенты с ригидно-дрожательной формой – 19 случаев (47,5%, 95ДИ: 32,9–62,5) и в 14 (35,0%, 95ДИ: 22,1–50,5) случаях – акинетико-риgidная форма, в меньшей степени, в 4 (10,0%, 95ДИ: 4,0–23,1) случаях была представлена акинетико-риgidно-дрожательная (смешанная) форма, в 2 (5,0%, 95ДИ: 1,4–16,5) случаях – дрожательная. Такая форма паркинсонизма как ригидная, была представлена в 1 (2,5%, 95ДИ: 0,4–12,9) случае. Сводные данные представлены в таблице 1.

Таблица 1 – Процентное и количественное распределение пациентов в зависимости от клинической формы паркинсонизма (n=40)

Клиническая форма	Количество		
	абс.	P, %	95ДИ
Ригидно-дрожательная	19	47,5	32,9–62,5
Акинетико-риgidная	14	35,0	22,1–50,5
Акинетико-риgidно-дрожательная (смешанная)	4	10,0	4,0–23,1
Дрожательная	2	5,0	1,4–16,5
Ригидная	1	2,5	0,4–12,9
Акинетическая	0	0,0	0–8,8
Дрожательно-риgidная	0	0,0	0–8,8

Как видно из таблицы 1, у лиц с ригидно-дрожательной формой – 19 человек (47,5%, 95ДИ: 32,9–62,5) 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 трепет (дрожание) покоя, в меньшей степени наблюдалась гипокинезия (снижение спонтанной двигательной активности) и постуральная неустойчивость, что зависело от стадии прогрессирования заболевания.

Среди пациентов с акинетико-риgidной формой – 14 (35,0%, 95ДИ: 22,1–50,5) 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 пациентов с дрожательной формой – трепет покоя и другие типы трепета (постуральный, интенционный).

При смешанной форме паркинсонизма наблюдались все моторные проявления, характерные 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 случаев различных видов моторных клинических симптомов у 40 тематических пациентов (n=40)

Моторные симптомы	Количество		
	абс.	P, %	95ДИ
Мышечная ригидность	38	95,0	83,5–98,6
Симптом «зубчатого колеса»	34	85,0	70,9–92,9
«Поза манекена»	17	42,5	28,5–57,8
Дрожание (трепет покоя)	35	87,5	73,9–94,5
Постуральный трепет	26	65,0	49,5–77,9
Интенционный трепет	24	60,0	44,6–73,7
Гипокинезия	36	90,0	77,0–96,0
Олигобрадикинезия	29	72,5	57,2–83,9
Амимия	32	80,0	65,2–89,5
Микрография	33	82,5	68,1–91,3
Нарушение ходьбы («шаркающая походка»)	34	85,0	70,9–92,9

Как видно из представленного материала, количество и частота встречаемости моторных симптомов у исследованных пациентов достаточно велика, а самыми частыми моторными симптомами являлись: мышечная ригидность (95,0%, 95ДИ: 83,5–98,6) – 38 случаев, гипокинезия (90,0%, 95ДИ: 77,0–96,0) – 36 случаев, симптом «зубчатого колеса» (85,0%, 95ДИ: 70,9–92,9) – 34 случая, нарушение ходьбы («шаркающая походка») (85,0%, 95ДИ: 70,9–92,9) – 34 случая, дрожание (87,5%, 95ДИ: 73,9–94,5) – 35 случаев, 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 (40 чел.) были проанализированы данные о наличии и степени выраженности стойких нарушений статодинамической функции, что отображено в таблице 3.

Таблица 3 – Процентное и количественное распределение пациентов в зависимости от степени выраженности нарушений статодинамических функций (n=40)

Нарушение статодинамических функций (степень выраженности)	Количество		
	абс.	P, %	95ДИ
Легкие или незначительные	0	0,0	0,0–8,8
Умеренные	12	30,0	18,1–45,4
Выраженные	19	47,5	32,9–62,5
Резко выраженные	9	22,5	12,3–37,5
Полная потеря функции	0	0,0	0,0–8,8

Среди пациентов с резко выраженным нарушениями статодинамических функций – 9 (22,5%, 95ДИ: 12,3–37,5) человек, были выявлены клинические проявления большинства моторных симптомов (мышечная ригидность, с-м «зубчатого колеса», «поза манекена», тремор покоя, постуральный тремор, интенционный тремор, гипокинезия, олигобрадикинезия, амимия микрография, нарушение ходьбы («шаркающая походка»)). В случае с выраженным и умеренно выраженным нарушениями статодинамических функций – 31 (77,5%, 95ДИ: 62,5–87,7) человек, чаще других определялись основные (базовые) моторные симптомы: гипокинезия, тремор, мышечная ригидность, постуральная неустойчивость, с меньшей степенью их проявлений.

**Выводы.** Преобладающее большинство пациентов было представлено двумя клиническими формами: ригидно-дрожательной и акинетико-

ригидной, число таких случаев составило 33 (82,5%, 95ДИ: 68,1–91,3) человек, что свидетельствует о высокой распространенности данных форм паркинсонизма и часто встречаемых моторных проявлениях у данного контингента. У лиц с ригидно-дрожательной формой основными моторными проявлениями являлись: мышечная ригидность (равномерное повышение тонауса мышц по пластическому типу), проявляющиеся в виде «симптома зубчатого колеса», «позы манекена», феномена Вестфала и трепет (дрожание) покоя. Среди пациентов с акинетико-ригидной формой основными моторными проявлениями являлись: гипокинезия, общая скованность, брадикинезия, олигокинезия, «шаркающая походка», амимия, микрография. В ходе исследования была установлена связь и прямая зависимость степени выраженности моторных симптомов и определения степени выраженности нарушений статодинамической функции. Для количественной оценки степени выраженности моторных симптомов при паркинсонизме целесообразно использовать клинико-неврологическое исследование при помощи шкалы Хен 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 (он-медикаментозное состояние) и наихудшей (off-медикаментозное) двигательной активности.

### **Литература**

1. Projected number of people with Parkinson disease in the most populous nations 2005 through 2030 / E.R. Dorsey [et al] // Neurology. – 2007. – Vol.68, №5. – P. 384-386.
2. Heterogeneity in male to female risk for Parkinson's disease / K.S. Taylor [et al] // J Neurol Neurosurg Psychiatry. – 2007. – Vol.78, №8. – P. 905-906.

МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РЕСПУБЛИКИ БЕЛАРУСЬ

Государственное учреждение  
«РЕСПУБЛИКАНСКИЙ НАУЧНО-ПРАКТИЧЕСКИЙ ЦЕНТР  
МЕДИЦИНСКОЙ ЭКСПЕРТИЗЫ И РЕАБИЛИТАЦИИ»

# МЕДИКО-СОЦИАЛЬНАЯ ЭКСПЕРТИЗА И РЕАБИЛИТАЦИЯ

Сборник научных статей

*Основан в 1999 году*

Выпуск 26

Под общей редакцией заслуженного деятеля науки Республики Беларусь,  
доктора медицинских наук, профессора В. Б. Смычка

Минск  
«Колорград»  
2024