

УДК 616.858-008.6:616.895.8-07

*Д. Ю. Сайко***КЛИНИКО-ПСИХОПАТОЛОГИЧЕСКАЯ СТРУКТУРА ЭНДОГЕННЫХ ДЕПРЕССИЙ ПРИ БОЛЕЗНИ ПАРКИНСОНА**

ГУ «Институт неврологии, психиатрии и наркологии НАМН Украины», г. Харьков

Ключевые слова: рекуррентное аффективное расстройство, болезнь Паркинсона, клинико-психопатологические особенности

В последнее время, все большее внимание мировой общественности уделяется болезни Паркинсона. Паркинсонизм – широко распространенное заболевание, поражающее людей на пике их профессиональной и творческой деятельности, известно немало случаев данного заболевания у знаменитых личностей. По статистике приблизительно 2 из 1000 человек страдают болезнью Паркинсона. Около 1% взрослого населения Европы в возрасте до 60 лет поражено паркинсонизмом, в группе 60-80 летних лиц этот показатель доходит до 5-10%, а среди лиц старше 80 лет – свыше 20% [4,6]. Число случаев заболевания неуклонно растет, что связано в первую очередь с ростом продолжительности жизни, увеличением количества пожилых людей в структуре общества и неблагоприятными экологическими факторами.

Примерно у половины пациентов с болезнью Паркинсона (по данным разных авторов от 40 до 90% случаев) отмечаются проявления депрессии [1-3,7-11]. Наличие депрессии значительно усугубляет течение и прогноз болезни Паркинсона, снижает качество жизни пациентов, ускоряет формирование инвалидности и способствует увеличению суицидального поведения больных [2,5]. Однако данные расстройства часто не диагностируются, что лишает пациентов адекватной терапии. Диагностика депрессивных расстройств осложняется их клинической схожестью («перекрываемостью») с некоторыми двигательными и недвигательными проявлениями болезни Паркинсона, а также частой коморбидностью [6]. В связи с чем одной из приоритетных задач современной психиатрии является изучение особенностей протекания и формирования депрессивной патологии у больных паркинсонизмом для разработки критериев ее ранней диагностики.

Целью данного исследования было изучение клинико-психопатологических особенностей

эндогенных депрессивных расстройств у больных с болезнью Паркинсона.

Основную группу исследования составили 36 больных болезнью Паркинсона, у которых диагностировалось рекуррентное аффективное расстройство, депрессия F33.0-33.1., контрольную группу – 76 больных болезнью Паркинсона без признаков психических нарушений.

Для реализации цели исследования использовались клинико-психопатологический метод, включающий оценку психического состояния больного; и психометрические методы: шкала оценки позитивной и негативной симптоматики (PANSS), шкала Монтомери-Асберга (MADRS), клиническая шкала оценки тревоги (CAS), краткая шкала оценки психического статуса (Mini Mental State Examination – MMSE), рейтинговая шкала оценки болезни Паркинсона (MDS-UPDRS).

По данным проведенного исследования эндогенные депрессивные расстройства в виде рекуррентного аффективного расстройства F33.0-33.1., в структуре психической патологии больных болезнью Паркинсона регистрировались в 12,1% случаев. Средний возраст больных паркинсонизмом с рекуррентным аффективным расстройством, депрессией F33.0-33.1 составлял $62,6 \pm 2,1$ лет, а длительность заболевания – $2,4 \pm 2,1$ лет (при $p < 0,05$). Незначительная длительность заболевания болезнью Паркинсона, отсутствие явных признаков участия психогенных факторов в формировании депрессии F33.0-33.1, наличие в анамнезе больных явных признаков сниженного настроения (в 77,8% случаев) и факт первичного установления диагноза болезни Паркинсона на фоне депрессивных расстройств (в 30,6% случаев) свидетельствовал в пользу эндогенного происхождения депрессии F33.0-33.1.

Анализ синдромального проявления рекуррентного аффективного расстройства, депрессии

F33.0-33.1 у больных паркинсонизмом продемонстрировал преимущественное доминирование тоскливого (меланхолического) синдрома (в 52,8% случаев). Данный синдромальный вариант депрессии у больных паркинсонизмом характеризовался тоскливым настроением, утратой эмоционального резонанса с окружающими, идеаторной и моторной заторможенностью, не превышающей субступорозного уровня, витальностью аффекта. На фоне снижения настроения и усиления моторной заторможенности у больных появлялись мысли о собственной малоценности, усиливалось чувство вины, появлялись нарушения сна. Настроение больных было подвержено суточным изменениям – в первой половине дня депрессивное настроение было выражено сильнее, чем во второй. Выраженное снижение настроения, усиление чувства вины и мыслей о собственной малоценности стимулировало у больных этой группы суицидальные мысли и фантазии. При этой форме депрессивного расстройства у больных паркинсонизмом отмечались такие соматовегетативные расстройства как сухость кожных покровов, расширение зрачков, снижение аппетита, потеря массы тела, замедление кишечной перистальтики и т.д. При улучшении настроения соматовегетативные расстройства постепенно редуцировались.

Среди позитивных и негативных симптомов психических расстройств больных паркинсонизмом с депрессией F33.0-33.1 (на основании данных шкалы PANSS) в сильной степени были выражены эмоциональная отчужденность (в 61,1% случаев, при $p < 0,01$), чувство вины (в 36,1% случаев, при $p < 0,05$); в средней степени – депрессивное настроение (в 75,0% случаев, при $p < 0,01$), моторная заторможенность (в 61,1% случаев, при $p < 0,01$), скудная коммуникабельность (в 61,1% случаев, при $p < 0,01$), пассивно-апатичная социальная отстраненность (в 58,3% случаев, при $p < 0,01$); в умеренной степени выражены – расстройства воли (в 72,2% случаев, при $p < 0,01$), отказ от сотрудничества (в 47,2% случаев, при $p < 0,05$).

Объективная тяжесть депрессии F33.0-33.1 у больных паркинсонизмом (по данным MADRS) соответствовала умеренно - тяжелой степени выраженности ($32,3 \pm 5,1$ баллов). Согласно анализу отдельных шкал MADRS в тяжелой степени выраженности были представлены пессимистические мысли ($4,6 \pm 0,6$ баллов), нарушение аппетита ($4,6 \pm 0,7$ баллов), нарушения сна ($4,3 \pm 0,3$ баллов); в умеренной степени выраженности – объективные ($3,8 \pm 0,9$ баллов) и субъек-

тивно – высказываемые ($3,4 \pm 0,5$ баллов) признаки подавленного настроения, суицидальные мысли и действия ($3,7 \pm 0,5$ баллов), а также утрата способности чувствовать ($3,4 \pm 0,2$ баллов) (при $p < 0,01$).

Относительно выраженности тревоги (по данным шкалы CAS) между основной и контрольной группой значимых различий получено не было, в обеих группах диагностировался низкий уровень тревожности - $6,1 \pm 1,8$ баллов и $4,7 \pm 2,0$ балла, соответственно.

Основными моторными расстройствами у больных паркинсонизмом с депрессией F33.0-33.1 были рудиментарные двигательные расстройства (в 55,6% случаев) и заторможенность движений, речи, мимики субступорозного уровня (33,3% случаев) (при $p < 0,01$).

Уровень когнитивного дефицита больных паркинсонизмом с депрессивным расстройством F33.0-33.1 (на основе данных Mini Mental State Examination - MMSE), так же как и у больных контрольной группы, был не выражен, большая часть больных обеих групп были когнитивно сохранны (75,0% и 71,1%, соответственно).

В качестве основных расстройств мышления и когнитивных функций у больных паркинсонизмом и депрессивным расстройством F33.0-33.1 были представлены: снижение уровня интересов (в 63,9% случаев), идеи малоценности (низкая самооценка, ощущение вины, идеи вины и наказания за мнимые и настоящие ошибки и т.д.) (в 52,8% случаев), мысли о смерти или самоубийстве (в 38,9% случаев). В контрольной группе идеи малоценности и мысли о смерти и самоубийстве не наблюдались, сужение уровня интересов наблюдалось в 11,8% случаев (при $p < 0,01$).

Основным расстройством поведения у больных паркинсонизмом и депрессивным расстройством F33.0-33.1 являлось ухудшение коммуникативных функций (в 69,4% случаев), в контрольной группе ухудшение коммуникативных функций наблюдалось только в 14,5% случаев (при $p < 0,01$).

Среди эмоциональных расстройств у больных с болезнью Паркинсона и рекуррентным аффективным расстройством, депрессией F33.0-33.1 доминировали: суточные колебания настроения – в 86,1% случаев, горе – в 72,2% случаев, тоска – в 61,1% случаев, печаль – в 50,0% случаев, ангедония – в 44,4% случаев. У больных контрольной группы вышеперечисленные эмоциональные расстройства не наблюдались (при $p < 0,01$).

Ведущими соматовегетативными расстройствами у больных с болезнью Паркинсона и депрессией F33.0-33.1 были: снижение массы тела (в 72,2% случаев), запоры (в 69,4% случаев), нарушения сна (в 66,7% случаев), нарушения аппетита (в 61,1% случаев), сексуальные нарушения (в 55,6% случаев). У больных контрольной группы вышеперечисленные соматовегетативные нарушения отмечались в 2,6%, в 14,5%, в 17,1%, в 5,3% и в 22,4% случаев соответственно (при $p < 0,01$).

Следует отметить, что вышеперечисленные моторные, когнитивные, эмоциональные, поведенческие и соматовегетативные нарушения формировались на фоне снижения настроения и зависели от тяжести депрессивного аффекта, при выходе из депрессии данные нарушения значительно редуцировались.

Согласно анализу клинических особенностей болезни Паркинсона у больных с рекуррентным аффективным расстройством, депрессией F33.0-33.1 (по данным MDS-UPDRS) основными немоторными проявлениями являлись: в выраженной степени тяжести депрессивное настроение ($2,2 \pm 0,1$, при $p < 0,01$); в умеренной степени тяжести – проблемы со сном ($1,6 \pm 0,3$, при $p < 0,01$), запоры ($1,4 \pm 0,5$, при $p < 0,01$), апатия ($1,1 \pm 0,3$, при $p < 0,01$). У больных контрольной группы депрессивное настроение и апатия не диагностировались, а проблемы со сном и запоры не превышали легкой степени выраженности - $0,7 \pm 0,2$ и $0,6 \pm 0,3$ баллов, соответственно. Основными моторными проявлениями болезни Паркинсона, которые отмечали больные с депрессией F33.0-33.1 были: в умеренной степени выраженности нарушения поворотов в постели ($1,2 \pm 0,2$, при $p < 0,01$), расстройства вставания с постели или глубокого кресла ($1,1 \pm 0,2$, при $p < 0,05$). У больных контрольной группы выраженность выше указанных моторных расстройств не превышала $0,6 \pm 0,3$ и $0,8 \pm 0,1$ баллов, соответственно.

По данным экспериментальных исследований двигательной активности у больных паркинсонизмом с депрессией F33.0-33.1 выявлены в умеренной степени выраженности ригидность ($1,7 \pm 0,2$, при $p < 0,05$), нарушения двигательной активности в целом (брадикинезии) ($1,4 \pm 0,3$, при $p < 0,01$), нарушения выполнения пробы постукивания стопой ($1,1 \pm 0,3$, при $p < 0,05$). В контрольной группе выраженность этих расстройств составила $1,0 \pm 0,5$; $0,6 \pm 0,3$ и $0,8 \pm 0,4$ соответственно.

Корреляционный анализ между клиническими показателями болезни Паркинсона и рекур-

рентным аффективным расстройством, депрессией F33.0-33.1 позволил зафиксировать наличие позитивной корреляции между аффективным расстройством F33.0-33.1 и акинетико-ригидной формой болезни Паркинсона ($r=0,56$); умеренным типом прогрессирования болезни Паркинсона ($r=0,8$); и 1-1.5 стадией болезни Паркинсона ($r=0,63$).

Анализ дневной двигательной активности больных паркинсонизмом с депрессией F33.0-33.1 продемонстрировал значительное преобладание в основной группе больных с 80% дневной двигательной активностью (в 44,4% случаев), среди больных контрольной группы этот уровень дневной двигательной активности отмечался в 13,2% случаев (при $p < 0,01$). То есть, большая часть пациентов с болезнью Паркинсона и депрессией F33.0-33.1 были полностью независимыми при выполнении большинства домашних обязанностей, но тратили на это в 2 раза больше времени, осуществляя движения с некоторыми затруднениями и замедленностью.

Подводя итоги проведенному исследованию, в качестве основных клинических особенностей депрессии F33.0-33.1 у больных БП следует выделить: умеренно-тяжелую степень депрессии с доминирующим тоскливым (меланхолического) синдромом; преобладание в эмоциональных расстройствах суточных колебаний настроения, горя, тоски, эмоциональной отчужденности, печали, ангедонии и апатии; в двигательных расстройствах - рудиментарных двигательных расстройств и заторможенности движений, речи, мимики субступорозного уровня; в когнитивной сфере - наличие пессимистических мыслей в выраженной степени, снижения уровня интересов, идей малоценности, мыслей о смерти или самоубийстве в умеренной степени выраженности, чувства вины в сильной степени выраженности; преобладание среди вегетативных расстройств снижения массы тела, запоров, нарушений сна и аппетита в выраженной степени тяжести, сексуальных нарушений.

В качестве риск-факторов формирования аффективного рекуррентного расстройства выделены следующие особенности болезни Паркинсона: длительность болезни Паркинсона $2,4 \pm 2,1$ лет, акинетико-ригидная форма, умеренный тип прогрессирования, 1-1.5 стадия, 80% двигательная активность, умеренно-легкая выраженность клиники болезни Паркинсона, легкая выраженность двигательных осложнений, сохраненный когнитивный уровень.

Результаты проведенного исследования мо-

гут быть использованы в качестве дополнительных дифференциальных критериев диагности-

ки эндогенных депрессивных расстройств у больных болезнью Паркинсона.

Д. Ю. Сайко

КЛІНІКО-ПСИХОПАТОЛОГІЧНА СТРУКТУРА ЕНДОГЕННИХ ДЕПРЕСІЙ ПРИ ХВОРОБИ ПАРКІНСОНА

ДУ «Інститут неврології, психіатрії та наркології НАМН України», м. Харків

Обстежено 112 хворих хворобою Паркінсона, з них 36 хворих з рекурентним афективним розладом (основна група), 76 - без ознак психічних порушень (контрольна група). Проведено синдромальний аналіз депресивного розладу, досліджені рухові, когнітивні, поведінкові, емоційні та сомато-вегетативні прояви даної депресії. Виділено основні клініко-психопатологічні особливості рекурентного афективного розладу при хворобі Паркінсона. Проаналізовано клінічні особливості хвороби Паркінсона у хворих з рекурентним афективним розладом, встановлені кореляційні зв'язки між афективним розладом та типом, а також стадією хвороби Паркінсона. (Журнал психіатрії та медичної психології. — 2012. — № 2 (29). — С. 43-46).

D.Yu. Sayko

THE CLINICAL-PSYCHOPATHOLOGICAL STRUCTURE OF ENDOGENOUS DEPRESSIONS IN PARKINSON'S DISEASE

“Institute of Neurology, Psychiatry and Narcology of the NAMS of Ukraine” SI, Kharkiv

One hundred twelve patients with Parkinson's disease (PD) were examined including 36 patients with recurrent affective disorder (the main group) and 76 patients without signs of mental impairments (the control group). A syndromal analysis of depressive disorder was carried out; motor, cognitive, behavioral, emotional, and somatic-autonomous manifestations of this depression were investigated. The main clinical-psychopathological peculiarities of recurrent affective disorder in PD were determined. Clinical PD peculiarities in patients with recurrent affective disorder have been analyzed, the correlations between affective disorder and PD type, form, as well as PD stage were found out. (The Journal of Psychiatry and Medical Psychology. — 2012. — № 2 (29). — P. 43-46).

Литература

1. Баркова, Т.В. Депрессии на фоне болезни Паркинсона: клиническая характеристика и факторы, способствующие их развитию [Текст] / Т.В. Баркова // Архив психіатрії. — 2004. — Т.10, вип. 3(38). — С. 92-97.
2. Карабань, Н.В. Болезнь Паркинсона и депрессия [Текст] / Н.В. Карабань, А.В. Гудзенко // Український вісник психоневрології. — 2006. - Т.14, вип. 3(48). — С. 19-22.
3. Мирецкая, А.В. Депрессивные расстройства у больных болезнью Паркинсона [Текст] / А.В. Мирецкая, Н.В. Федорова, В.В. Макаров // Болезнь Паркинсона и расстройства движений. Руководство для врачей по материалам 1 Национального конгресса. Москва, 22-23 сентября 2008 г. - С.97-99.
4. Московко, С.П. Мир болезни Паркинсона [Текст] / С.П. Московко, Г.С. Московко // НЕЙРОNEWS. - №3/2. — 2008. - С. 43-49.
5. Нодель, М.Р. Недвигательные проявления болезни Паркинсона и их влияние на качество жизни [Текст] / М.Р. Нодель, Н.Н. Яхно. // Болезнь Паркинсона и расстройства движений. Руководство для врачей по материалам 1 Национального конгресса. Москва, 22-23 сентября 2008 г. - С.92-94.
6. A profile of neuropsychiatric problems and their relationship to quality of life for Parkinsons disease [Текст] / Mc Kinlay A, Grace RC, Dalrymple-Alford JC et al. // Park Relat Disord. — 2008. 14: 37–42.
7. Anhedonia, depression, and motor functioning in Parkinsons disease during treatment with Pramipexole [Текст] / Lemke MP, Brecht HM, Koester JK et al.// J Neuropsych Clin Neurosci 2005; 17 (2): 214–20.
8. Chaudhuri, K.R. Early Parkinsons disease and non-motor issues [Текст] /K.R. Chaudhuri, Y. Naidu //J.of.Neurology-2008.-Vol.255.-Suppl.5.-P.-33-38.
9. Comparison of desipramine and citalopram treatments with depression in Parkinsons disease: a double-blind placebo-controlled study [Текст] / D. Devos, K. Dujardin , I. Poiret et.al. //Mov.Dis.-2008.-Vol.23.-P.850-7.
10. Efficacy of double-blind, placebo-controlled pramipexole against depression in Parkinsons disease [Текст] / P. Barone, W. Poewe, E. Tolosa , et.al.// Abstracts of the Movement Disorders Societys Thirteenth International Congress of Parkinson's disease and movement disorders. June 7-11-2009-Suppl.1 –P.291.
11. PRODEST-Depressive symptoms in Parkinson's disease: Effect of antidepressant treatment on symptom items of depression [Текст] / Barone P, Goetz CG, Houben JJ, et al. // Poster presented at 60th AAN Annual Meeting, Chicago, IL, USA, April 12-19. — 2008. P.145.

Поступила в редакцию 04.06.2012