

УДК 616.858-008.6:616.89-092-07

*Д. Ю. Сайко***КЛИНИКО-ПСИХОПАТОЛОГИЧЕСКИЕ ЗАКОНОМЕРНОСТИ ФОРМИРОВАНИЯ
ОРГАНИЧЕСКОГО ЭМОЦИОНАЛЬНО-ЛАБИЛЬНОГО РАССТРОЙСТВА ЛИЧНОСТИ
ПРИ БОЛЕЗНИ ПАРКИНСОНА**

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

Ключевые слова: болезнь Паркинсона, органическое эмоционально-лабильное расстройство личности, клиничко-психопатологические особенности

Общемировая тенденция к постепенному старению населения планеты обуславливает высокую актуальность изучения проблем возрастозависимой патологии, в частности болезни Паркинсона, как одной из наиболее распространенных неврологических болезней людей пожилого возраста. По данным ВОЗ, в настоящее время в мире насчитывается около 3,7 млн. пациентов с болезнью Паркинсона, в Украине — около 70 тыс. больных [4,6]. С возрастом частота болезни Паркинсона в популяции неуклонно увеличивается: в возрастной группе до 65 лет она составляет около 1%, от 65 до 75 лет — 2% и, наконец, у лиц старше 75 лет болезнь Паркинсона встречается с частотой 3–4%. Неуклонно прогрессирующий нейродегенеративный процесс при болезни Паркинсона сопровождается резким снижением активности пациента, его качества жизни, и влечет за собой существенные социальные и экономические последствия [1, 4, 9].

Несмотря на то, что диагноз болезни Паркинсона базируется на обнаружении специфических двигательных проявлений, наличие психопатологических нарушений оказывается не менее характерным для данного заболевания [3-5, 7, 8]. Психопатологические проявления возникают зачастую уже на ранних стадиях болезни (а иногда и предшествуют моторным нарушениям), однако своевременно не учитываются и не подвергаются должной коррекции. При этом наличие психического расстройства при болезни Паркинсона усугубляет симптоматику и течение моторных нарушений, существенно ухудшает качество жизни пациентов и исход заболевания, что обуславливает необходимость детального изучения вопросов клинического оформления психопатологии при болезни Паркинсона [2,5,10].

Вышеизложенное и определило цель данно-

го исследования - изучение клиничко-психопатологической структуры органического эмоционально-лабильного расстройства личности при болезни Паркинсона и особенностей самой болезни Паркинсона у данной категории больных.

В исследовании приняло участие 128 больных болезнью Паркинсона, среди которых 52 больных с органическим эмоционально-лабильным (астеническим) расстройством F06.6 (основная группа), 76 больных без психических нарушений (контрольная группа).

Использовались клиничко-психопатологический метод, включающий оценку психического состояния больного; и психометрические методы: шкала оценки позитивной и негативной симптоматики (PANSS), шкала Монтгомери-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, в структуре психопатологии больных болезнью Паркинсона органическое эмоционально-лабильное (астеническое) расстройство личности составляло 17,5%. Средний возраст больных паркинсонизмом с органическим эмоционально-лабильным (астеническим) расстройством F06.6 составлял $69,4 \pm 2,8$ лет, а длительность заболевания — $20,3 \pm 1,4$ лет (при $p < 0,05$).

Среди позитивных и негативных симптомов психических расстройств у больных паркинсонизмом с расстройством F06.6 преобладали: в сильной степени выраженности - нарушения абстрактного мышления (в 61,5% случаев); в средней степени выраженности — пассивно-апатичная социальная отстраненность (в 53,8% случаев), расстройства воли (в 48,1% случаев), скудная коммуникабельность (в 42,3% случаев), нарушения внимания (в 42,3% случаев); в умерен-

ной степени выраженности – плохое управление импульсивностью (в 59,6% случаев), расстройства мышления (в 55,8% случаев), ипохондрическая мнительность (в 50,0% случаев), возбуждение (в 46,2% случаев), стереотипное мышление (в 44,2% случаев).

Признаки депрессии (по результатам шкалы MADRS) у больных обеих обследованных групп отсутствовали ($9,5 \pm 2,4$ баллов и $8,2 \pm 3,1$ баллов, соответственно). По результатам клинической шкалы (CAS) у больных обеих групп отмечался низкий уровень тревожности ($5,2 \pm 2,8$ баллов и $4,7 \pm 2,0$ баллов, соответственно).

Значимых различий в представленности и выраженности моторных нарушений психопатологического генеза у больных основной и контрольной групп также обнаружено не было, у больных основной группы данные расстройства встречались довольно редко (в 7,7% случаев наблюдалось двигательное беспокойство), у больных контрольной группы - отсутствовали.

Относительно уровня когнитивного дефицита у больных основной группы отмечалось значительное ухудшение когнитивных функций: в 75,0% случаев фиксировались умеренные когнитивные изменения, а в 11,5% случаев отмечалась начальная стадия деменции (при $p < 0,01$), по сравнению с контрольной группой, где в большинстве случаев не отмечалось когнитивного дефицита (в 71,1% случаев) либо фиксировались легкие когнитивные изменения (в 21,1% случаев).

Среди расстройств мышления и когнитивных функций у больных паркинсонизмом и расстройством F06.6 наиболее часто отмечались: быстрая истощаемость психической деятельности (в 92,3% случаев), снижение уровня концентрации внимания (в 76,9% случаев), ригидность мышления (67,3% случаев), нарушения памяти (зрительной, кратковременной, долговременной) (в 63,5% случаев). У больных контрольной группы вышеперечисленные расстройства мышления и когнитивных функций не превышали уровень в 18,4%, 17,1%, 13,2%, 19,7% соответственно (при $p < 0,01$).

Расстройства поведения у больных паркинсонизмом значительно чаще отмечались у больных с расстройством F06.6, среди них преобладающими были астенические расстройства (в 92,3% случаев) и ухудшение коммуникативных функций (в 76,9% случаев), по сравнению с контрольной группой больных, где расстройства поведения отмечались только в виде ухудшения коммуникативных функций в 14,5% случаев (при

$p < 0,01$).

Эмоциональные нарушения также значительно чаще фиксировались у больных основной группы, и проявлялись преимущественно в виде постоянного ощущения усталости (в 80,8% случаев), эмоциональной лабильности (в 76,9% случаев), слабодушия (в 61,5% случаев), неудовлетворенности собой (в 40,4% случаев), неудовлетворения (в 36,5% случаев), отчаяния (в 32,7% случаев) и гнева (в 30,8% случаев). У больных контрольной группы вышеперечисленные эмоциональные расстройства наблюдались значительно реже в 3,9%; 10,5%; 2,6%; 10,5%; 9,2%; 2,6% случаев соответственно, эмоций отчаяния в контрольной группе не наблюдалось (при $p < 0,01$).

Основными соматовегетативными расстройствами у больных основной группы были: нарушение сна (в 53,8% случаев), вегетативно-висцеральные кризы (в 44,2% случаев), головные боли (в 36,5% случаев), нарушения сердечно-сосудистой системы (в 32,7% случаев). У больных контрольной группы вышеперечисленные соматовегетативные нарушения отмечались значительно реже в 17,1%, в 15,8%, в 10,5% и в 7,9% случаев, соответственно (при $p < 0,01$).

При катamnестическом наблюдении, после проведенного лечения органического эмоционально-лабильного (астенического) расстройства F06.6 у больных паркинсонизмом астенические и эмоциональные расстройства регрессировали, за исключением слабодушия и эмоциональной лабильности, которые снижались, вегетативное состояние стабилизировалось, улучшались коммуникативные и когнитивные функции, регрессировали ипохондрические мысли, но по-прежнему, отмечался умеренно-выраженный когнитивный дефицит.

Сравнительный анализ клинических особенностей болезни Паркинсона (по данным шкалы MDS-UPDRS) у больных основной и контрольной групп, позволил заключить, что основными немоторными проявлениями у больных паркинсонизмом с органическим эмоционально-лабильным (астеническим) расстройством F06.6 являлись выраженная усталость ($2,4 \pm 0,3$, при $p < 0,05$), нарушение когнитивных функций ($2,3 \pm 0,3$, при $p < 0,01$), проблемы сна ($2,1 \pm 0,3$, при $p < 0,01$); наличие умеренных признаков синдрома дофаминовой дезрегуляции ($1,5 \pm 0,3$, при $p < 0,01$) и дневная сонливость ($1,4 \pm 0,4$, при $p < 0,01$). У больных контрольной группы усталость не превышала уровень в $1,3 \pm 0,3$ балла, нарушение когнитивных функций – уровень в

0,8±0,1 баллов, проблемы сна – уровень в 0,7±0,2 балла, признаки синдрома дофаминовой дезрегуляции – в 0,5±0,2 баллов, дневная сонливость – уровень в 0,5±0,3 балла.

Из двигательных проявлений болезни Паркинсона в повседневной жизни, оцененных больными, основными моторными проявлениями болезни Паркинсона с расстройством F06.6 являлись: выраженный тремор (2,6±0,2, при $p<0,01$), расстройства письма (2,3±0,3, при $p<0,05$), расстройства вставания (2,0±0,4, при $p<0,01$); умеренные расстройства ходьбы и рисования (1,7±0,1, при $p<0,01$), застывания (1,4±0,4, при $p<0,01$), расстройства поворотов в постели (1,4±0,5, при $p<0,01$), расстройства навыков приема пищи (1,4±0,1, при $p<0,01$), расстройства речи (1,3±0,2, при $p<0,01$), расстройства хобби и другой деятельности (1,2±0,3, при $p<0,05$), нарушение гигиенических навыков (1,1±0,2, при $p<0,05$). У больных контрольной группы выраженность вышеперечисленных двигательных расстройств не превышала 1,3±0,5; 1,2±0,4; 0,8±0,1; 0,7±0,4; 0,6±0,3; 0,6±0,3; 0,5±0,2; 0,6±0,2; 0,7±0,2 и 0,8±0,1 баллов, соответственно.

По данным экспериментальных исследований двигательной активности у больных паркинсонизмом с F06.6 отмечались: в выраженной степени ригидность (2,3±0,4, при $p<0,01$), расстройства пронации и супинации (2,1±0,2, при $p<0,01$), расстройства быстроты ног (2,0±0,5, при $p<0,05$); в умеренной степени выраженности – продолжительность тремора покоя (1,8±0,1, при $p<0,01$), тремор покоя (1,7±0,2, при $p<0,01$), постуральный тремор в руках (1,7±0,1, при $p<0,01$), брадикинезии (1,7±0,2, при $p<0,01$), расстройства вставания со стула (1,7±0,2, при $p<0,01$), кинетический тремор в руках (1,6±0,3, при $p<0,05$), расстройства речи (1,6±0,3, при $p<0,01$), нарушение осанки (1,5±0,3, при $p<0,01$), застывания при ходьбе (1,5±0,2, при $p<0,01$), нарушения выражения лица (1,4±0,3, при $p<0,01$), нарушения постуральной устойчивости (1,3±0,2, при $p<0,05$), расстройства движения руками (1,3±0,4, при $p<0,05$). В контрольной группе данные расстройства были выражены значительно меньше и составляли 1,0±0,5; 0,6±0,2; 1,2±0,5; 0,6±0,1; 0,5±0,2; 0,8±0,1; 0,6±0,3; 0,6±0,3; 1,1±0,3; 0,7±0,1; 0,5±0,1; 0,5±0,2; 0,5±0,3; 0,7±0,2 и 0,7±0,2 баллов, соответственно.

Среди двигательных осложнений в группе больных паркинсонизмом с расстройством F06.6 выявлены в умеренной степени выраженности особенности двигательных флюктуаций

(1,8±0,1, при $p<0,01$), влияние флюктуаций на функциональную активность (1,7±0,2, при $p<0,01$), влияние дискинезий на функциональную активность (1,6±0,2, при $p<0,01$), продолжительность дискинезий (1,6±0,3, при $p<0,01$), болезненная дистония периода «выключения» (1,5±0,3, при $p<0,01$). В контрольной группе выраженность этих осложнений составляла 0,4±0,1; 0,8±0,1; 0,5±0,2; 0,7±0,1 и 0,5±0,2 баллов, соответственно.

Корреляционный анализ между клиническими показателями болезни Паркинсона и расстройством F06.6 показал наличие позитивных корреляций между органическим эмоционально-лабильным (астеническим) расстройством F06.6 и акинетико-ригидно-дрожательной формой ($r=0,6$); медленным типом прогрессирования ($r=0,8$) и 3-4 стадией болезни Паркинсона ($r=0,72$).

Анализ дневной двигательной активности продемонстрировал преобладание среди больных паркинсонизмом с расстройством F06.6 больных с 60-50% дневной двигательной активностью (в 69,2% случаев), среди больных контрольной группы этот уровень дневной двигательной активности наблюдался в 21,1% случаев (при $p<0,01$). Таким образом, у большей части пациентов с болезнью Паркинсона и органическим эмоционально-лабильным (астеническим) расстройством F06.6 дневная двигательная активность находилась в пределах от высокой степени зависимости до выраженной зависимости, в 50% случаев больные нуждались в постоянной помощи, а их двигательная активность осуществлялась с выраженной замедленностью и затруднениями.

Подводя итоги проведенного исследования, в качестве основных особенностей клиники органического эмоционально-лабильного (астенического) расстройства F06.6 у больных паркинсонизмом следует отметить: наличие в поведении выраженных астенических расстройств, ухудшения коммуникативных функций и пассивно-апатичной социальной отстраненности; выраженных когнитивных расстройств в виде быстрой истощаемости психической деятельности, снижения уровня концентрации внимания, ригидности мышления, нарушений памяти и абстрактного мышления, а также в средней степени выраженности расстройств воли и ипохондрической мнительности; преобладание в эмоциональных расстройствах постоянного ощущения усталости в выраженной степени, эмоциональной лабильности, слабодушия, неудовлет-

воренности собой, общего чувства неудовлетворения, отчаяния, гнева, возбуждения и импульсивности в средней и умеренной степени выраженности; среди вегетативных расстройств – наличие выраженных нарушений сна; вегетативно-висцеральных кризов, головных болей и нарушений сердечно-сосудистой системы.

Органическое эмоционально-лабильное (астеническое) расстройство F06.6 формировалось преимущественно у больных с длительностью заболевания болезнью Паркинсона $20,3 \pm 1,4$ лет (при $p < 0,05$), при акинетико-ригидно-дрожательной форме ($r = 0,6$), медленном типе прогресси-

рования ($r = 0,8$) и 3-4-й стадией ($r = 0,72$) болезни Паркинсона. Клинические проявления болезни Паркинсона у больных с расстройством F06.6, по сравнению с контрольной группой, были более выражены. Отмечалось наличие умеренно-выраженных двигательных расстройств и когнитивного дефицита, преобладание 60-50% дневной двигательной активности среди больных данной категории.

Полученные результаты представляется необходимым учитывать при проведении дифференциальной диагностики данного вида психопатологии у больных болезнью Паркинсона.

Д. Ю. Сайко

КЛІНІКО-ПСИХОПАТОЛОГІЧНІ ЗАКОНОМІРНОСТІ ФОРМУВАННЯ ОРГАНІЧНОГО ЕМОЦІЙНО-ЛАБІЛЬНОГО РОЗЛАДУ ОСОБИСТОСТІ ПРИ ХВОРОБІ ПАРКІНСОНА

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

Обстежено 52 хворих хворобою Паркінсона з органічним емоційно-лабільним розладом особистості (основна група) і 76 хворих паркінсонізмом без ознак психічних порушень (контрольна група). Виділено особливості клініки органічного емоційно-лабільного розладу особистості при хворобі Паркінсона. Встановлено позитивні кореляції даної форми психопатології з акинетико-ригидно-тримтільною формою, повільним типом прогресування та 3-4-ю стадією хвороби Паркінсона. Відзначено наявність більш виражених клінічних проявів хвороби Паркінсона у хворих з органічним емоційно-лабільним розладом особистості, в порівнянні з контрольною групою. (Журнал психіатрії та медичної психології. — 2012. — № 1 (28). — С. 49-52).

D. Yu. Sayko

CLINICAL-PSYCHOPATHOLOGICAL REGULARITIES OF FORMATION OF ORGANIC EMOTIONAL-LABILE PERSONALITY DISORDER IN PARKINSON'S DISEASE

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

Fifty two patients with Parkinson's disease (PD) and organic emotional-labile personality disorder (the main group) and 76 patients with PD without signs of mental disorders (the control group) were examined. Clinical peculiarities of organic emotional-labile personality disorder in PD were determined. The positive correlations between this form of psychopathology and PD akinetic-rigid-tremor form, slow type of PD progression, and III-IV PD stages were found out. It was pointed out a presence of more prominent clinical PD manifestations in patients with organic emotional-labile personality disorder as compared with the control group. (The Journal of Psychiatry and Medical Psychology. — 2012. — № 1 (28). — P. 49-52).

Литература

1. Голубев, В.Л. Болезнь Паркинсона и синдром паркинсонизма [Текст] / В.Л. Голубев, Я.И. Левин, А.М. Вейн. - М.: Медпресс, 2000. - 416с.
2. Калишук-Слободин, Т.Н. Влияние немоторных нарушений на качество жизни больных болезнью Паркинсона [Текст] / Т.Н. Калишук-Слободин, Ю.И. Головченко, С.И. Шкробот с соавт. // Український вісник психоневрології. - 2007. - Т.15, вип. 1(50), (додаток). - С. 58-59.
3. Карабань, И.Н. Влияние курсового лечения ноофеном на двигательную активность, когнитивные функции и психоэмоциональное состояние у больных болезнью Паркинсона [Текст] / И.Н. Карабань, Е.П. Луханина, Н.А. Мельник // Український вісник психоневрології. - 2006. - Т.14, вип. 1(46). - С. 26-30.
4. Левин, О.С. Болезнь Паркинсона [Текст] / О.С. Левин, Н.В. Федорова. - М.: Медицина, 2006. - 256с.
5. Московко, С.П. Депрессии при болезни Паркинсона [Текст] / С.П. Московко, Н.Г. Старинец, Г.С. Московко // НЕЙРОNEWS. - №3/1. - 2008. - С. 55-56.
6. Московко, С.П. Мир болезни Паркинсона [Текст] / С.П. Московко, Г.С. Московко // НЕЙРОNEWS. - №3/2. - 2008. - С. 43-49.
7. Aarsland, D. Neuropsychiatric symptoms of patients with progressive supranuclear palsy and Parkinson's disease [Текст] / D. Aarsland, I Litvan, J.P. Larsen // J. Neuropsychiatry Clin. Neurosci. - 2001. - Vol.13(1). - P. 42-49.
8. Braak, H. Cognitive status correlates with neuropathologic stage in Parkinson disease [Текст] / H. Braak, U. Rub, E.N. Jansen Steur et al. // Neurology. - 2005. - Vol.64. - P. 1404-1410.
9. Pahwa, R. Practice parameter: Treatment of Parkinson disease with motor fluctuations and dyskinesia (an evidence-based review). Report of Quality standards Subcommittee of the American Academy of Neurology [Текст] / R. Pahwa, S.A. Factor, K.E. Lyons et al. // Neurology. - 2006. - Vol.66. - P. 983-995.
10. Weintraub, D. Effect of psychiatric and other nonmotor symptoms on disability in Parkinson's disease [Текст] / D. Weintraub, P.J. Moberg, J.E. Duda // J. Am. Geriatr. Soc. - 2004. - Vol.52. - P. 784-788.

Поступила в редакцию 11.04.2012