

УДК: 616.858.036.865

*Н.Б. Маньковский, Н.В. Карабань***КАЧЕСТВО ЖИЗНИ БОЛЬНЫХ БОЛЕЗНЬЮ ПАРКИНСОНА**

Институт геронтологии АМН Украины

Ключевые слова: болезнь Паркинсона, социальная адаптация, шкала самооценки, качество жизни

Болезнь Паркинсона (БП) представляет собой одно из наиболее распространенных хронических прогрессирующих нейродегенеративных заболеваний ЦНС [1]. Частота встречаемости БП составляет от 60 до 187 на 100 000 населения [2]. Основным инвалидизирующим фактором у больных БП является нарастающее нарушение двигательной активности [3, 4, 5]. Степень инвалидизации при БП определяется стадией процесса, адекватностью проводимой антипаркинсонической терапии, наличием сопутствующих когнитивных нарушений. Комплекс этих факторов, как и каждый из них в отдельности, определяет качество жизни пациента, уровень социальной адаптации. Известное понятие качества жизни включает интегральную характеристику

физического, психологического, эмоционального и социального функционирования больного, основанную на его субъективном восприятии [6]. В современной медицине широкое распространение получил термин «качество жизни, связанное со здоровьем». Методология исследования качества жизни - многокомпонентный процесс, основными этапами которого являются разработка дизайна исследования, обследование больных, формирование базы данных с последующими обработкой, анализом и интерпретацией результатов [7, 8]. Базовыми инструментами при проведении исследования качества жизни являются социально разработанные опросники, которые, как правило, заполняются самими больными [9, 10].

**Материал и методы исследования**

Для количественной оценки качества жизни пациентов с БП мы применили «Шкалу самооценки социальной адаптации больного паркинсонизмом» – ШССА [10]. В шкале имеется три раздела, отражающие различные сферы жизнедеятельности больного – общественно-трудовую (профессиональная), семейно-бытовую и сферу самообслуживания. В каждом из разделов имеется ряд пунктов и подпунктов, оцениваемых соответствующим количеством баллов. Шкала построена в форме опросника, который заполняется в процессе беседы врача с больным. Балльные оценки были установлены авторами экспериментально с помощью метода экспертных оценок значимости каждой сферы жизнедеятельности человека для качества его жизни. Максимально возможная суммарная оценка I раздела шкалы (пункты 1-6) составляет 87 баллов; суммарная оценка II раздела (пункты 7-13) – 77 баллов; соответствующая оценка III раздела (пункты 14-18) – 41 балл. Максимально возможная суммарная оценка по трем разделам шкалы составляет 205 баллов. Таким образом, по числу баллов в каждом разделе шкалы можно сказать,

какая сфера активности у больного более сохранена, оценить степень общей социальной адаптации и проанализировать параметры, ее определяющие. Установлено [10], что степень полной адаптации – от 198,3 до 205 баллов – наблюдается у больных БП на начальной стадии, когда при адекватной фармакотерапии они чувствуют себя практически здоровыми. 1-ая степень дезадаптации – незначительная социальная дезадаптация – от 161,7 до 198,2 балла (почти неограниченная сохранность возможностей во всех сферах жизнедеятельности); 2-ая степень дезадаптации – степень частичной социальной дезадаптации – от 125,1 до 161,6 балла (ограниченные возможности трудовой деятельности при удовлетворительных возможностях в семейно-бытовой сфере); 3-ая степень дезадаптации – степень умеренной социальной дезадаптации – от 88,5 до 125 баллов (невозможность трудовой деятельности, значительное ограничение возможностей в семейно-бытовой сфере); 4-ая степень дезадаптации – степень выраженной социальной дезадаптации – от 51,9 до 88,4 балла (невозможность трудовой деятельности, значитель-

ное ограничение возможностей в семейно-бытовой сфере и частичное ограничение самообслуживания); 5-ая степень дезадаптации – сте-

пень полной социальной дезадаптации – менее 51,8 балла (полная утрата возможности самообслуживания).

### Результаты исследования и их обсуждение

При помощи шкалы самооценки социальной адаптации (ШССА) были обследованы 116 больных БП среднего (n=64) и пожилого (n=52) возраста со стадией заболевания 1,0 – 4,0 (по Hoehn a. Yahr) и длительностью болезни от 2х до 10,5 лет. Диагноз БП устанавливали с использованием критериев «включения-исключения» согласно UK Brain Bank Criteria [11]. Количественная оценка выраженности двигательных нарушений проводилась с помощью международной шкалы Unified Parkinson's Disease Rating Scale – UPDRS [12]. При анализе всей группы больных в целом установлено, что 1-я сфера жизнедеятельности (общественно-трудовая деятельность) была сохранной только в 19 % случаев (22 больных). У остальных пациентов отмечалось выраженное снижение трудоспособности. Активность в семейно-бытовой сфере была сохранной в 16,4 % наблюдений (19 больных). Полная сохранность в сфере самообслуживания выявлена только в 40,5 % случаев (47 больных).

У 13 больных (11,2 %) установлена 1-ая степень социальной дезадаптации на фоне сохран-

ной трудовой деятельности и начальной степени выраженности клинических симптомов паркинсонизма, что клинически соответствовало 1,0 стадии заболевания. 2-ая степень (частичная социальная дезадаптация) была установлена в 31,9 % наблюдений (37 больных) и была характерна для пациентов с 1,5 – 2,0 стадией БП. Умеренная социальная дезадаптация (3-ая степень) выявлена в 38,8 % случаев (45 больных) со степенью тяжести болезни 2,5 – 3,0. Выраженная социальная дезадаптация, что соответствовало 4-ой степени, определялась в 18,1 % случаев (21 больной), причем у большинства из этих пациентов имелись отчетливые мнестико-интеллектуальные нарушения. Сравнительный анализ зависимости показателей социальной адаптации от степени тяжести БП (стадийность течения по Hoehn a. Yahr) показал, что по мере прогресса заболевания наблюдается уменьшение значений показателей в различных сферах жизнедеятельности (p<0,05). Подобная зависимость имела и при сравнении тяжести БП по шкале UPDRS (табл. 1).

Таблица 1

**Показатели социальной дезадаптации (в баллах) по шкале самооценки у больных БП при различных стадиях течения заболевания**

Разделы ШССА	Стадия БП (по Hoehn a. Yahr)		
	1,0 – 2,0 n=38	2,5 – 3,0 n=51	3,0 – 4,0 n=27
I сфера (n=22)	56,3±11,2	44,2±10,3	30,7±5,6 *
II сфера (n=19)	62,7±7,2	49,8±8,8	32,4±7,6 *
III сфера (n=47)	39,5±3,4	30,1±6,2	26,4±3,3 *
Суммарный моторный балл UPDRS	66±4,7	128±8,1 *	147±10,8 **

**Примечание:** \* - p < 0,05 \*\* - p < 0,01

Худшие показатели социальной адаптации наблюдались у больных с преобладанием в клинической картине паркинсонизма акине-

зии по сравнению с больными, в симптоматике которых доминировал тремор и ригидность (табл. 2).

Таблица 2

**Зависимость показателей социальной адаптации (в баллах) по шкале самооценки у больных БП от клинического синдрома паркинсонизма**

Разделы ШССА	Клинический синдром БП	
	Акинетики-ригидный n=47	Дрожательно-акинетики-ригидный n=69
I сфера	44,7±5,6	59,2±8,2
II сфера	50,1±6,7	62±4,3
III сфера	27,3±1,4	39,4±2,2
Суммарный балл UPDRS	96,5±11,5	68,7±5,2

Существенное влияние на социальную адаптацию во всех сферах жизнедеятельности оказывал возраст больных (табл. 3). Так, по мере старения больных наблюдается относительное снижение показателей качества жизни, что совпадает с процессом хронически прогрессирующей БП, длительностью течения заболевания

и присоединяющимися изменениями когнитивных способностей. Наименее выраженной оказалась связь возраста с показателями самообслуживания (III-я сфера жизнедеятельности) по сравнению с показателями общественно-трудовой (I сфера) и семейно-бытовой (II сфера) деятельности.

Таблица 3

**Возрастные особенности социальной адаптации больных БП ( в баллах) в различных сферах жизнедеятельности**

Разделы ШССА	Возраст больных	
	45 – 49 лет n=64	60 – 74 года n=52
I сфера	68,2±4,1	54,6±6,9 *
II сфера	57,2±2,6	42,7±2,2 *
III сфера	37,1±1,8	35,6±2,4 *
Суммарный балл UPDRS	75,9±4,1	104±7,8 **

Примечание: \* -  $p < 0,05$  \*\* -  $p < 0,01$

В наших исследованиях не обнаружено отчетливой зависимости показателей ШССА от пола и уровня образования больных.

Значительное влияние на качество жизни больных БП оказывала адекватная патогенети-

ческая терапия противопаркинсоническими препаратами. Положительная динамика показателей социальной адаптации в зависимости от вида лечения была обнаружена в процессе 3-месячного наблюдения у 56 больных (табл. 4).

Таблица 4

**Динамика показателей социальной адаптации (в баллах) больных БП в зависимости от вида патогенетической терапии**

Разделы ШССА	Вид лечения					
	Амантадин + холиноблокаторы (n=23)		Ингибиторы MAO-B (n=12)		Леводопа-содержащие препараты (наком, мадопар) (n=21)	
	до лечения	после лечения	до лечения	после лечения	до лечения	после лечения
I сфера	52,1±2,2	64,2±2,8 *	66,3±4,4	72,4±5,1 *	49,4±2,8	68,2±4,2 *
II сфера	48,2±2,4	56,0±4,5 *	57,1±2,4	62,4±3,3	39,4±1,8	55,2±2,6 *
III сфера	30,6±1,6	38,2±2,2 *	36,6±1,4	39,0±2,5	24,8±1,2	31,2±2,8 *
Суммарный моторный балл UPDRS	74,2±5,2	51,4±4,4 *	42,3±2,7	30,5±2,9	116±6,9	82,3±5,6 **

**Примечание:** \* -  $p < 0,05$  \*\* -  $p < 0,01$

Так, у пациентов, лечившихся комплексом амантадин с холиноблокаторами, отмечено достоверное улучшение активности в общественно-трудовой деятельности, семейно-бытовой сфере и в способности самообслуживания, что соответствовало уменьшению степени инвалидизации с 74,2±5,2 до 51,4±4,4 баллов по шкале UPDRS ( $p < 0,05$ ). Селективные ингибиторы MAO-B (юмекс), применяемые в качестве монотерапии на начальных стадиях БП, положительно влияли на все сферы социальной активности, однако полученные результаты были недостоверными, за исключением значений суммарного моторного балла, показатели которого до лечения составили 42,3±2,7 балла, а после – 30,5±2,9 балла ( $p < 0,05$ ). Существенное влияние на жизнедеятельность и качество жизни больных БП оказывала терапия леводопасодержащими препаратами. Все обследованные пациенты отмечали значительное облегчение в сфере самообслуживания, в быту и возможности выпол-

нять профессиональную работу. Положительная динамика этих показателей качества жизни прямо коррелировала со снижением выраженности двигательных нарушений, определяемых с помощью шкалы UPDRS (со 116±6,9 до 82,3±5,6 баллов,  $p < 0,01$ ).

Таким образом, исследование отдельных показателей качества жизни больных БП с помощью шкалы самооценки социальной активности (ШССА) показало ее высокую информативность и адекватность для объективизации функционального состояния больных БП, влияния факторов, связанных с течением заболевания и эффективностью патогенетической терапии.

Количественная оценка качества жизни больных БП дает возможность выделить ряд наиболее информативных параметров, влияющих на различные сферы социальной активности, на которые оказывают существенное влияние степень выраженности заболевания, возраст больных, вид патогенетической терапии. Примене-

ние ШССА при долговременных наблюдениях за уровнем качества жизни каждого из обследуемых больных позволит прогнозировать

темпы прогрессирования БП, и перспективу эффективности проводимой медикаментозной терапии.

*М.Б. Маньковский, М.В. Карабань*

## ЯКІСТЬ ЖИТТЯ ХВОРИХ НА ХВОРОБУ ПАРКІНСОНА

Інститут геронтології АМН України

Проаналізовані кількісні показники якості життя у 116 хворих на хворобу Паркінсона середнього та похилого віку на стадії захворювання 1.0-4.0 (Hoehn a. Yahr). За допомогою шкали самооцінки соціальної адаптації (ШССА) вивчені три сфери життєдіяльності хворих на хворобу Паркінсона: суспільно-трудова, сімейно-побутова та можливості самообслуговування. Показана висока інформативність шкали для оцінки зв'язку якості життя хворих зі ступенем важкості захворювання, тривалістю хвороби, видом клінічного синдрому, ефективністю медикаментозної терапії, що використовується. (Журнал психіатрії та медичної психології. — 2004. — № 2 (12). — С.9-13)

*N.B. Mankovsky, N.V. Karaban*

## QUALITY OF LIFE IN PATIENTS WITH PARKINSON'S DISEASE

Institute of Gerontology, Kiev, Ukraine

The quantitative indices of life quality of the middle-aged and elderly patients (n=116) with Parkinson's disease, stage 1.0-4.0 (Hoehn a. Yahr) were analyzed. With the help of a Rating scale of self-estimation of social adaptation, the three spheres of patients' life activity were studied: professional-working, family and self-service. The high informativeness of the scale has been shown for estimating associations between the patients' quality of life, stage of disease, disease duration, kind of the clinical syndrome and drug therapy effectiveness. (The Journal of Psychiatry and Medical Psychology. — 2004. — № 2 (12). — P.9-13)

### *Литература*

1. Martilla R. J. Diagnosis and epidemiology of Parkinsons disease // Acta neurologica Scandin.-vol. 68.-p. 9-17.
2. Marsden C. D. Parkinsons disease // Lanset.-1990.-vol. 335.-p.948-952.
3. Голубев В. Л., Левин Я. И., Вейн А. М. Болезнь Паркинсона и синдром паркинсонизма.- М.: Медпресс, 1999.-416 с.
4. Olanow C. W., Tatton W. G. Etiology and pathogenesis of Parkinsons disease // Ann. Rev. Neurosci. — 1999.- vol. 22.- p. 123-144/
5. Крыжановский Г. Н., Карабань И. Н., Магаева С. В., Кучеряну В. Г., Карабань Н. В. Болезнь Паркинсона. —М.: "Медицина", 2002, 335 с.
6. Colman S. S., Rothermich B. A., Rowland C. R. Application of the extended methodology among migraineurs: results from a clinical trial // Quality Life Res. — 2002.-vol. 9. № 3. p. 258-264.
7. Hagell P., Sandlund B. Patients self-assessment of disease and symptom severity in Parkinsons disease // Quality Life Res. — 2002.-vol. 9. № 3. p. 285-288.
8. Новик А. А., Ионова Т. И., Кайнд П. Концепция исследования качества жизни в медицине. — СПб, 1999.
9. Новик А. А., Одинак М. М., Ионова Т. И., Бисага Г. Н. Концепция исследования качества жизни в неврологии // Неврологический журнал , 2002, № 6, с. 49-52.
10. Шток В. Н., Федорова Н. В. Лечение паркинсонизма. М., 1997, 196 с.
11. Hughes A. I., Ben-Shlomo Y., Daniel S. E., Lees A. I., What features improve the accuracy of clinical diagnosis in Parkinsons disease : a clinico-pathologic study // Neurology.- 1992.-vol. 42.- p. 1142-1146.
12. Fahn S., Elton R. Unified Parkinsons disease rating scale. Resent developments in Parkinsons disease // Fahn S., Marsden C., Calne D., et al. (Eds) Macmillan Healthcare Informations.- 1987.-№ 5.-p. 153-163.
13. Glozman J. M., K. G. Bicheva., N. V. Fedorova. Scale of quality of life of care-givers. (SQLS) // J. neurology, 1998, 245. Suupl. I, 539-541.

Поступила в редакцию 25.06.2004