

Когнитивные расстройства и качество жизни пациентов с болезнью Паркинсона

Жукова И.А.¹, Жукова Н.Г.¹, Алифирова В.М.¹, Гашилова Ф.Ф.²

Cognitive disorders and life quality of parkinsonism patients

Zhoukova I.A., Zhoukova N.G., Alifirova V.M., Gashilova F.F.

¹ Сибирский государственный медицинский университет, г. Томск

² МЛПУ «Медсанчасть № 2», г. Томск

© Жукова И.А., Жукова Н.Г., Алифирова В.М., Гашилова Ф.Ф.

Качество жизни (КЖ), связанное со здоровьем, — новый критерий оценки состояния больного и определения эффективности лечения, получивший в последние годы широкое распространение. Целью исследования явилось изучение и сравнительная оценка КЖ пациентов с болезнью Паркинсона в зависимости от пола, возраста, формы заболевания и степени выраженности когнитивных расстройств. Было обследовано 90 пациентов с болезнью Паркинсона. Показатели КЖ снижаются у пациентов с болезнью Паркинсона и зависят от формы и длительности заболевания, степени выраженности когнитивных расстройств.

Quality of life is a new characteristic of health of patient, and efficacy of treatment. Quality of life had wide dissemination during last time. The aim of study was to examine and to compare quality of life patients with Parkinson's disease which depended on gender, age, form of disease and cognitive impairment. We examined quality of life of 90 patients with Parkinson's disease by questioner SF-36 and PDQ-39. Quality of life increased in patients with Parkinson's disease, and depends from form and cognitive impairment.

Введение

За последнее десятилетие во всем мире существенно возросла исследовательская активность в области изучения качества жизни (КЖ) больных как одного из важнейших показателей эффективности оказания медицинской помощи. Многие международные и отечественные нормативные документы, касающиеся диагностики, профилактики и лечения заболеваний, указывают на необходимость подобных исследований с целью дальнейшего совершенствования стратегии и тактики повышения эффективности оказания медицинской помощи населению.

Болезнь Паркинсона (БП) и другие нейродегенеративные нарушения, склонные к прогрессированию, приводят к стойкому ограничению всех аспектов нормальной жизни человека. Поэтому терапия, направленная на ослабление симптоматики, является лишь одной из задач, стоящих перед врачом. Целью лечения любого

заболевания следует считать повышение КЖ больного человека на фоне положительной клинической динамики.

Известно, что двигательные расстройства (невозможность выполнения определенных видов физических нагрузок), необходимость частого приема лекарственных препаратов, ограничение повседневной активности и социальной адаптации оказывают существенное негативное влияние на КЖ больных с БП. Поэтому улучшение КЖ рассматривается как одна из основных целей терапии этой патологии.

Болезнь Паркинсона — хроническое прогрессирующее заболевание головного мозга с дегенерацией нигростриарных нейронов и нарушением функции базальных ганглиев. Это одно из наиболее распространенных неврологических расстройств у пожилых людей. Дисфункция дофаминергических нейронов формирует классическую триаду паркинсониз-

ма: гипо- и акинезия, мышечная ригидность, тремор. Прогрессирование болезни приводит к нарастанию двигательных расстройств и в конечном итоге к обездвиженности и утрате способности к самообслуживанию.

Значимость проблемы определяется часто и тем, что у этой категории пациентов обнаруживаются не только моторные (двигательные), но выраженные и достаточно структурированные психоэмоциональные, интеллектуально-мнестические (когнитивные) и поведенческие изменения, которые существенно утяжеляют течение болезни, нарушают социальную адаптацию пациентов и приводят к ухудшению их качества жизни [2, 4, 9, 11, 12]. Почти все случаи БП сопровождаются нарушениями высших мозговых функций [1, 2, 4, 15]. Тяжесть когнитивной дисфункции при БП значительно варьирует. По данным разных авторов, выраженность познавательных нарушений при БП различна — от полной сохранности до тяжелых проявлений уже на ранних стадиях [1, 9].

В тех случаях, когда когнитивные расстройства препятствуют выполнению профессиональных и общественных обязанностей в прежнем объеме и качестве, принято говорить о БП с деменцией. Согласно профильным популяционным исследованиям, деменция отмечается в 20–30% случаев БП [10, 14]. Долговременное наблюдение за пациентами с БП свидетельствует о том, что риск развития деменции в течение 10 лет после начала заболевания составляет не менее 80% [9].

Следует учитывать, что на результаты исследования когнитивных функций существенно влияют особенности выборки и набора тестов. Кроме того, когнитивный дефицит может изменяться во времени, например ухудшаться на фоне депрессии и двигательного дефицита и восстанавливаться при стабилизации состояния. Литературные данные о частоте и степени выраженности когнитивных нарушений и их влиянии на течение БП весьма противоречивы.

Диагностика когнитивных расстройств проводится на основании жалоб больных и их родственников на снижение памяти и умственной работоспособности, которые объективно

подтверждаются тестированием. По данным О.С. Левина и соавт. (1998), с помощью нейропсихологических тестов когнитивные нарушения различной выраженности можно выявить у 95% больных БП. Наибольшие отклонения обнаруживаются при выполнении тестов на память, внимание, психомоторные, зрительно-пространственные и регуляторные функции, при этом общий уровень интеллекта существенно не страдает [1, 13]. Очень часто именно степень выраженности интеллектуально-мнестических дисфункций оказывает существенное влияние на КЖ больных с БП.

Цель исследования — изучение качества жизни пациентов с БП в зависимости от пола, возраста, формы заболевания и степени выраженности когнитивных расстройств.

Материал и методы

В кабинете экстрапирамидных расстройств, организованном на базе Сибирского государственного медицинского университета (г. Томск), было обследовано 90 человек с установленным диагнозом БП, из них 40 (44,4%) мужчин и 50 (55,6%) женщин. Средний возраст составил $(64,62 \pm 9,03)$ года.

Верификация диагноза БП осуществлялась в соответствии с общепринятой Международной классификацией болезней 10-го пересмотра (1995). Специальный код рубрики для БП — G20.

Степень тяжести БП у пациентов определяли с помощью шкалы Хен и Яра [7] и унифицированной рейтинговой шкалы оценки проявлений паркинсонизма (Unified Parkinson's Disease Rating Scale — UPDRS) [5].

Повседневную активность оценивали по шкале Schwab И England [6].

Качество жизни пациентов оценивали с помощью опросника «Краткий вопросник оценки статуса здоровья», являющегося официальным русскоязычным аналогом инструмента MOS Short-form 36-Item (MOS SF-36) [2], и специального опросника состояния качества жизни больных с болезнью Паркинсона (Parkinson's Disease Quality of Life Questionnaire-39 — PDQ-39) [8].

В таблице представлена краткая характеристика обследуемой группы.

Характеристика обследованных пациентов с болезнью Паркинсона

Всего, абс.	90	
Пол	Мужчины	40 (44,4%)
	Женщины	50 (55,6%)
Средний возраст, лет	64,62 ± 9,03	
Форма БП	Акинетическая	26 (28,9%)
	Дрожательная	19 (21,1%)
	Смешанная	45 (50%)
Стадия БП по Хен и Яру	1-я	11 (12,2%)
	2-я	40 (44,4%)
	3-я	31 (34,4%)
	4-я	8 (9,0%)

Результаты исследования обрабатывали с помощью статистического анализа на персональном компьютере с использованием статистического пакета SPSS 10.0. Большинство итоговых значений приведены в формате $M \pm m$, где M — среднее арифметическое значение, m — среднее квадратическое отклонение. Для анализа значимых отличий между двумя независимыми выборками использовался t -критерий Стьюдента для независимых выборок, а также такие непараметрические критерии, как U -критерий Манна-Уитни и Колмогорова-Смирнова. При сравнении двух зависимых выборок использовался непараметрический тест Уилкоксона. Для сравнительного анализа более двух зависимых выборок применялся непараметрический тест Фридмана.

Результаты и обсуждение

Анализ качества жизни пациентов с БП проводили в зависимости от пола, формы заболевания и степени выраженности когнитивных нарушений.

На основании результатов анкетирования по вопроснику MOS SF-36 проводили расчет пяти показателей, характеризующих физический статус пациентов (физическая активность, роль физических проблем в ограничении жизнедеятельности, боль, общее здоровье, жизнеспособность) и пяти параметров, отражающих его психосоциальный статус (роль эмоциональных проблем в ограничении жизнедеятельности, социальная

активность, психическое здоровье, общее здоровье и жизнеспособность). Два последних показателя определяются как физическим, так и психическим статусом человека.

Анализ полученных данных в зависимости от пола пациентов по шкале MOS SF-36 показал, что уровень КЖ был выше у женщин по всем показателям, кроме балла социальной активности (СА) (Social Functioning — SF), оценивающего объем социальных связей за последние 4 нед, который составил $(41,78 \pm 12,29)$ и $(42,12 \pm 11,64)$ балла у мужчин и женщин соответственно (рис. 1).

Оценка КЖ по специфическому опроснику PDQ-39 в зависимости от пола пациентов показала более высокий уровень у мужчин по всем показателям, кроме эмоционального благополучия, — $(9,7 \pm 5,39)$ и $(9,58 \pm 5,97)$ балла у мужчин и женщин соответственно, а также состояние телесного дискомфорта, который составил $(4,98 \pm 2,84)$ балла у мужчин и $(4,72 \pm 3,03)$ у женщин (рис. 2).

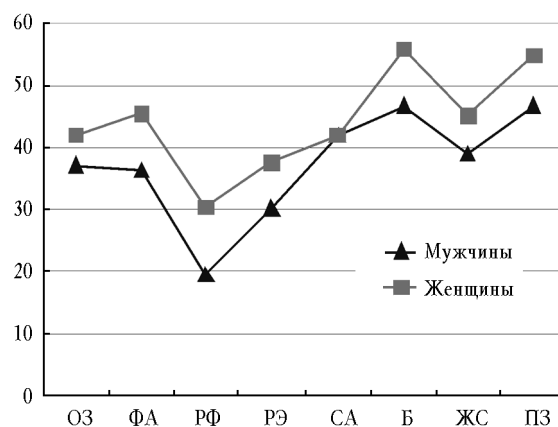


Рис. 1. Качество жизни пациентов с БП по шкале MOS SF-36 в зависимости от пола: ОЗ — общее здоровье (General Health — GH); ФА — физическая активность (Physical Functioning — PF); РФ — роль физических проблем в ограничении жизнедеятельности (Role-Physical — RP); РЭ — роль эмоциональных проблем в ограничении жизнедеятельности (Role Emotional — RE); СА — социальная активность (Social Functioning — SF); Б — боль (Bodily Pain — BP); ЖС — жизнеспособность (Vitality — VT); ПЗ — психическое здоровье

(Mental Health — MH)

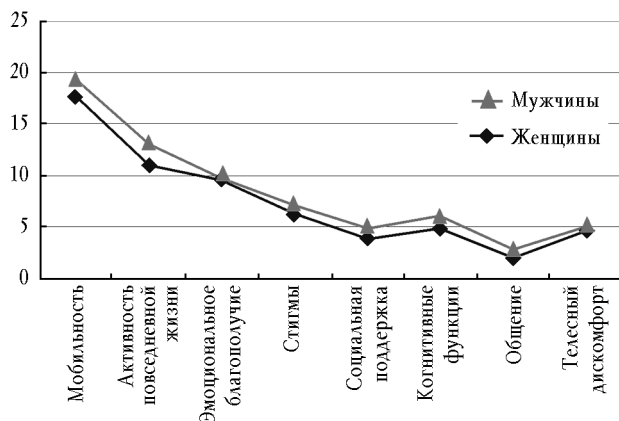


Рис. 2. Качество жизни пациентов с БП по шкале PDQ-39 в зависимости от пола

Расхождение полученных данных может свидетельствовать о неспецифичности опросника MOS SF-36, который используется для оценки КЖ при различной патологии, и большей специфичности опросника PDQ-39.

Интерпретируя КЖ в зависимости от формы заболевания, выявили, что уровень жизни пациентов с дрожательной формой БП был ниже, чем при других формах, практически по всем показателям, кроме социальной активности (рис. 3). Так, у пациентов с акинетической формой состояние социальной активности оказалось ниже, нежели с дрожательной и смешанной, и составило $(36,73 \pm 9,78)$, $(43,0 \pm 10,98)$ и $(44,56 \pm 12,48)$ балла соответственно.

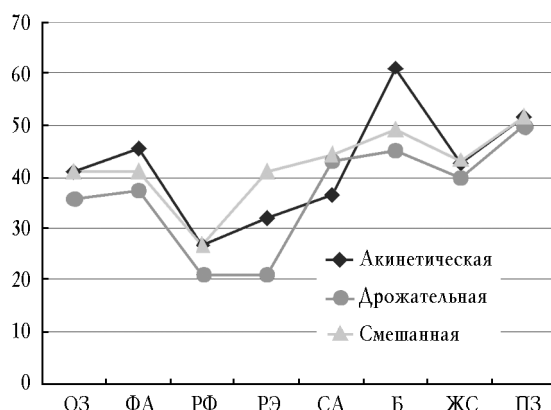


Рис. 3. Качество жизни пациентов с БП по шкале MOS SF-36 в зависимости от формы БП

Особый интерес имела характеристика болевого синдрома. Значительно меньше среди всех форм БП была выражена боль у пациен-

тов при акинетической форме, которая составила $(61,27 \pm 26,27)$ балла, дрожательной — $(45,21 \pm 22,48)$ и смешанной — $(49,22 \pm 24,58)$.

Такие показатели, как жизнеспособность, характеризующий состояние жизненного тонуса за последние 4 нед, и психическое здоровье, определяющий состояние ментальной сферы в течение последних 4 нед, не выявили различий между группами.

Характеризуя КЖ по опроснику PDQ-39, определили, что худшие результаты по таким признакам, как мобильность и активность повседневной жизни, наблюдались при дрожательной форме БП $(16,26 \pm$

$7,79)$ и $(9,53 \pm 5,88)$ балла соответственно (рис. 4). Лучшие результаты по этим показателям наблюдались при акинетической форме $(19,84 \pm 7,11)$ и $(13,62 \pm 5,39)$. При смешанных формах БП у пациентов анализируемые данные заняли промежуточное положение — $(18,22 \pm 8,54)$ и $(11,93 \pm 6,51)$ балла. Такие показатели, как эмоциональное благополучие, стигмы, общение и телесный дискомфорт, не имели различий у больных с различными формами БП.

При оценке КЖ пациентов с БП в зависимости от степени выраженности когнитивных расстройств были получены следующие данные: значительно страдал уровень жизни у больных с 20–23 баллами по MMSE, что соответствует умеренным когнитивным расстройствам (деменции легкой степени выраженности). При этом особенная разница отмечалась по такому показателю, как физическая активность (ФА), которая оценивает объем повседневной физической нагрузки и не ограничивается состоянием здоровья.

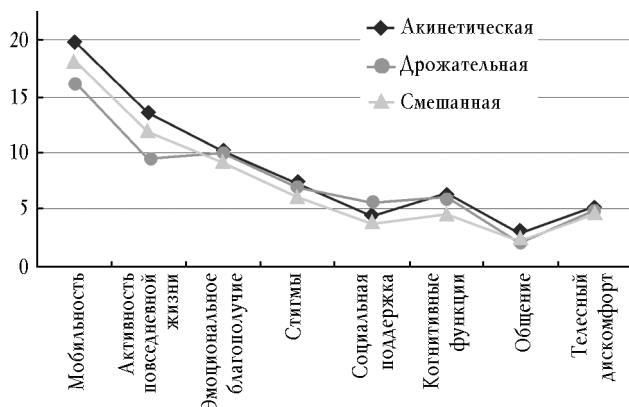


Рис. 4. Качество жизни пациентов по шкале PDQ-39 в зависимости от формы БП

Не наблюдалось существенных различий между анализируемыми группами при оценке таких показателей, как общее здоровье (ОЗ); жизнеспособность (ЖС) (определяет жизненный тонус за последние 4 нед) и психическое здоровье (ПЗ) (характеризует состояние ментальной сферы в течение последних 4 нед).

Относительно всех групп самый высокий уровень качества жизни оказался у пациентов с 11–19 баллами по MMSE, что соответствует деменции умеренной степени выраженности.

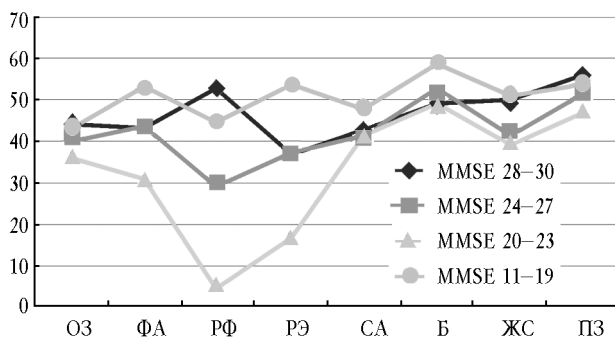


Рис. 5. Качество жизни пациентов по шкале MOS SF-36 в зависимости от балла по MMSE

Заключение

Таким образом, на основании проведенного исследования у 90 больных с БП было выявлено, что уровень КЖ был выше у женщин по всем показателям, кроме показателя состояния социальной активности, оценивающего объем социальных связей за последние 4 нед, который составил $(41,78 \pm 12,29)$ и $(42,12 \pm 11,64)$ балла у мужчин и женщин соответственно.

Уровень жизни пациентов с дрожательной формой БП был ниже, чем при других формах, практически по всем показателям, кроме социальной активности. Меньше всего наблюдался болевой синдром при акинетической форме и чаще – при смешанной.

Такие показатели, как жизнеспособность и психическое здоровье, не выявили различий между группами.

Показатели КЖ зависят от формы болезни, прогрессивно снижаются с увеличением длительности заболевания, нарастанием неврологического дефицита и степени инвалидизации. Исследование КЖ может быть использовано для разработки программ лечения и реабилитации неврологических больных, применяться для оценки эффективности лечебных и реабилитационных мероприятий.

Литература

1. Глоzman Ж.М., Артемьев Д.В., Дамулин И.В., Ковязина М.С. Возрастные особенности нейропсихологических расстройств при болезни Паркинсона // Вестн. МГУ. Сер. 14: Психология. 1994. № 3. С. 25–36.
2. Захаров В.В., Ахутина Т.В., Яхно Н.Н. Нарушение памяти при болезни Паркинсона // Журн. неврологии и психиатрии. 1999. Т. 99. № 4. С. 17–22.
3. Корсакова Н.К., Москвичюте Л.И. Подкорковые структуры мозга и психические процессы. М.: Изд-во МГУ, 1985.
- 4.

Жукова И.А., Жукова Н.Г., Алифиров В.М., Гашилова Ф.Ф. Когнитивные расстройства и качество жизни пациентов с БП

5. **Мясоедова Н.В., Леонова М.В.** Изучение качества жизни у больных артериальной гипертонией и влияние гипотензивной терапии // Качество жизни. Медицина. 2003. № 2. С. 48—52.
6. **Чучалин А.Г., Белевский А.С., Смоленов И.В. и др.** Исследование качества жизни больных бронхиальной астмой в России (проект «ИКАР») // Атмосфера. Пульмонология и аллергология. Спец. вып. Ноябрь, 2003. 48 С.
7. **Шток В.Н., Иванова-Смоленская И.А., Левин О.С.** Экстрапирамидные расстройства: Руководство по диагностике и лечению. М.: МЕДпресс-информ, 2002. 607 С.
8. **Яхно Н.Н.** Когнитивные расстройства в неврологической клинике // Невролог. журн. 2006. Т. 11. Прил. № 1. С. 4—12.
9. **Яхно Н.Н., Штульман Д.П.** Болезнь Паркинсона // Болезни нервной системы. 2003. Т. 2. С. 76—96.
10. **Aarsland D., Andersen K., Larsen J.P.** 8 year prevalence of dementia in Parkinson's disease // *Move. Disord.* 2001. V. 16. Suppl. 1. P. S57.
11. **Brown R.G., Marsden C.D.** How common is dementia in Parkinson's disease // *Lancet.* 1984. V. 2. P. 1262—1265.
12. **Burns A., Zaudig M.** Mild cognitive impairment in older people // *The Lancet.* 2002. V. 360. P. 1963—1965.
13. **Collie A., Maruff P.** An analysis of systems of classifying mild cognitive impairment in older people // *Austr. New Zeal. J. Psych.* 2002. V. 36. P. 133—140.
14. **Mayeux R., Stern Y., Rosenstein R. et al.** An estimate of the prevalence of dementia in idiopathic Parkinson's disease // *Arch. Neurol.* 1988. V. 45. P. 260—262.
15. **Owen A.M., James M., Leigh P.N. et al.** Fronto-striatal cognitive deficits at different stage of Parkinson's disease // *Brain.* 1992. V. 115. № 6. P. 1727—1751.
16. **Taylor A., Saint-Cyr J.A., Lang A.E.** Dementia prevalence in Parkinson's disease // *Lancet.* 1985. V. 1. P. 1037.