
Краткие сообщения

УДК 616.8

ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНАЯ ДИАГНОСТИКА ПЕРВИЧНОГО И ВТОРИЧНОГО ПАРКИНСОНИЗМА

Е. С. Гаранина*¹, кандидат медицинских наук,
В. В. Линьков¹, доктор медицинских наук,
И. В. Уткин², кандидат медицинских наук,
М. Н. Уткина¹, кандидат медицинских наук

¹ ГБОУ ВПО «Ивановская государственная медицинская академия» Минздрава России, 153012, г. Иваново, Шереметевский просп., д. 8.

² Шуйский филиал ФГБОУ ВПО «Ивановский государственный университет», 155908, Россия, Ивановская область, г. Шуя, ул. Кооперативная, д. 24.

Ключевые слова: первичный паркинсонизм, вторичный паркинсонизм, дифференциально-диагностические критерии, многофакторный статистический анализ.

* Ответственный за переписку (corresponding author): e-mail: GaraninaE.S@mail.ru.

Цель исследования – выделить и уточнить клинические дифференциально-диагностические критерии первичного и вторичного паркинсонизма методом многофакторного статистического анализа в зависимости от пола, возраста пациентов, возраста дебюта, длительности и тяжести болезни, а также показателей качества жизни, тяжести двигательных, когнитивных и тревожно-депрессивных нарушений.

МАТЕРИАЛ И МЕТОДЫ

Обследовано 94 пациента в возрасте старше 40 лет (45 женщин и 49 мужчин), проходивших лечение в неврологическом отделении МБУЗ «Городская клиническая больница № 3 г. Иваново», в том числе с первичным паркинсонизмом – 62 человека, с вторичным – 32, из них с сосудистым – 24, с лекарственным – 2, с токсическим – 2, с посттравматическим – 1, с ассоциированным с другими неврологическими симптомами (пирамидными, когнитивными нарушениями) – 4. Оценивали двигательные и немоторные нарушения по унифицированной шкале оценки болезни Пар-

кинсона, шкале Хен – Яра, шкале повседневной активности; качество жизни – с помощью универсального опросника SF-36 Health Status Survey. Исследовали когнитивные функции с помощью шкалы Mini-Mental State Examination (MMSE), аффективные нарушения – по госпитальной шкале тревоги и депрессии HADS.

РЕЗУЛЬТАТЫ И ОБСУЖДЕНИЕ

При первичном паркинсонизме были определены три группы факторов. В состав первой вошли показатели, отражавшие нарушения двигательной сферы, мышления и наличие осложнений леводопатерапии по унифицированной шкале оценки болезни Паркинсона, шкалам Хен – Яра и повседневной активности. Второй фактор – показатели тяжести тревожно-депрессивных нарушений по госпитальной шкале тревоги и депрессии HADS, возраст пациентов и дебюта болезни. Между ними прослеживались обратные корреляционные взаимосвязи, которые свидетельствовали о том, что с возрастом у больных первичным паркинсонизмом как бы притупляется чувство тревоги и

DIFFERENTIATED DIAGNOSIS OF PRIMARY AND SECONDARY PARKINSONISM

Garanina E. S., Linkov V. V., Utkin I. V., Utkina M. N.

Key words: primary parkinsonism, secondary parkinsonism, differential and diagnostic criteria, multifactor statistic analysis.

депрессии и, наоборот, в относительно молодом возрасте тревожно-депрессивные расстройства могут быть более ярко выраженными. В третью группу факторов вошли: общее состояние здоровья (GH), ролевое функционирование, обусловленное физическим (RP) и психологическим компонентами (RE). Снижение показателей качества жизни патогномично для пациентов с первичным паркинсонизмом.

У больных с вторичным паркинсонизмом первую, наиболее значимую группу факторов составили всего четыре параметра: два из них, отражавшие тяжесть двигательных нарушений по шкале повседневной активности в периоды включения и выключения, были со знаком «минус». Два другие, свидетельствовавшие о наличии тревоги и депрессии по шкале HADS, имели положительные значения. Состояние двигательной активности и уровень тревожно-депрессивных расстройств находятся в обратной зависимости. Во вторую группу факторов включили: мышление и другие психологические функции, показатели повседневной активности в периоды включения и выключения, показатели двигательной активности, наличие осложнений леводопатерапии по унифицированной шкале, показатели тяжести течения паркинсонизма. Показатели мышления напрямую коррелировали с параметрами двигательной активности. В третью группу факторов вошел единственный показатель – общее состояние здоровья (GH).

Методом А. Wald (1960) в модификации А. А. Генкина и Е. В. Гублера (1962) определены пороговые значения ведущих клинических диффе-

ренциально-диагностических критериев. Для первичного паркинсонизма характерны тяжесть двигательных нарушений более 66 баллов в период включения и 70 баллов в период выключения по унифицированной шкале оценки, осложнения леводопатерапии более 8 баллов по унифицированной шкале оценки, а для вторичного П – тяжесть тревоги и депрессии более 10 баллов по шкале HADS и выраженность когнитивного дефицита менее 26 баллов по шкале MMSE.

ВЫВОДЫ

У больных с вторичным паркинсонизмом имеется четкая зависимость между двигательной и эмоциональной сферами, а также мышлением. Относительная сохранность двигательной сферы сопровождается достаточно хорошо функционирующим мышлением, а значительные нарушения со стороны моторики влекут за собой возникновение тревожно-депрессивных расстройств.

Очевидно, что континуум болезни при первичном паркинсонизме является более сложным, чем при вторичном. В него, кроме первичных факторов, уже вплетаются вторичные – ятрогенные, такие как осложнения леводопатерапии. В таком случае не всегда четко можно ответить на вопрос о том, от чего же больше страдает больной: от самой болезни или от побочных эффектов проводимой терапии. Несомненно одно – функциональные взаимосвязи между показателями двигательной сферы и мышления при первичном паркинсонизме становятся еще более сложными и тесными, чем при вторичном.