Нейропсихологические расстройства на ранней стадии болезни Паркинсона

И.А. Вереютина, С.Н. Иллариошкин, Е.Ю. Журавлева, Р.К. Шихкеримов

ФГБУ «Научный центр неврологии» РАМН;
Окружное неврологическое отделение городской поликлиники № 26 УЗ ЮАО;
Главное медицинское управление при Управлении делами Президента РФ (Москва)

Проведена сравнительная оценка особенностей аффективных и когнитивных нарушений на ранней стадии болезни Паркинсона (БП) при различных клинических формах заболевания. У большинства пациентов выявлялись когнитивные нарушения преимущественно регуляторного и нейродинамического характера, не достигавшие уровня деменции. Обнаруженные когнитивные нарушения преобладали у больных с акинетико-ригидной формой заболевания, тогда как дрожательная форма БП оказалась более благоприятной по своему влиянию на интеллектуальную сферу. Показана высокая распространенность депрессии на ранней стадии БП: депрессивная симптоматика различной степени выраженности определялась у 84% обследованных больных. Аналогично когнитивному снижению депрессивные и тревожные нарушения в дебюте БП достоверно чаще выявлялись у пациентов с акинетико-ригидной формой заболевания по сравнению с дрожательным фенотипом. Полученные данные подтверждают точку зрения об аффективных расстройствах как весьма характерных ранних (в т.ч. премоторных) проявлениях БП.

Ключевые слова: болезнь Паркинсона, ранняя стадия, нейропсихологические расстройства, когнитивное снижение, депрессия

Болезнь Паркинсона является прогрессирующим нейродегенеративным заболеванием, обусловленным поражением стволово-экстрапирамидных структур головного мозга и нарушением медиаторного, преимущественно дофаминового, обмена. Это заболевание относится к числу наиболее распространенных в неврологии и встречается в среднем с частотой 100–150 случаев на 100 тыс. населения [4, 8]. При этом БП является возраст-зависимой патологией: она манифестирует в среднем в 40–60 лет, а распространенность в старших возрастных группах может достигать 1% и более [14].

Основными двигательными проявлениями БП являются брадикинезия, ригидность, дрожание, постуральные расстройства. При БП широко представлены также разнообразные недвигательные (немоторные) изменения – диссомнические, сенсорные, вегетативные, а также расстройства со стороны высших психических функций (поведенческие, когнитивные, эмоционально-аффективные, психотические). Они могут возникать задолго до появления типичных двигательных расстройств и являться основным фактором, определяющим качество жизни [2, 11], поэтому недвигательным проявлениям придается в последние годы существенное значение. Отдельные немоторные проявления, такие как выраженные эмоционально-аффективные нарушения, апатия, раннее развитие деменции, в сочетании с поздним возрастом дебюта симптомов и преобладанием в клинике акинетико-ригидного синдрома могут служить предикторами быстрого течения заболевания и преждевременной тяжелой инвалидизации и смертности [3, 7, 14].

Наиболее часто встречающимися среди немоторных нарушений являются эмоционально-аффективные расстройства, а самыми типичными среди них – депрессия и дистимические проявления, а также тревожность [17, 18]. Ведущее значение в их развитии придается дегенерации мезолимбического пути. В то время как в обычной популяции пожилых людей депрессией страдают 2–3% лиц [1], среди больных БП она наблюдается, по разным данным, в 20–90% случаев [7, 9–11]. Депрессия значительно затрудняет ведение пациентов и уход за ними, а также проведение необходимых реабилитационных мероприятий [12, 18].

В настоящее время среди исследователей, занимающихся проблемой паркинсонизма, нет единого мнения относительно сроков появления депрессивных нарушений. По мнению J.M. Errea и соавт. [13], депрессия может появиться на любой стадии БП, причем пациенты с отчетливой депрессией обычно имеют «стаж» заболевания дольше, чем больные без аффективных расстройств. По мнению других, выраженные депрессивные расстройства относительно чаще возникают в первые три года болезни, а затем происходит некоторая адаптация к дефектам и личностная переработка ситуации [9, 15]. К настоящему времени накапливается все больше данных, свидетельствующих о том, что депрессия при БП может на много лет опережать двигательные симптомы заболевания [3, 16, 19]. Точная продолжительность временного интервала между депрессивными нарушениями и появлением моторных симптомов болезни не установлена, но по некоторым оценкам она составляет 4–6 лет [12, 14, 16]. На ранней стадии БП депрессия не всегда отчетлива, поэтому такие пациенты нуждаются в особенном внимании на предмет наличия у них двигательных нарушений. Если симптомы недостаточно убедительны для постановки диагноза, должна сохраняться настороженность в отношении БП с диспансерным наблюдением пациента у врача-невролога и психотерапевта. R. Mayeux и соавт. [16] считают, что возникновение депрессии при паркинсонизме не зависит от пола, возраста, продолжительности заболевания, тяжести двигательного дефекта и терапии леводопа-препаратами. Установлено, что адекватная психофармакологическая коррекция депрессивных симптомов приводит к улучшению и двигательных функций [11, 13].

Нервно-психические нарушения на ранней стадии БП включают когнитивное снижение, которое с помощью тонких нейропсихологических и нейрофизиологических тестов можно выявить не менее чем у 90% больных [9, 11, 16, 17]. У подавляющего числа пациентов в первые несколько лет заболевания преобладают легкие или умеренные когнитивные нарушения [17, 19]. Возникновение когнитивных нарушений при БП может быть связано с нарушениями в рамках каждого из основных структурно-функциональных блоков головного мозга, описанных А.Р. Лурией [5].

Первый блок – *энергетический*: включает неспецифические структуры разных уровней – ретикулярную формацию ствола мозга, неспецифические структуры мезодиэнцефальных областей, лимбическую систему, медиобазальные отделы коры лобных и височных долей мозга. Функциональное значение первого блока в обеспечении психических функций состоит прежде всего в регуляции процессов активации и поддержании общего тонуса ЦНС, необходимого для любой психической деятельности. Этот аспект работы первого блока имеет непосредственное отношение к процессам внимания – общего, неизбирательного и селективного, а также памяти и сознания в целом. При поражении первого блока развиваются нейродинамические нарушения (психомоторная замедленность, брадифрения, брадилалия). Судить о наличии когнитивных расстройств, характерных для нарушений первого (энергетического) блока, позволяют ряд специальных шкал и опросников: серия тестов для оценки функции лобных долей головного мозга (в частности, оценка беглости речи, способности к концептуализации), минимальная шкала оценки умственного состояния, опросник когнитивной недостаточности.

Второй блок – *блок приема, переработки и хранения информации*: включает основные анализаторные системы с соответствующими корковыми зонами, а также вторичные и третичные ассоциативные поля, расположенные преимущественно в задних отделах больших полушарий мозга. Работа этого блока обеспечивает модально-специфические процессы, а также сложные интегративные формы переработки экстероцептивной информации, необходимой для осуществления психических функций. При поражении второго блока развиваются так называемые операциональные расстройства – мнестические, гностические, речевые и т.д. При проведении нейропсихологического исследования разнообразные операциональные расстройства регистрируются на основании результатов отдельных тестов для оценки функции лобных долей головного мозга (в частности, исследование простой реакции выбора), а также по соответствующим разделам других стандартных психометрических шкал.

Третий блок – *блок программирования, регуляции и контроля за протеканием психической деятельности*: включает моторные, премоторные и префронтальные отделы коры лобных долей мозга. Лобные доли характеризуются большой сложностью строения и множеством двухсторонних связей с корковыми и подкорковыми структурами. Расстройства функций данного блока характеризуются апатико-абулическим синдромом, депрессией, аспонтанностью, нарушением критики и др. При проведении нейропсихологического исследования о нарушениях в рамках третьего структурно-функционального блока судят по серии тестов для оценки функции лобных долей головного мозга (в частности, исследование динамического праксиса и усложненной реакции выбора) и ряду разделов других стандартных психометрических шкал.

Цель настоящего исследования: сравнительная оценка клинических особенностей эмоционально-аффективных и когнитивных нарушений на ранней стадии БП при различных формах заболевания.

Характеристика больных и методов исследования

В исследование были включены 60 пациентов с начальными проявлениями БП, что соответствовало стадиям 1–2 по функциональной шкале Хен–Яра. В их числе: мужчин – 39 (65%), женщин – 21 (35%). У большинства обследованных больных (90%) диагноз БП был выставлен впервые. Возраст больных на момент осмотра 60,5±5,5 лет (от 55 до 66), возраст дебюта симптомов – 50,0±3,3 лет (от 47 до 53). Тяжесть симптоматики по Унифицированной рейтинговой шкале оценки болезни Паркинсона (УРШОБП) составила 35,0±22,0 балла (от 13 до 57).

Для сравнительной оценки выраженности нейропсихологических нарушений больные, в соответствии с основными формами заболевания, были разделены на 3 группы (по 20 чел. в каждой):

- дрожательная форма – 12 мужчин и 8 женщин;
- акинетико-ригидная форма – 14 мужчин и 6 женщин;
- смешанная форма – 13 мужчин и 7 женщин.

Всем пациентам проводилось нейропсихологическое тестирование для выявления исходного уровня личностной и реактивной тревожности, депрессивной симптоматики, интеллектуально-мнестических нарушений, а также анализ уровня мотивации к улучшению своего самочувствия и оценка качества жизни. С этой целью использовались:

- шкала депрессии Бека;
- шкала депрессии Гамильтона;
- шкала тревоги Спилбергера (определение уровня ситуативной и личностной тревожности);
- серия тестов для оценки функции лобных долей головного мозга («батарея лобных тестов», Frontal Assessment Battery);
- минимальная шкала оценки психического состояния (Mini-Mental State Examination, MMSE);
- опросник когнитивной недостаточности (Cognitive Failures Questionnaire);
- определение уровня мотивации к улучшению своего состояния;
- шкала самооценки тревоги Цунга;
- система оценок качества жизни при БП (Parkinsonrs Disease Quality of Life Scoring System, PDQ-39);
- тест узнавания эмоциональных состояний.

Статистический анализ данных выполнялся с использованием пакета программ Statistica 9.1 (StatSoft, Inc., США) в соответствии с рекомендациями [5].

Результаты и обсуждение

В результате проведенного исследования наличие интеллектуально-мнестических расстройств было выявлено у 20% пациентов с начальной стадией БП (12 пациентов из 60 обследованных). Значительное большинство выявлен-

таблица 1: Выраженность когнитивных расстройств у пациентов с начальной стадией болезни Паркинсона в зависимости от формы заболевания.

	Когнитивные шкалы (баллы)		
	MMSE	Батарея лобных тестов	Опросник когнитивной недостаточности
Дрожательная форма	28,45±2,24*	17,25±1,59*	30,15±13,69
Акинетико-ригидная форма	27,65±2,08*	16,25±1,89*	31,45±7,94
Смешанная форма	28,10±2,20	16,89±1,39	30,89±7,21

Примечание: *p<0,01 при сравнении групп пациентов с дрожательной и акинетико-ригидной формами БП.

ных случаев когнитивных нарушений приходилось на группу больных с акинетико-ригидной формой заболевания (9 пациентов из 12). Во всех случаях изменения носили характер умеренных или легких когнитивных расстройств (табл. 1).

Как видно из табл. 1, по всем трем использованным нами когнитивным шкалам наилучшие показатели, близкие к норме, были характерны для дрожательной формы, наихудшие – для акинетико-ригидной (различие между данными формами достоверно), а смешанная форма БП характеризовалась «промежуточными» показателями расстройств когнитивных функций.

На следующем этапе анализа нами была сделана попытка оценить модальность (качественный характер) выявляемых на ранней стадии БП когнитивных нарушений. С этой целью в рамках использованных психометрических шкал были выделены подпункты, преимущественно характеризующие состояние 1–3-го структурно-функциональных блоков головного мозга (по А.Р. Лурии). Как видно из табл. 2, у большинства обследованных больных БП на ранней стадии заболевания выявлялись когнитивные нарушения преимущественно регуляторного и нейродинамического характера, тогда как операциональные расстройства были выражены значительно меньше. Основные затруднения вызвали пробы на концептуализацию, беглость речи и усложненную реакцию выбора.

таблица 2: Синдромы когнитивных расстройств у пациентов с начальной стадией болезни Паркинсона в зависимости от формы заболевания.

	Нейродинамические расстройства**		Операциональные расстройства***	Регуляторные расстройства****	
	концептуализация	беглость речи		простая реакция выбора	усложненная реакция выбора
Дрожательная форма	2,40±0,43*	2,39±0,51*	2,80±0,19	2,80±0,17	2,60±0,38
Акинетико-ригидная форма	2,08±0,92*	1,92±0,89*	2,75±0,24	2,75±0,23	2,58±0,41
Смешанная форма	2,21±0,71	2,01±0,90	2,78±0,21	2,78±0,21	2,60±0,36

Примечание: *p< 0,01 при сравнении групп пациентов с дрожательной и акинетико-ригидной формами.
**Для выявления нейродинамических расстройств использовались следующие разделы «батареи лобных тестов»: концептуализация (максимальный балл в данном субтесте – 3) и беглость речи (максимальный балл – 3, более 9 слов в мин).
***Для выявления операциональных расстройств исследовались модально-специфические параметры двигательной памяти (конкретнее, один из разделов «батареи лобных тестов» – динамический праксис, норма – 3 балла).
****Для выявления регуляторных расстройств (формирование целей и программ деятельности) использовались следующие разделы «батареи лобных тестов»: простая реакция выбора (максимальный балл в данном субтесте – 3) и усложненная реакция выбора (максимальный балл – 3).

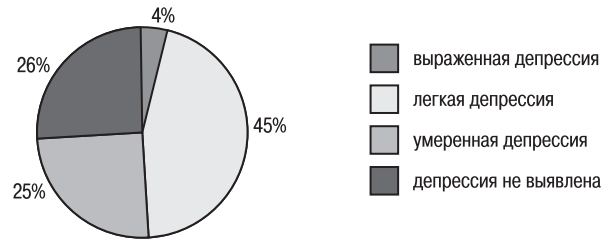

рис. 1: Оценка депрессивной симптоматики по шкале Бека у пациентов с начальной стадией болезни Паркинсона

Оценка аффективных нарушений проводилась с помощью шкал депрессии Бека (Beck A.T., 1996), Гамильтона (Hamilton M., 1959) и шкалы тревожности Спилбергера (Spilberger C.P., 1983). У большинства обследованных больных (74%) выявлена депрессивная симптоматика разной степени выраженности, представленная повышенным чувством вины, беспомощностью, раздражительностью, снижением способности получать удовольствие, а также суицидальными мыслями без суицидальных намерений (последнее – в 5% случаев с выявленной депрессивной симптоматикой). Если такие симптомы, как бессонница, общая слабость или быстрая утомляемость, наблюдались и у недепрессивных больных на начальной стадии БП, то жалобы на безнадежность, неудовлетворенность жизнью, отсутствие бодрости и печаль свидетельствовали уже о формировании депрессии в структуре заболевания.

Оценка депрессивной симптоматики по шкале Бека (рис. 1) варьировала от 4 до 34 баллов, средняя оценка составила 27,0±8,5 баллов. У 26 пациентов выявлялась депрессия легкой степени (45% от общего числа обследуемых), у 15 (25%) – умеренная, у 3 (4%) больных – выраженная. У 16 (26%) оценка по шкале Бека составляла не более 10 баллов (что соответствует отсутствию депрессивных нарушений).

В обследованной группе пациентов оценка депрессивной симптоматики по шкале Гамильтона (рис. 2) варьировала от 6 до 18 баллов (в среднем 11,1±4,6 баллов). У 43% обследуемых выявлена легкая депрессия, у 35% – депрессия средней степени тяжести. У 22% обследуемых оценка по шкале Гамильтона составляла не более 7 баллов (депрессивных нарушений не выявлено).

Проведенный анализ выраженности аффективных нарушений в зависимости от формы БП (табл. 3) показал, что депрессия достоверно чаще встречается у пациентов с акинетико-ригидной или смешанной формами паркинсонизма по сравнению с дрожательной формой заболевания

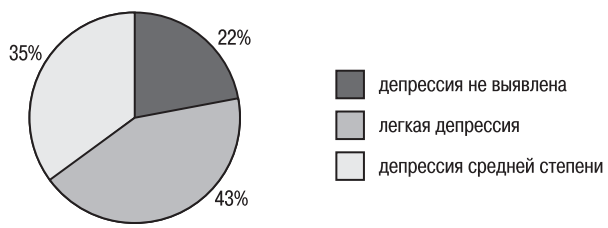

рис. 2: Оценка депрессивной симптоматики по шкале Гамильтона у пациентов с начальной стадией болезни Паркинсона

рис. 3: Выраженность депрессивной симптоматики у пациентов с начальной стадией болезни Паркинсона в зависимости от тяжести заболевания по функциональной шкале Хен–Яра.

($p<0,05$). Аналогичные результаты были получены также в работах D. Aarsland и соавт. [9], J.M. Errea и соавт. [13] и др. Также нами была отмечена определенная взаимосвязь депрессии на начальной стадии БП с женским полом: у пациентов-женщин средние показатели шкалы депрессии Бека составили 29±3,2 баллов, в то время как у мужчин – 22±4,6 баллов (различия достоверны, $p<0,001$).

Некоторыми авторами депрессия включается в дополнительные диагностические критерии БП [9, 18], т.к. именно при данной неврологической патологии депрессия относится к числу наиболее частых проявлений и отличается значительной выраженностью. Ее появление нельзя объяснить только реакцией больного на стресс, поскольку предполагается существование более специфических механизмов депрессивных нарушений при синдроме паркинсонизма [12]. Наши данные подтверждают это мнение: как видно на рис. 3, в наиболее ранней стадии БП (стадия 1), т.е. когда диагноз только выставлен и реакция пациента на этот факт может быть наиболее острой, депрессия чаще всего не выявляется или преобладают преимущественно легкие ее формы; в то же время по мере прогрессирования патологического процесса (стадии 1,5 и 2) частота и выраженность депрессии постепенно нарастают.

С помощью шкалы Спилбергера (табл. 3) определялся уровень реактивной и личностной тревожности. Оценка реактивной тревожности по данной шкале варьировала от 18 до 44 баллов, личностной – от 30 до 49 баллов. У 27 (45%) пациентов отмечался низкий уровень реактивной тревожности, у 25 (41%) – умеренный, у 8 (14%) больных – высокий. При оценке личностной тревожности низкий уровень тревожности отмечался у 10 (17%) больных, умеренный – у 31 (51%) и высокий – у 19 (32%). Уровень личностной тревожности в среднем по группе был несколько выше, чем уровень реактивной тревожности. Кроме того, нельзя не отметить заметно большую выраженность личностной и реактивной тревожности у пациентов с акинетико-ригидной и смешанной формами заболевания по сравнению с дрожательной формой (табл. 3).

таблица 3: Выраженность депрессивной и тревожной симптоматики у пациентов с начальной стадией болезни Паркинсона в зависимости от формы заболевания.

		Дрожательная форма	Акинетико-ригидная форма	Смешанная форма
Шкала депрессии Бека		25,5±8,2*	32,0±8,5	28,5±8,2
Шкала депрессии Гамильтона		9,0±4,2*	13,0±4,6	12,0±5,3
Шкала тревожности Спилбергера	реактивная тревожность	31,3±6,4	41,8±3,9	40,3±3,7
	личностная тревожность	33,4±7,9	42,8±4,4	40,7±3,8

Примечание: *достоверность различий при сравнении выраженности депрессивной и тревожной симптоматики в группах с дрожательной и акинетико-ригидной формами БП (<0,05).

Для анализа восприятия аффективных состояний нами использовался метод узнавания эмоциональных состояний, изображенных на картинке. Пациенту демонстрировался набор из фотографий с лицами людей в различных эмоциональных состояниях: восхищения, удовольствия, страха, гнева, тревоги, счастья и т.д. Предлагалось назвать изображенную эмоцию, предварительно разделив картинки на отрицательные, положительные и нейтральные эмоциональные состояния. У пациентов с начальной стадией БП нарушения восприятия аффективных состояний выявлено не было. По-видимому, указанные расстройства не являются характерными для дебюта заболевания.

Исследование качества жизни проводилось с помощью стандартного опросника PDQ-39 (Peto V. et al., 1995) по следующим разделам: мобильность, активность повседневной жизнедеятельности, эмоциональное благополучие, социальная поддержка, общение, телесный дискомфорт. По нашим данным, вопросы о социальной поддержке выявляют имеющиеся у больных затруднения при занятии любимым делом, ограничение общественной активности и личных контактов, причем в большей степени это касается пациентов с акинетико-ригидной формой заболевания. Эмоциональные нарушения на ранней стадии БП у обследованных нами больных проявлялись ощущением общего неблагополучия, покинутости, неполноценности, чувством разочарования, отстраненности от других людей. Общие проявления снижения качества жизни у обследованных пациентов были представлены чувством мышечного напряжения, общей слабости, утомления, бессонницы. Нам представляется, что определение показателей качества жизни пациентов с БП может быть важным инструментом дополнительного контроля эффективности проводимого лечения.

Таким образом, у большинства обследованных больных БП на ранних стадиях заболевания выявлялись когнитивные нарушения, преимущественно регуляторного и нейродинамического характера, не достигавшие уровня деменции. Обнаруженные когнитивные нарушения преобладали у больных с акинетико-ригидной формой заболевания; напротив, дрожательная форма БП, по-видимому, может оказаться предиктором более благоприятного состояния интеллектуальной сферы на фоне многолетнего течения нейродегенеративного процесса. Аналогично когнитивным расстройствам депрессивные и тревожные нарушения на начальной стадии БП также чаще выявляются у пациентов с акинетико-ригидной и смешанной формами заболевания. С учетом наличия депрессии уже в дебюте заболевания у большинства пациентов, а также с учетом результатов опроса родственников больных, отметивших четкую склонность обследованных пациентов к депрессивным реакциям и до манифестации симптомов паркинсонизма, можно согласиться с мнением многих авторов об аффективных расстройствах как весьма характерных ранних (в т.ч. премоторных) проявлениях БП.

Список литературы

1. *Вейн А.М., Вознесенская Т.Г., Голубев В.Л., Дюкова Г.М.* Депрессия в неврологической практике (клиника, диагностика, лечение). М.: МИА, 2002.

2. *Вендрова М.И., Голубев В.Л., Садеков Р.А., Вейн А.М.* Двигательные, когнитивные и аффективные расстройства при болезни Паркинсона. Журн. неврол. и психиатрии им. С.С. Корсакова 2002; 3: 13–17.

3. *Иллариошкин С.Н.* Немоторные проявления болезни Паркинсона. Нервы 2007; 1: 7–8 .

4. *Левин О.С., Докадина Л.В.* Эпидемиология паркинсонизма и болезни Паркинсона. Неврол. журн. 2005; 5: 41–49.

5. *Лурия А.Р.* Основы нейропсихологии. М.: МГУ, 1973.

6. *Реброва О.Ю.* Статистический анализ медицинских данных. Применение пакета прикладных программ STATISTICA. М.: МедиаСфера, 2006.

7. *Федорова Н.В., Мирецкая А.В., Кулуа Т.К.* Депрессия и тревога при болезни Паркинсона. Трудный пациент 2006; 7: 11–13 .

8. Экстрапирамидные расстойства. Руководство по диагностике и лечению (под ред. В.Н. Штока, И.А. Ивановой-Смоленской, О.С. Левина). М.: МЕДпресс-информ, 2002.

9. *Aarsland D., Karlsen K.* Neuropsychiatric aspects of Parkinsonrs disease. Curr. Psychiatry. Rep. 1999; 1: 61–68.

10. *Burn D.J.* Beyond the iron mask: towards better recognition and treatment of depression associated with Parkinsonrs disease. Mov. Disord. 2002; 17: 445–454.

11. *Chaudhuri K.R., Healy D.J., Schapira A.H.V.* Non-motor symptoms of Parkinson's disease: diagnosis and management. Lancet Neurol. 2006; 5; 235–245.

12. *Cubo E., Bernard B., Leurgans S., Raman R.* Cognitive and motor fanction in patients with Parkinsonrs disease with and without depression. Clin. Neuropharmacol. 2000; 23; 331–334.

13. *Errea J.M., Ara J.R.* Depression and Parkinson disease. Rev. Neurol. 1999; 28: 694–698.

14. *Guttman M., Slaughter P.M., Theriault M.E. et al.* Burden of parkinsonism: a population-based study. Mov. Disord. 2003; 18: 313–319.

15. *Happe S., Schrodl B., Faltl M., Muller C.* Sleep disorders and depression in patients with Parkinson's disease. Acta Neurol. Scand. 2001; 104: 275–280.

16. *Mayeux R., Stern Y., Rosen S., Leventhal J.* Depression, intellectual impairment, and Parkinson disease. Neurology 1981; 31: 645–650.

17. *Polich J., Kok A.* Cognitive and biological determinants of P300: an integrative review. Biol. Psychol. 1995; 41: 103–146.

18. *Slaughter J.R., Slaughter K.A., Nichols D. et al.* Prevalence, clinical manifestations, etiology, and treatment of depression in Parkinson's disease. J. Neuropsychiatry Clin. Neurosci. 2001; 13: 187–196.

19. *Wolters E.Ch., Bergmans P.* Preclinical (premotor) Parkinson's disease. J. Neurol. 2000; 247: 103–109.

Neuropsychological abnormalities in early-stage Parkinson's disease

I.A. Vereyutina, S.N. Illarioshkin, E.Yu. Zhuravleva, R.K. Shikhkerimov

Research Center of Neurology RAMS;
Neurological Department of Municipal Outpatients' Clinic № 26, South Administrative District;
Medical Department, Administration of President of the Russian Federation (Moscow)

Key words: Parkinson's disease, early stage, neuropsychological abnormalities, cognitive decline, depression

Comparative assessment of affective and cognitive abnormalities in different clinical forms of early-stage Parkinson's disease (PD) was performed. In the majority of patients, cognitive decline of predominantly executive and neurodynamic type not reaching the dementia level was registered. The revealed cognitive disturbances prevailed in patients with an akinetic-rigid form of PD, while a trembling form turned out more benign from the viewpoint of its influence on the intellectual sphere. High prevalence of depression on early-stage PD was shown: depressive symptoms of various severities were observed in 84% examined patients. By analogy with cognitive decline, depression and anxiety at the debut of PD were significantly more frequent in patients with an akinetic-rigid form compared to a trembling phenotype. These data confirm that affective disturbances are very characteristic early (including premotor) manifestations of PD.

Контактный адрес: Вереютина Ирина Александровна – врач-невролог Окружного неврологического отделения городской поликлиники № 26 УЗ ЮАО Москвы. 115304 Москва, ул. Ереванская, д. 23. Тел.: +7 (495) 321-15-33; факс: +7 (495) 321-09-92; e-mail: vereyutina@mail.ru;

Иллариошкин С.Н. – зам. директора по научной работе ФГБУ «НЦН» РАМН;

Журавлева Е.Ю. – гл. специалист-реабилитолог Главного медицинского управления при Управлении делами Президента РФ;

Шихкеримов Р.К. – зав. Окружным неврологическим отделением городской поликлиники № 26 УЗ ЮАО Москвы.