

УДК 616.858+616.8.58-008.6

СТРУКТУРА, ПСИХОПАТОЛОГИЧЕСКАЯ И НЕЙРОПСИХОЛОГИЧЕСКАЯ ХАРАКТЕРИСТИКИ СОСУДИСТОГО ПАРКИНСОНИЗМА В РЕСПУБЛИКЕ КАРЕЛИЯ

© 2009 г. М. М. Буркин, Е. Г. Антонен, А. Ю. Мейгал, И. А. Вассель

Петрозаводский государственный университет, г. Петрозаводск

Обследованы 203 пациента с паркинсонизмом (П), из них 28 с сосудистым П. Установлено, что сосудистый П в Республике Карелия встречается у 9,3 % от общего числа больных П, чаще у лиц пожилого возраста.

Причиной развития в большинстве случаев является мультиинфарктное поражение мозга. Заболевание имеет подострый характер течения. В неврологическом статусе преобладает акинетико-ригидный синдром в сочетании с признаками поражения других отделов нервной системы (пирамидный, мозжечок, кора головного мозга и др.) Основные нарушения высших психических функций выявляются в блоках экспрессивной речи, понимания речи, зрительного гнозиса, праксиса (динамического), счета, схемы тела. Выявлена асимметрия полей зрения; отмечено значительное снижение зрительной и вербальной (кратковременной, долговременной) памяти, внимания. Психопатологический статус характеризуется тоскливой, адинамической и тревожной депрессией, высоким уровнем личностной тревожности, наличием легких и умеренных когнитивных расстройств.

Ключевые слова: сосудистый паркинсонизм, депрессия, тревожность, когнитивные расстройства.

Широкая (1–15 %) распространенность, отсутствие радикальных методов профилактики и лечения, ранняя утрата трудоспособности определяют медико-социальную значимость проблемы паркинсонизма (П) [1–4]. Высокая частота психических нарушений при П, их выраженность, недостаточно разработанная терапия этих расстройств [3] обуславливают необходимость изучения закономерностей формирования структуры психопатологических и когнитивных расстройств у пациентов с сосудистым П. Целью настоящего исследования явилось выявление клинко-эпидемиологических, клинко-психопатологических и нейропсихологических особенностей сосудистого паркинсонизма в Республике Карелия.

Материалы и методы

Клинический материал представлен обследованием 203 больных П: 108 (53,3 %) мужчин и 95 (46,7 %) женщин. Наибольший удельный вес приходится на больных пожилого возраста — 54,2 % (n = 110) с продолжительностью болезни от 3 до 4 и от 1 до 2 лет — 34,9 % (n = 71) и 29,1 % (n = 59) соответственно. Выделено три варианта заболевания: идиопатический — 67,9 %, синдром П — 30,0 % и П«плюс» — 2,1 %. В структуре синдрома выявлено 28 случаев сосудистого П (9,3 % от общего числа больных — 19 женщин, 9 мужчин; I–IV ст. по Hoehn и Yahr, 20–59 баллов по шкале моторных расстройств UPDRS). Контрольную группу составили здоровые волонтеры (n = 10, из них 3 женщины, 7 мужчин, средний возраст 62 года).

Психический статус оценивали по шкале самооценки и оценки тревожности Спилбергера, шкале Гамильтона, мини-тесту психического состояния, шкале ограничения физических возможностей РАНД.

Нейропсихологическое обследование включало оценку зрительной и слухоречевой памяти, внимания, экспрессивной и импрессивной речи, письма, чтения, зрительного гнозиса, конструктивного и динамического праксиса.

Оценку психического статуса и нейропсихологическое исследование выполняли на фоне проводимой терапии, после достижения терапевтического эффекта, на высоте максимальной концентрации препарата в крови (через 30–40 минут после приема).

Терапия носила комбинированный характер. Использовали препараты леводопы с ингибитором дофадекарбоксилазы (наком, мадопар, тидомет) обычного действия, средняя суточная доза (375 ± 50) мг; агонисты дофаминовых рецепторов — проноран, бромокриптин, средняя суточная доза (200 ± 50) мг; препараты адамантанового ряда — мидантан, симметрел, средняя суточная доза (0,2 ± 0,1) г курсами по 2 месяца. На фоне патогенетической антипаркинсонической терапии

проводили курсы вазоактивной, антиоксидантной, нейропротекторной терапии, ноотропов.

Результаты исследования

Причинами развития сосудистого П явились: мультиинфарктное поражение мозга ($n = 21$; 75,0 % от числа больных сосудистым П), единичный фокальный нетромботический инфаркт в проекции базальных ганглиев ($n = 5$; 17,8 %) и геморрагический инсульт по типу медиального паренхиматозного кровоизлияния ($n = 2$; 7,1 %), в 4 случаях сосудистый П сочетался с контрактурой Дюпюитрена и облитерирующим энтертеритом ног у 14,3 % ($n = 4$) и у 10,7 % ($n = 3$) — рук и ног.

У трех пациентов (10,7 %) П развился остро, на фоне единичного фокального инфаркта, у остальных — подостро в течение 2–4 месяцев после появления клиники сосудистого заболевания мозга и имел хроническое ремиттирующее течение со «ступенеобразным» нарастанием симптомов, и лишь у двух больных (7,1 %) отмечался незначительный регресс симптоматики.

Клиническая картина характеризовалась наличием экстрапирамидных симптомов в сочетании с признаками поражения других систем (пирамидной, мозжечковой, высшей корковой деятельности и др.).

В группе наблюдения преобладали (77,6 %) лица с 2,5–4 стадиями заболевания по UPDRS.

Клинические проявления сосудистого П позволили выделить несколько групп пациентов. В 26 случаях (92,9 %) сосудистый П выражался в виде акинетико-ригидной формы и лишь в двух (7,1 %) — в виде ригидно-дрожательной. Вегетативные расстройства ($n = 26$; 92,9 %) проявлялись потливостью, слюнотечением, диспептическими расстройствами. В двух случаях (7,1 %) отмечались выраженные явления спинальной сосудистой недостаточности по типу цервикальной миелопатии с синдромом бокового амиотрофического склероза.

По данным компьютерной томографии головного мозга выявлено локальное поражение базальных ганглиев (киста в стрио-паллидарной области, рубец в проекции мезенцефалона с поражением черной субстанции) или многоочаговое поражение белого вещества головного мозга, базальных ганглиев, лейкоареоз, компенсаторная асимметричная смешанная гидроцефалия.

Динамика в процессе дофаминергической терапии (наком/мадопар, бромокриптин/проноран) отсутствовала, лишь в одном случае (последствие локального инфаркта в оральные отделы мезенцефалона) отмечался положительный эффект от назначенного лечения, однако спустя четыре года развилась поздняя дискинезия.

В зависимости от клинко-психопатологических проявлений болезни больные сосудистым П были разделены на три группы: с астеноневротическим симптомокомплексом, депрессией, деменцией.

В группе пациентов с астеноневротическим симптомокомплексом ($n = 8$; 28,6 %) отмечен средний

уровень ситуативной (средний балл 33,1) и личностной (средний балл 37,1) тревожности, а также мягкое когнитивное снижение (у 25,0 %), достаточно высокий уровень адаптации.

В группе депрессивных больных ($n = 17$; 60,7 %) констатированы легкие и умеренные эпизоды аффективных нарушений (рис. 1). Выявлены следующие клинические варианты депрессии: тоскливый, адинамический и тревожный. По мере утяжеления уровня депрессии снижалась ($k = -0,5$) активная деятельность. Связи выраженности аффективных расстройств с полом, стадией и формой заболевания не выявлено ($p > 0,05$). В двух случаях (7,1 %) депрессивная симптоматика сочеталась с умеренно выраженной деменцией, а в четырех (14,3 %) — с мягким когнитивным снижением.



Рис. 1. Уровень депрессии у больных сосудистым паркинсонизмом (исследуемая группа) по шкале Гамильтона и здоровых пожилых испытуемых (контрольная группа)

Реактивная тревожность достигала среднего уровня у 50,0 % пациентов, высокого — у 19,3 % и была выше, чем в группе контроля ($p < 0,05$) (рис. 2).

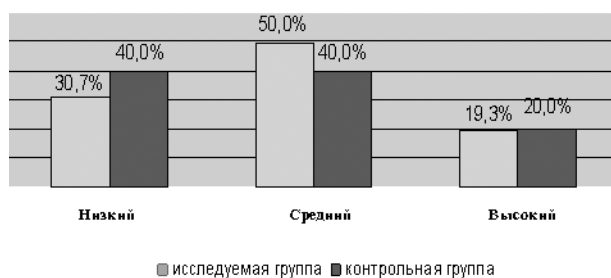


Рис. 2. Уровень реактивной тревожности (по шкале Спилбергера) у больных сосудистым паркинсонизмом (исследуемая группа) и здоровых пожилых испытуемых (контрольная группа)

Уровень личностной тревожности в 53,8 % случаев ($n = 14$; $p = 0,001$) был высоким (рис. 3). Выявлена высокая корреляция личностной тревожности со степенью выраженности депрессии ($k = 0,8$). В группе контроля уровень личностной тревожности был невысоким.

Деменция выявлена в трех случаях (10,7 %), мягкое когнитивное снижение регистрировали в семи

случаях (25,0 %), в 64,3 % случаев ($n = 18$) когнитивного снижения зарегистрировано не было.

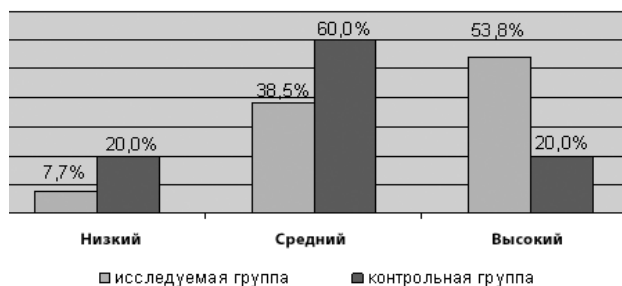


Рис. 3. Уровень личностной тревожности (по шкале Спилбергера) у больных сосудистым паркинсонизмом (исследуемая группа) и здоровых пожилых испытуемых (контрольная группа)

В нейропсихологическом обследовании приняли участие 16 больных с сохранными когнитивными функциями либо мягким когнитивным снижением.

Основные нарушения высших психических функций выявлялись в блоках экспрессивной речи, понимания речи, зрительного гнозиса, праксиса (динамического, реже конструктивного), счета, схемы тела.

При оценке вербальной памяти (методика «10 слов») выявлялось снижение кратковременной памяти на 33,0 % от нормы, долговременной — на 65,6 %, что достовернее ниже, чем в группе контроля ($p < 0,001$) (рис. 4).

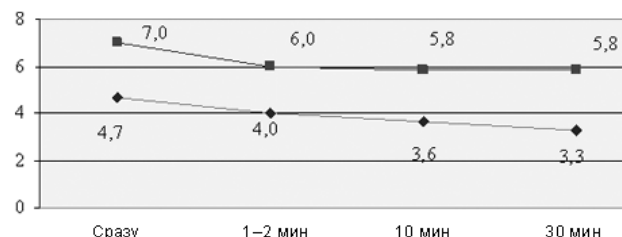


Рис. 4. Кривые запоминания больных сосудистым паркинсонизмом и здоровых испытуемых при исследовании функции памяти

При оценке зрительной памяти с помощью теста Бентона в группе больных сосудистым П средний балл составил 15,73, а в контрольной — 23,6 ($p < 0,01$) (таблица).

Тест Бентона в группе больных сосудистым паркинсонизмом и здоровых испытуемых				
Ошибка	Тест Бентона			
	Больные сосудистым паркинсонизмом		Здоровые испытуемые	
	n	%	n	%
Искажение	91	62,3	4	33,3
Смещение	28	19,2	6	50
Пропуск	27	18,5	2	16,7
Всего	146	100	12	100

Функция внимания оценивалась с помощью корректурной пробы. Коэффициент точности Уиппла в группе больных сосудистым П составлял 0,93, в

контрольной — 0,92. Скорость выбора у больных сосудистым П была меньше, чем в контрольной группе, и составила 0,33 и 0,55 соответственно. Время, затраченное на выполнение корректурной пробы, было больше у больных сосудистым П ($p < 0,01$), причем отмечено снижение времени выполнения теста на последнем этапе.

Больные сосудистым П делали больше ошибок в правом поле зрения, что говорит о наличии у этой группы лиц выраженной асимметрии полей зрения (рис. 5), в то же время в группе контроля асимметрии выявлено не было.

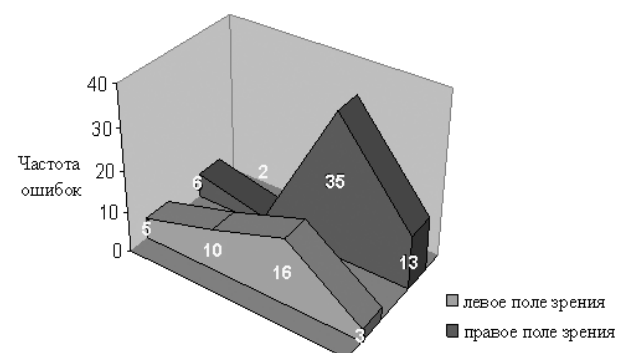


Рис. 5. Симметричность распределения ошибок по полям зрения в группе больных сосудистым паркинсонизмом

Больные сосудистым П допускали незначительное количество ошибок при выполнении тестов. Однако временные показатели зрительно-моторной реакции были все же более высокими, чем в группе контроля ($p < 0,05$). Так, время простой реакции в группе больных составило более 350 мс, тогда как в группе контроля ($229,7 \pm 5,2$) мс, время реакции выбора — 500–700 мс против ($446,0 \pm 17,2$) мс в группе контроля, время реакции в тесте на помехоустойчивость — 350–450 мс против ($260,0 \pm 5,4$) мс в группе контроля.

Выводы

Сосудистый паркинсонизм в Республике Карелия встречается у 9,3 % от общего числа больных П, чаще у лиц пожилого возраста (54,2 %). Причиной развития заболевания в большинстве случаев является мультиинфарктное поражение мозга (75,0 %), последующее течение болезни имеет подострый характер (80,3 %). В неврологическом статусе преобладает (92,9 %) акинетико-ригидный синдром в сочетании с признаками поражения других отделов нервной системы (пирамидного, мозжечка, коры головного мозга и др.). Основные нарушения высших психических функций выявляются в блоках экспрессивной речи, понимания речи, зрительного гнозиса, праксиса (динамического), счета, схемы тела. Выявлена асимметрия полей зрения (больше ошибок в правом поле зрения); отмечено значительное снижение зрительной и вербальной (кратковременной, долговременной) памяти, внимания.

Психопатологический статус наблюдавшихся больных сосудистым П характеризовался тоскливой, адинамической и тревожной депрессией (64,5 %), высоким уровнем личностной тревожности (53,8 %), наличием легких и умеренных когнитивных расстройств (35,7 %).

Список литературы

1. Антонен Е. Г. Структура сосудистого паркинсонизма в Республике Карелия / Е. Г. Антонен // Цереброваскулярная патология и инсульт : I Российский международный конгресс // Журнал невропатологии и психиатрии. — 2003. — Вып. 9. — С. 111.
2. Артемьев Д. В. Этиология и патогенез болезни Паркинсона / Д. В. Артемьев, Н. Н. Яхно // Русский медицинский журнал. — 2001. — № 9. — С. 4–9.
3. Голубев В. Л. Болезнь Паркинсона и синдром паркинсонизма / В. Л. Голубев, Я. И. Левин, А. М. Вейн. — М. : МЕДпресс, 1999. — 416 с.
4. Крыжановский Г. Н. Болезнь Паркинсона (этиология, патогенез, клиника, диагностика, лечение, профилактика) / Г. Н. Крыжановский, И. Н. Карабань, С. В. Магаева и др. — М. : Медицина, 2002. — 336 с.

STRUCTURE VASCULAR PARKINSONISM PSYCHOPATHOLOGICAL, FEATURES IN REPUBLIC KARELIYA

M. M. Burkin, E. G. Antonen, A. Yu. Mejgal,
I. A. Vassel

Petrozavodsk State University, Petrozavodsk

With the purpose of studying epidemiological and psychopathological (a scale of a self-estimation and an estimation of alarm Spilberg, a scale of Hamilton, the mini-test of a mental condition, a scale of restriction of physical opportunities RAND), mental (an estimation visual and hearing and speech of memories, attention, motor and sensitive

speeches, letters, readings, visual gnosis, constructive and dynamic praxis) features vascular parkinsonism in Republic Karelia Clinical it is examined 203 patients parkinsonism, from them - 28 cases vascular parkinsonism (19 w./9 m.; I-IV an item on Hoehn and Yahr (20-59.), in comparison with control group (n=10, from them of 3 m., compare age 62 years). It is established, that vascular parkinsonism in Republic Karelia meets in 9,3 % of cases from the general number of patients parkinsonism, is more often at persons of advanced age (54,2 %), the reason of development is cerebral infarcts defeat of a brain (75,0 %) more often, has sub/sharp character (80,3 %) currents. In the neurological status prevails hypokinesia et rigidity a syndrome (92,9 %) in a combination to attributes of defeat of other departments of nervous system (motor, a cerebellum, a bark of a brain etc.) The basic infringements of the maximum mental functions came to light in blocks motor speeches, understanding of speech, visual gnosis, dynamic, accounts, circuits of a body. Asymmetry of a field of vision (more mistakes in a right field of vision) is revealed. Significant decrease visual and verbal (short-term, long-term) memories, attention is marked. The psychopathological status is characterized melancholy, disturbing depression (64,5 %), a high level of personal uneasiness (53,8 %), presence easy and moderate frustration (35,7 %).

Key words: vascular parkinsonism, depression, uneasiness, frustration, mental.

Контактная информация:

Буркин Марк Михайлович — доктор медицинских наук, профессор, заведующий кафедрой психиатрии Петрозаводского государственного университета

Адрес: 185001, г. Петрозаводск, ул. Краснофлотская, д. 29

Факс: (8142)77-01-80

E-mail: burkin@onego.ru

Статья поступила 28.04.2008 г.