СРАВНИТЕЛЬНЫЙ АНАЛИЗ НЕМОТОРНЫХ ПРОЯВЛЕНИЙ БОЛЕЗНИ ПАРКИНСОНА И СОСУДИСТОГО ПАРКИНСОНИЗМА

Раимова М.М., Ахмадов А.А.
Ташкентский государственный медицинский университет

Received: 11.10.2025
Revised: 12.10.2025
Accepted: 13.10.2025

Ключевые слова: болезнь Паркинсона (БП), сосудистый паркинсонизм (СП), немоторные симптомы, депрессия, когнитивные нарушения, вегетативная дисфункция, качество жизни.

Аннотация. Цель исследования — сравнительная оценка немоторных проявлений болезни Паркинсона (БП) и сосудистого паркинсонизма (СП). Обследовано 222 пациента (153 — БП, 69 — СП). Вегетативные нарушения чаще отмечались при БП (85 %) по сравнению с СП (30 %). Депрессия выявлена у 58,8 % больных с БП и у 30,4 % с СП. Когнитивные расстройства встречались в обеих группах, но были более выражены при СП. Немоторные симптомы существенно влияют на качество жизни и требуют ранней диагностики и коррекции.

ВВЕДЕНИЕ. В настоящее время одним из наиболее актуальных разрабатываемых направлений изучения паркинсонизма является исследование влияния недвигательных нарушений и подходов к их терапии на качество жизни пациентов, среди них большое внимание уделяется вегетативным, эмоциональным, когнитивным расстройствам.

ЦЕЛЬ: Провести сопоставительный анализ немоторных проявлений паркинсонизма при болезни Паркинсона (БП) и сосудистом паркинсонизме (СП).

Были обследованы 153 пациента с болезнью Паркинсона и 69 пациентов с сосудистым паркинсонизмом. Средний возраст пациентов составил 60,5±11,7 лет. Эмоциональные нарушения выявлялись при помощи госпитальной шкалы тревоги и депрессии (HADS) (A.Zigmond, 1983), оценка вегетативной дезадаптации проводилась при помощи «Вопросника» и «Схемы» для выявления вегетативных нарушений, разработанных Центром вегетативной патологии (А.М.Вейн, 2002), когнитивный дефицит исследовался при помощи шкалы MMSE (Folstein et al.,1975).

РЕЗУЛЬТАТЫ **МЕТОДЫ:**: Вегетативные нарушения наблюдались в 2,5 раза чаще у больных с БП и составляли 85%, тогда как у больных с СП они наблюдались нами у 30 % больных. Среди вегетативных нарушений у больных с БП наиболее чаще наблюдались общий гипергидроз (78,4%), нарушения мочеиспускания (71,9%), запоры (52,3%), слюнотечение (45,7%). У больных с СП общий гипергидроз наблюдался в 5,8% случаев, нарушения мочеиспускания в 20,3%, запоры в 10,1%, слюнотечение в 8,7%, что соответственно значительно реже, чем у больных с БП. Однако, выраженность и частота встречаемости ортостатической гипотензии была более высокой при СП по сравнению с БП (26,1% и 12,4%), что, по видимому, связано с исходной дисфункцией сердечно-сосудистой системы при сосудистом паркинсонизме. Среди эмоциональных расстройств при БП одним из наиболее частых был депрессивный синдром. В той или иной степени выраженности он отмечался у 58,8% пациентов, тогда как в группе с сосудистым паркинсонизмом частота его встречаемости составила 30,4%, т.е. почти в 2 раза реже. Анализ тревожно-депрессивных проявлений при помощи госпитальной шкалы оценки тревоги и депрессии (HADS) у больных с БП и СП, позволил выявить, что уровень депрессии по шкале HADS при БП был статистически выше, чем при СП ($p < 0,001$). Среди больных с БП в 1,7 раза чаще регистрировали субклинически выраженную депрессию (24,8 %) и в 2,1 раза – клинически выраженную депрессию (34 %) по сравнению с пациентами с СП (14,5 % и 15,9 %, соответственно) ($p < 0,001$). Лиц без депрессии в группе с БП было в 1,7 раза меньше, чем в группе с СП. Анализ когнитивных функций показал, что когнитивные нарушения развивались в обеих группах, примерно в одинаковом проценте случаев (84,9%-БП и 86,9%-СП), однако степень выраженности когнитивных нарушений была выше в группе больных с СП. Это проявлялось в более низких суммарных значениях по шкале MMSE у больных с сосудистым паркинсонизмом (22,7±1,2) по сравнению с БП (25,9±0,7% $p<0,05$). ЗАКЛЮЧЕНИЕ. Немоторные симптомы наблюдаются у подавляющего большинства больных, как при болезни Паркинсона, так и при сосудистом паркинсонизме, однако, их выраженность значительно отличается в зависимости от формы паркинсонизма. Улучшение выявления немоторных симптомов позволяет оптимизировать стратегию лечения и тем самым улучшить качество жизни больных с паркинсонизмом. Для выявления немоторных симптомов в клинических условиях могут использоваться специальные шкалы и опросники, а адекватная коррекция не только

двигательных нарушений, но и немоторных расстройств, достоверно улучшает повседневную активность и показатели качества жизни этих больных.

ИСПОЛЬЗОВАННАЯ ЛИТЕРАТУРА

1. Zigmond A.S., Snaith R.P. The Hospital Anxiety and Depression Scale // *Acta Psychiatrica Scandinavica*. – 1983. – Vol. 67(6). – P. 361–370.
2. Вейн А.М. Вегетативные расстройства: Клиника, диагностика, лечение. – М.: МЕДпресс-информ, 2002. – 752 с.
3. Folstein M.F., Folstein S.E., McHugh P.R. “Mini-Mental State”: A practical method for grading the cognitive state of patients for the clinician // *Journal of Psychiatric Research*. – 1975. – Vol. 12(3). – P. 189–198.
4. Goldman J.G., Postuma R. Premotor and nonmotor features of Parkinson’s disease // *Current Opinion in Neurology*. – 2014. – Vol. 27(4). – P. 434–441.
5. Chaudhuri K.R., Healy D.G., Schapira A.H.V. Non-motor symptoms of Parkinson’s disease: diagnosis and management // *The Lancet Neurology*. – 2006. – Vol. 5(3). – P. 235–245.