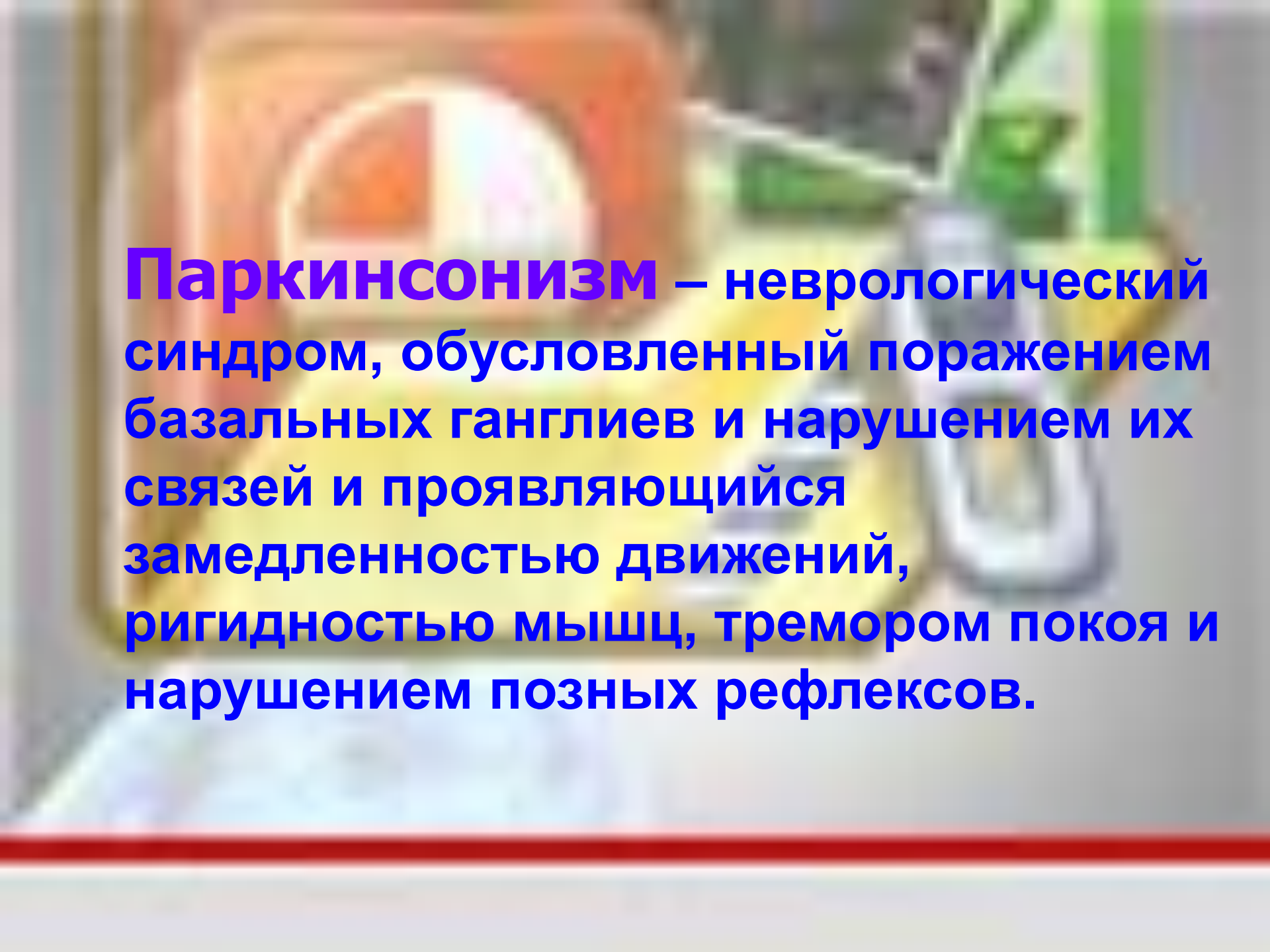


# **Моторные расстройства при паркинсонизме и их влияние на качество жизни пациента**

**Автор: врач-интерн Е.А. Бессонов**

**Куратор: доцент кафедры  
неврологии,**

**д.м.н. Е.Г. Антонен**



**Паркинсонизм** – неврологический синдром, обусловленный поражением базальных ганглиев и нарушением их связей и проявляющийся замедленностью движений, ригидностью мышц, тремором покоя и нарушением позных рефлексов.

# Актуальность проблемы

1. Паркинсонизм является частой формой среди наследственно-дегенеративных заболеваний ЦНС, поэтому требует всестороннего и глубокого изучения.
2. В связи с тенденцией к увеличению доли лиц пожилого возраста в обществе, паркинсонизм является серьёзной медико-социальной проблемой.
3. Кроме того, паркинсонизм часто поражает и людей трудоспособного возраста, что определяет его социально-экономическую значимость.
4. Тяжёлая инвалидизация, снижающая качество жизни, неизбежно наступает у всех больных.
5. Достижение симптоматического улучшения является необходимым, но недостаточным условием успешного лечения заболевания.
6. Необходимость использования в медицинской практике методов и средств объективизации моторных нарушений при паркинсонизме и оценки эффективности их лечения.

# **Цель работы:**

**Показать необходимость использования специальных шкал у больных паркинсонизмом для объективной оценки моторных расстройств, грубо нарушающих качество жизни.**

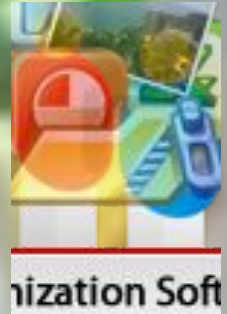
# Задачи:

1. Выявить и описать характер моторных расстройств у больных паркинсонизмом.
2. Оценить степень выраженности моторных феноменов по унифицированным шкалам.
3. Определить уровень дневной активности у пациентов в зависимости от степени двигательных нарушений.
4. Подчеркнуть важность и необходимость коррекции моторных расстройств для улучшения качества жизни пациента.

# Материалы и методы:

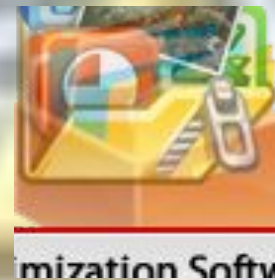
- Работа с пациентами:

- клиническое неврологическое обследование,
- детальная оценка симптомов паркинсонизма с использованием специальных шкал.



- Работа с документацией:

- амбулаторные карты,
- выписные эпикризы.



- Статистический анализ полученных результатов.



# Заболеваемость



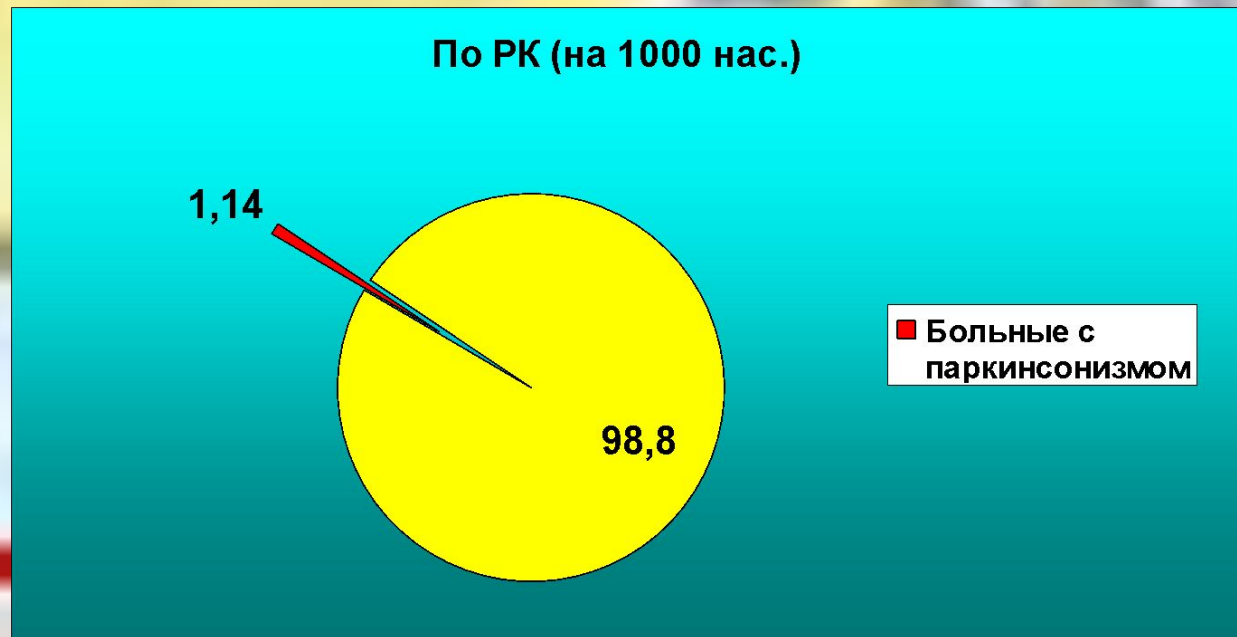
Частота паркинсонизма в общей популяции нарастает с возрастом и варьирует:

- ❑ от 65 до 187 случаев на 100 000 чел.
- ❑ среди лиц 70 – 79 лет: 300 – 1800 случаев на 100 000 чел.

# Заболеваемость

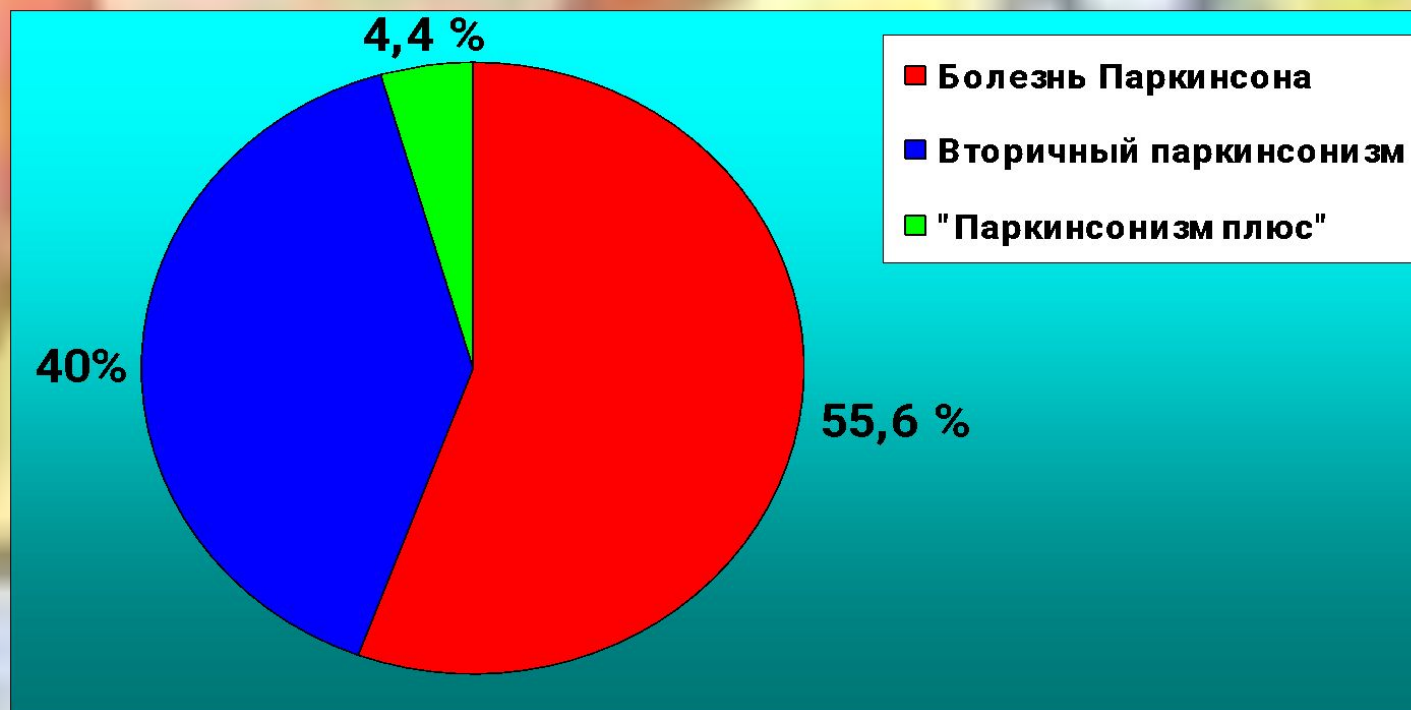
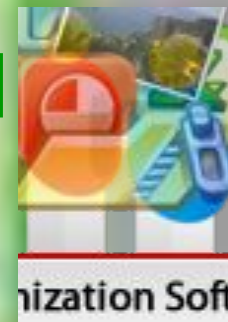


- ❑ Численность обслуживаемого взрослого населения МУЗ «Поликлиника №5» – 39600 человек.
- ❑ На диспансерном учёте по поводу паркинсонизма состоит 45 чел.





# Этиологические формы паркинсонизма

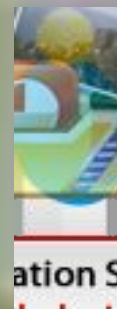


Идиопатический паркинсонизм (Болезнь Паркинсона) - 55,6%  
Синдром паркинсонизма – 44,4%

# Этиологические формы паркинсонизма

- **Вторичный паркинсонизм (40%):**
  - сосудистый – 31,1%
  - постэнцефалитический – 2,2%
  - посттравматический – 2,2%
  - метаболический – 4,5%
- **Паркинсонизм при мультисистемных дегенерациях ЦНС ( «паркинсонизм плюс» ) (4,4%):**
  - Болезнь Альцгеймера – 2,2%
  - Паллидо-нигральная дегенерация - 2,2%

# Этиологические формы паркинсонизма



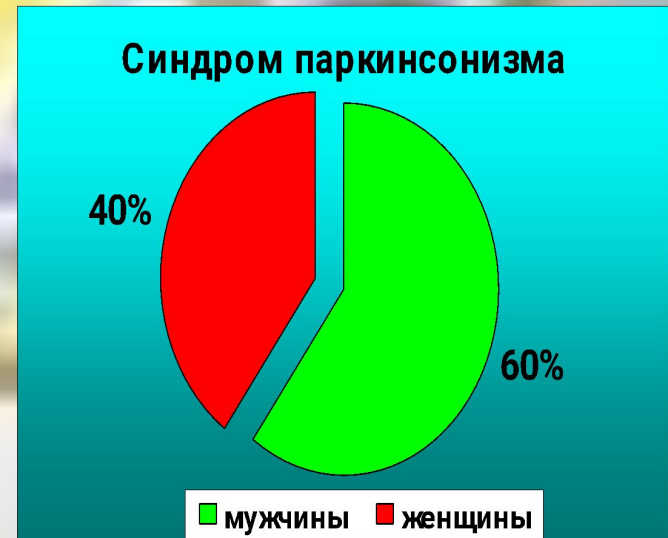
# Возраст больных в группе наблюдения



средний возраст – 68,8 лет (+- 0,37)

средний возраст – 73,35 года (+-0,28)

# Пол больных



# Возраст начала заболевания



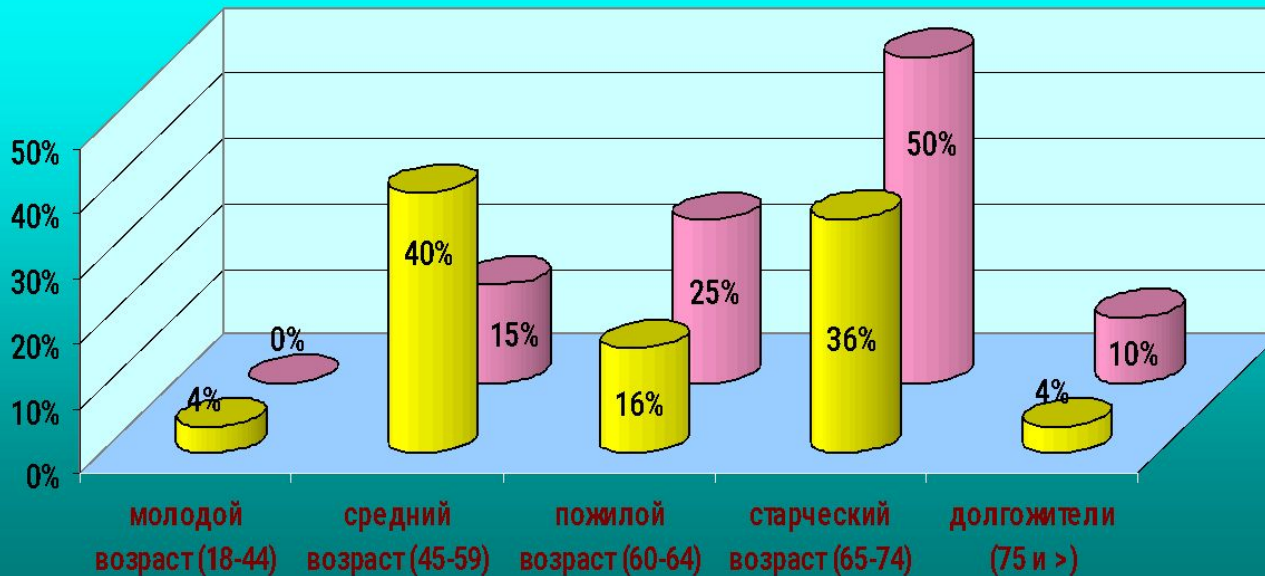
средний возраст – 62,08 года (+- 0,37)

средний возраст – 67 лет (+- 0,36)

# Возраст начала заболевания

## Распределение по возрастным группам

- Болезнь Паркинсона
- Синдром паркинсонизма



# Длительность заболевания



imization Soft

## Болезнь Паркинсона



## Синдром паркинсонизма



Средняя длительность – 7,12 лет (+ - 0,18)

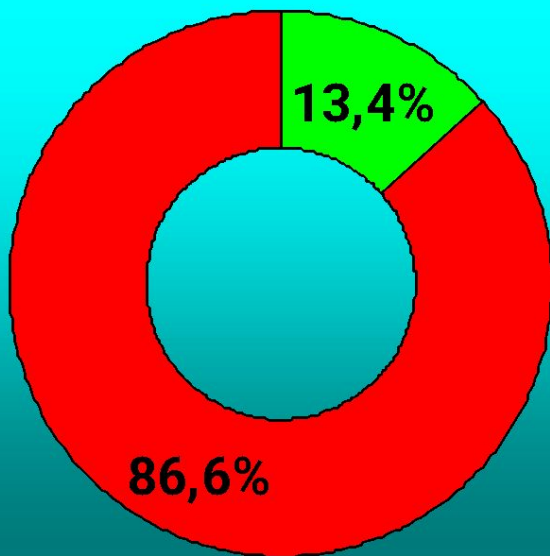
Средняя длительность – 6,35 лет (+ - 0,19)



# Трудоспособность

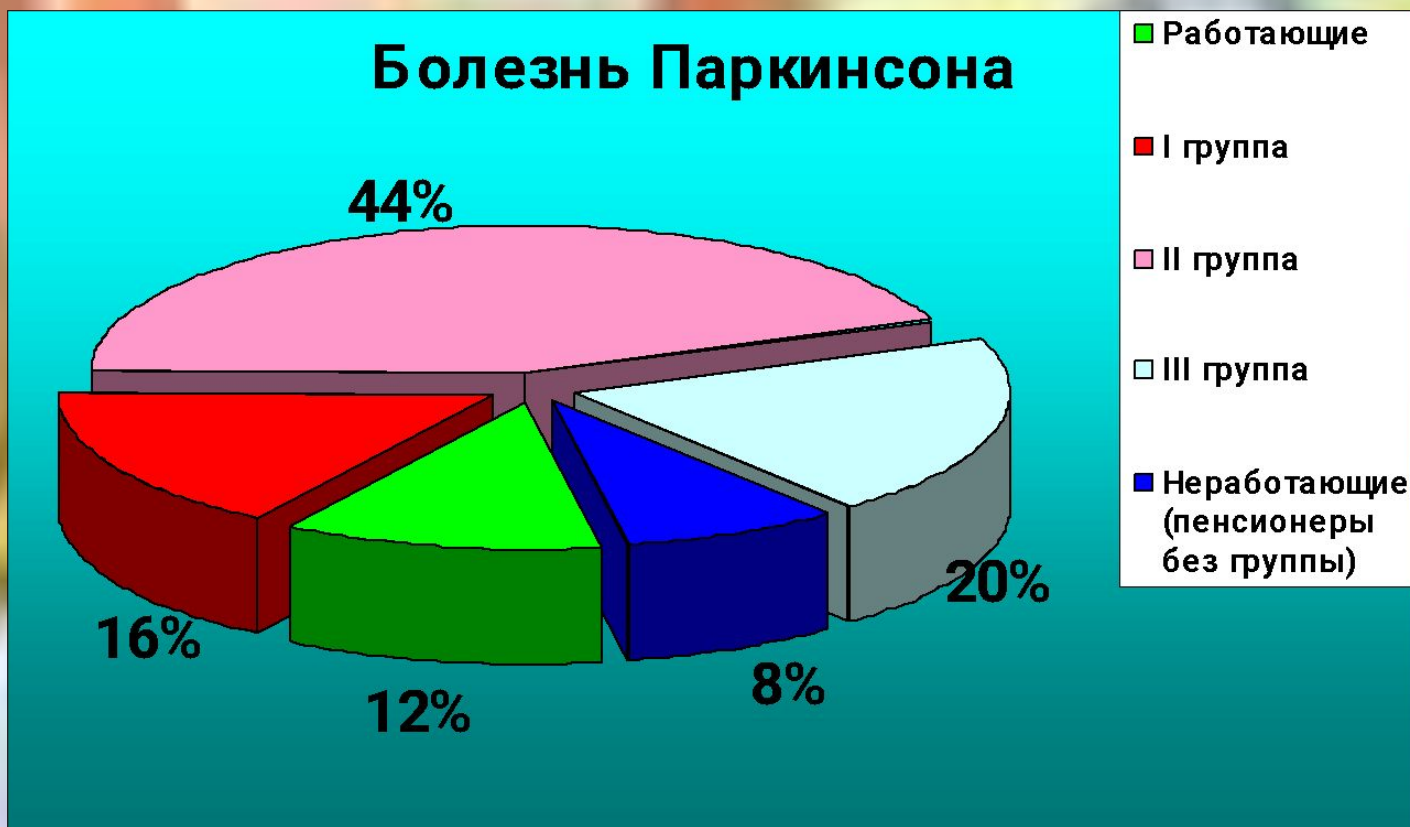
Optimization Software:  
[www.balesio.com](http://www.balesio.com)

Optimization Software:  
[www.balesio.com](http://www.balesio.com)



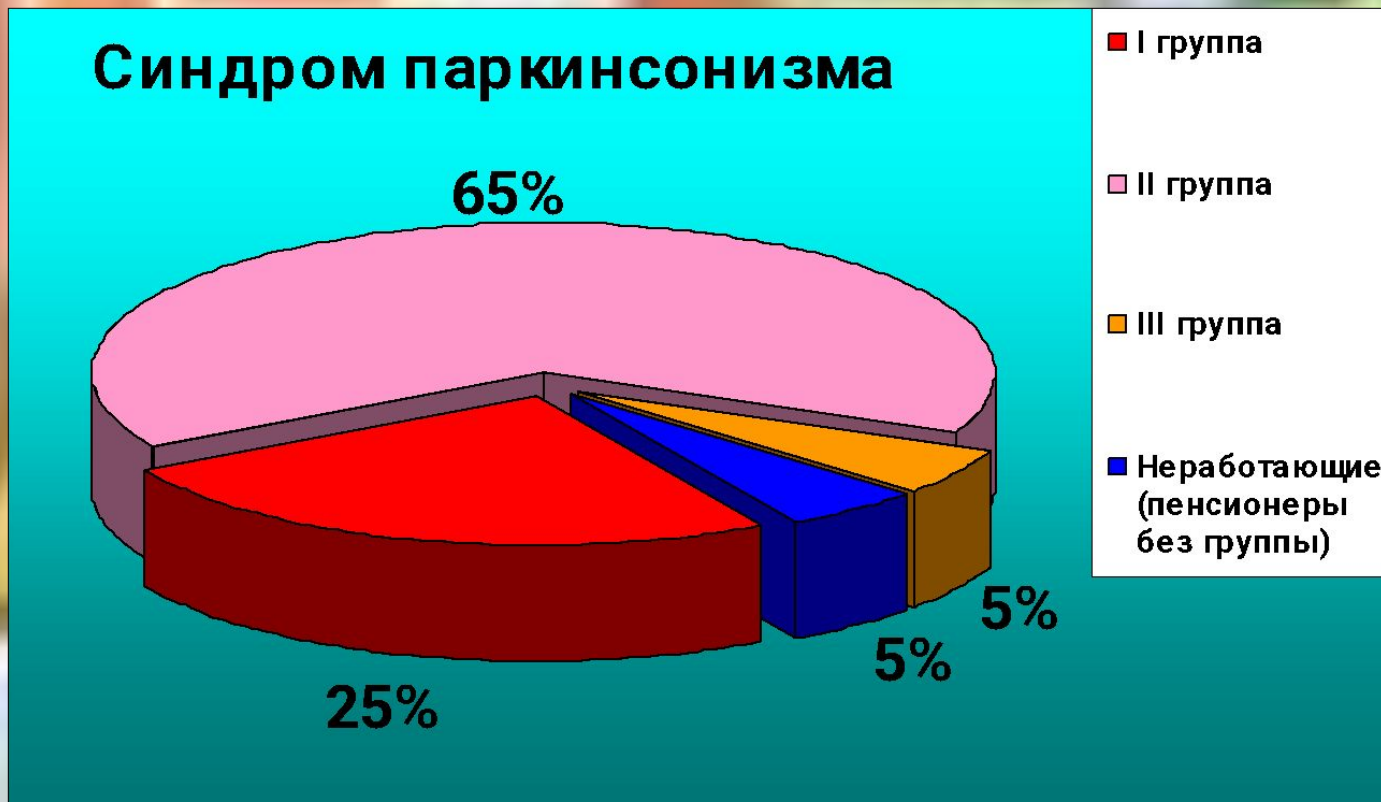
- Работаящие
- Неработающие

# Трудоспособность



Инвалидность – 80 %

# Трудоспособность

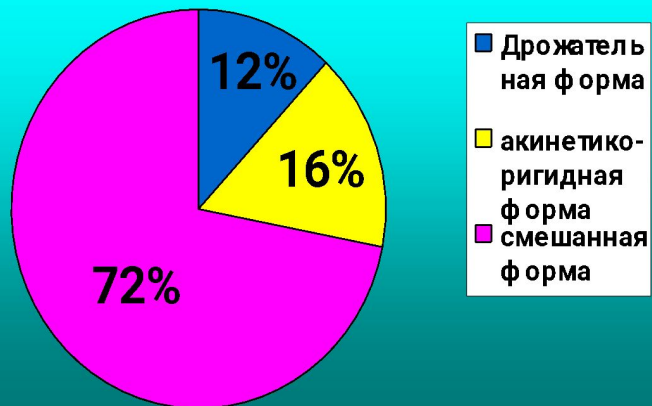


**Инвалидность – 95 %**

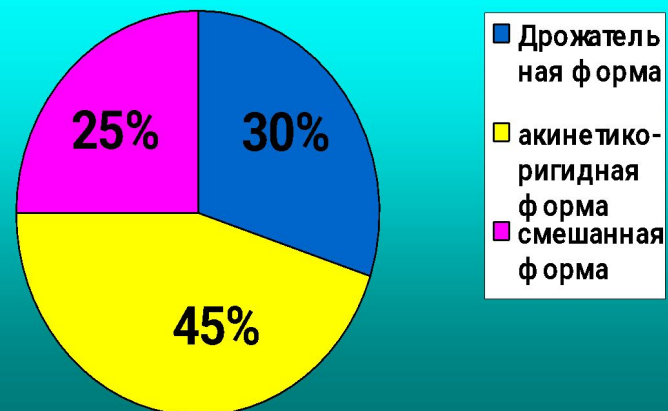
# Клинические формы паркинсонизма



## Болезнь Паркинсона



## Синдром паркинсонизма



# Стадии паркинсонизма по шкале Хена и Яра (1967) в модификации Линдвалла с сотр.(1988), Тетруда и Лангстона (1989)

Стадии заболевания	Болезнь Паркинсона, %	Синдром паркинсонизма, %
0	0	0
1,0	0%	15%
1,5	16%	0%
<b>2,0</b>	<b>32%</b>	<b>40%</b>
2,5	20%	20%
3,0	20%	5%
4,0	4%	10%
5,0	8%	10%

# Шкала бальной оценки моторных СИМПТОМОВ паркинсонизма

(Paravasiliou, 1982 в модификации Я.И. Левина, 1991)

## 1. Тремор

Баллы	Степень нарушения	Болезнь Паркинсона, %	Синдром паркинсонизма, %
0	Отсутствует	16%	30%
1	Лёгкий и редко возникающий	40%	25%
2	Средний по амплитуде, но непостоянный	36%	25%
3	Средний, наблюдающийся большую часть времени	4%	15%
4	Значительный по амплитуде и почти постоянный	4%	5%
	Всего больных с тремором	84%	70%

# Шкала бальной оценки моторных симптомов паркинсонизма

(Paravasiliou, 1982 в модификации Я.И. Левина, 1991)

## 2. Ригидность

Баллы	Степень нарушения	Болезнь Паркинсона, %	Синдром паркинсонизма, %
0	Отсутствует	8%	15%
1	Лёгкая	28%	30%
2	От умеренной до средней	48%	35%
3	Значительная, но сохранён полный объём движений	8%	10%
4	Тяжёлая, полный объём движений достигается с трудом	8%	10%
	Всего больных с ригидностью	92%	85%

# Шкала бальной оценки моторных симптомов паркинсонизма

(Paravasilioiu, 1982 в модификации Я.И. Левина, 1991)

## 3. Брадикинезия

Баллы	Степень нарушения	Болезнь Паркинсона, %	Синдром паркинсонизма, %
0	Отсутствует	4%	5%
1	Минимальная замедленность движений	20%	25%
2	Лёгкая замедленность и скудность движений	28%	30%
3	Умеренная замедленность движений с периодическими затруднениями	36%	15%
4	Значительная замедленность и скудность движений с частыми застываниями	12%	25%
	Всего больных с брадикинезией	96%	95%



# Шкала бальной оценки моторных симптомов паркинсонизма (Paravasilou, 1982 в модификации)

## 4. Нарушение походки

Баллы	Степень нарушения	Болезнь Паркинсона,%	Синдром паркинсонизма,%
0	Нормальная походка и содружественные движения	20%	20%
1	Лёгкое замедление, с маленькими шажками, возможно шарканье, ретропульсия отсутствует	48%	40%
2	Ходьба очень затруднена, с частыми ускорениями, застыванием	24%	15%
3	Тяжёлое нарушение походки, ходьба возможна только с посторонней помощью	0%	15%
4	Полная невозможность ходьбы даже с посторонней помощью	8%	10%
	Всего больных с наруш. походки	80%	80%

# Шкала бальной оценки моторных симптомов паркинсонизма (Paravasiliou, 1982 в модификации Я.И. Левина, 1991)

## 5. Постуральная устойчивость

Баллы	Степень нарушения	Болезнь Паркинсона,%	Синдром паркинсонизма,%
0	Нормальная	28%	35%
1	Ретропульсия с возможностью самостоятельного восстановления	24%	35%
2	Отсутствие нормальной постуральной реакции, больной упадёт, если его не поддержать	28%	15%
3	Значительная неустойчивость, тенденция к спонтанному падению в пробе Ромберга	12%	0%
4	Невозможность стояния без посторонней помощи	8%	15%
	Всего больных с постуральной неустойчивостью	72%	65%

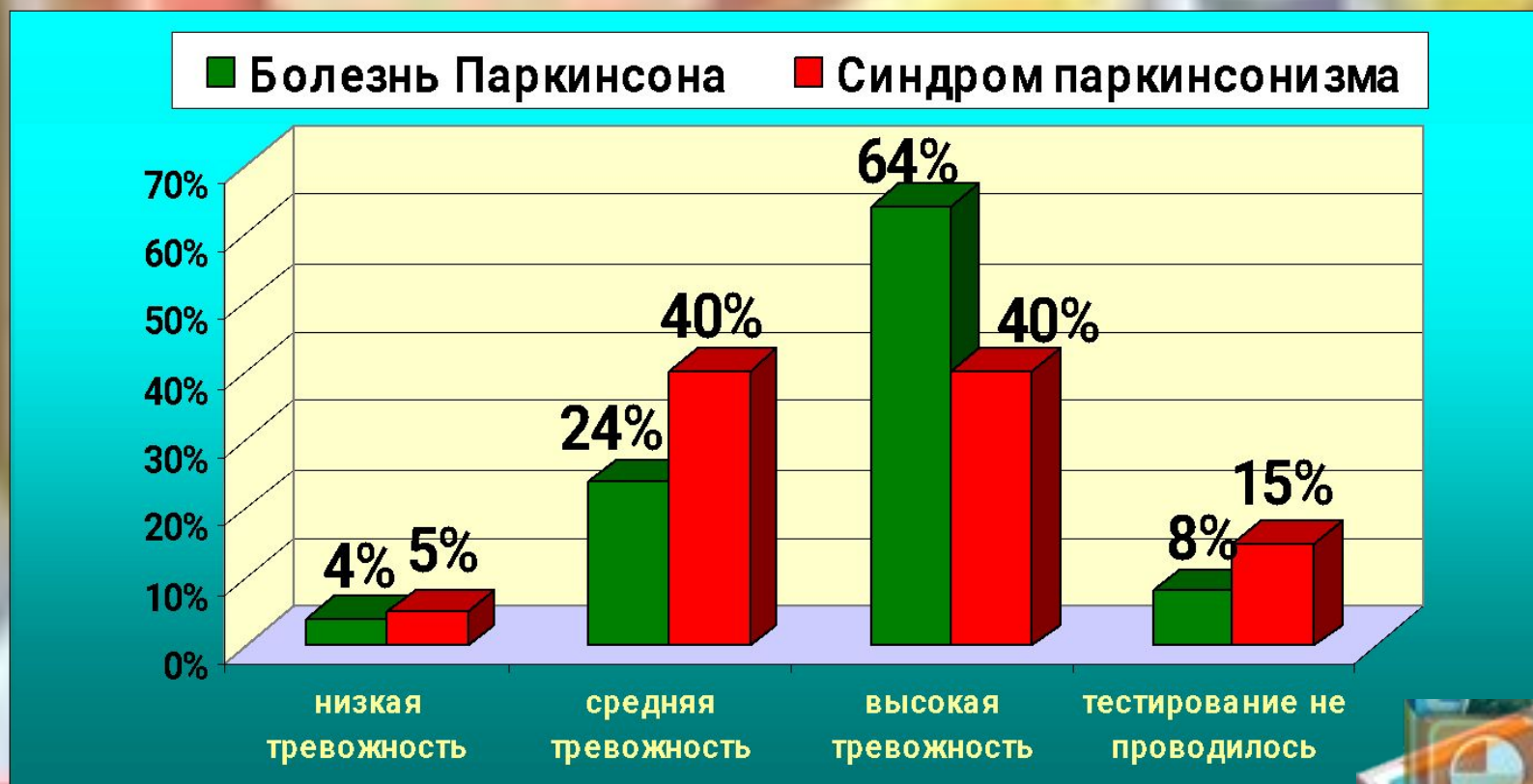
# Унифицированная рейтинговая шкала оценки проявлений паркинсонизма (Fahn C., Elton S. et al., 1987)

Разделы шкалы	max балльная оценка	Болезнь Паркинсона, средний балл	Синдром паркинсонизма, средний балл
I. Мышление, поведение, настроение	16	4,1	5,2
II. Повседневная активность	52	15,2	17
III. Исследование двигательных функций	124	39,8	40,7
IV. Осложнения лечения	11	2,2	0,5
Максимальная суммарная оценка	203	61,3	63,4

# Степени тяжести паркинсонизма по Л.С. Петелину (1980)

Степени тяжести	Баллы по УШОБП	Болезнь Паркинсона, %	Синдром паркинсонизма, %
I. Умеренные выраженные симптомы: дрожание, ригидность, акинезия, трудоспособность сохранена	до 59 б	(33 б) 48%	(36б) 60%
II. Выраженные симптомы: дрожание, ригидность, акинезия, нарушение походки, позы, трудоспособность утрачена, частично ограничено самообслуживание	60 – 118 б	(75,4б) 44%	(92,3б) 30%
III. Грубо выраженный синдром, утрата самообслуживания, контрактуры, трофические расстройства	119 – 203 б	(154б) 8%	(142б) 10%

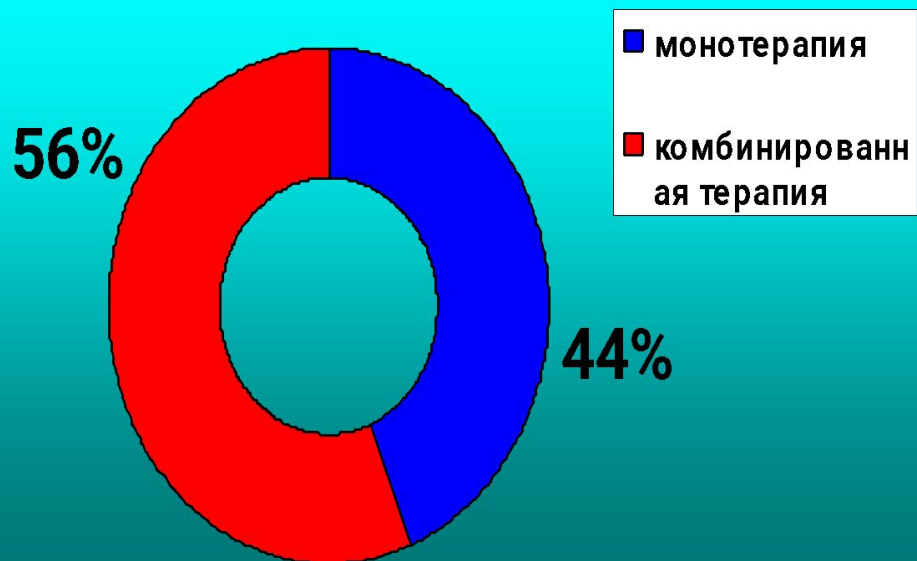
# Шкала самооценки уровня тревожности (Ч.Д. Спилберга, Ю.Л. Ханина)



# Лечение



## Болезнь Паркинсона

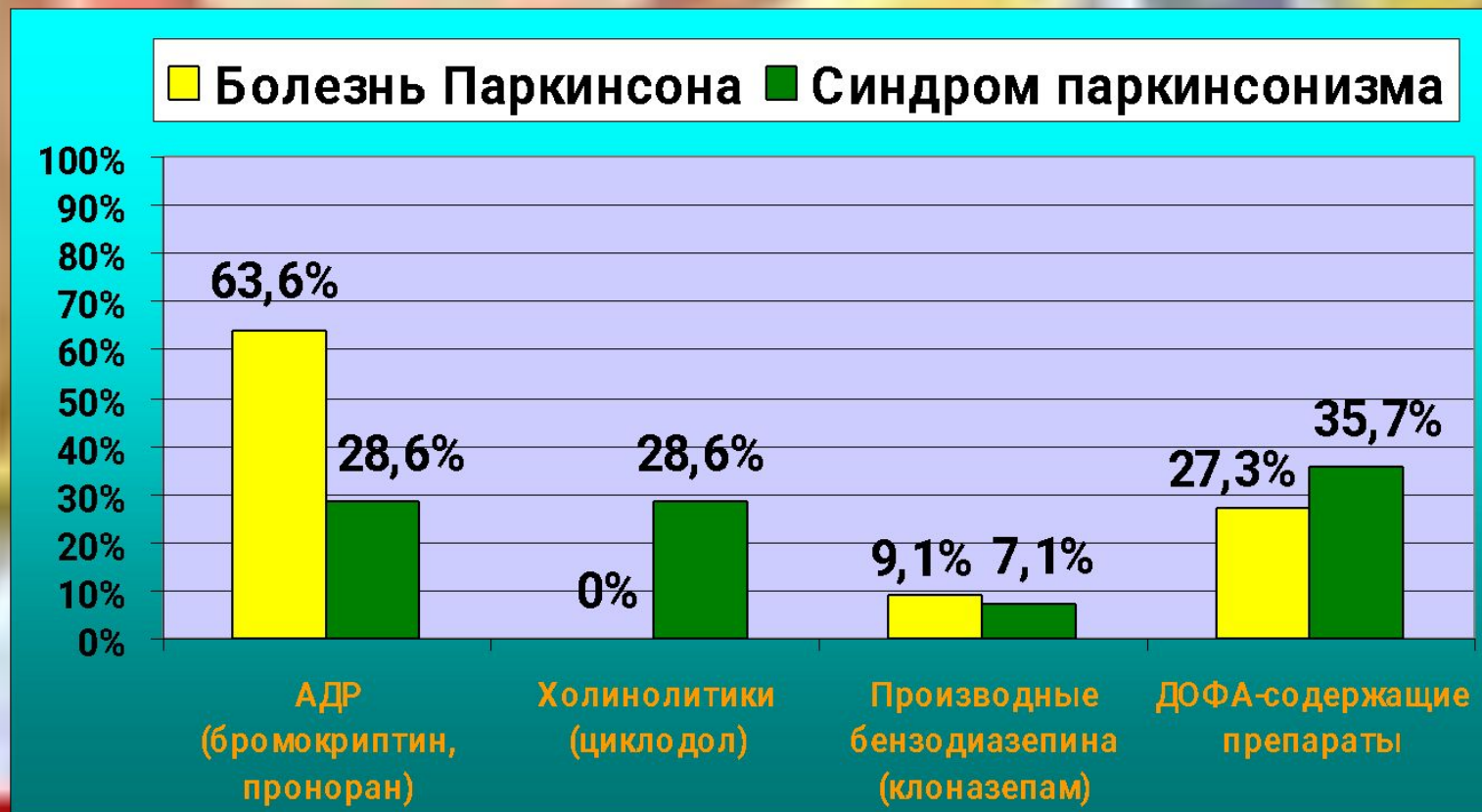


## Синдром паркинсонизма



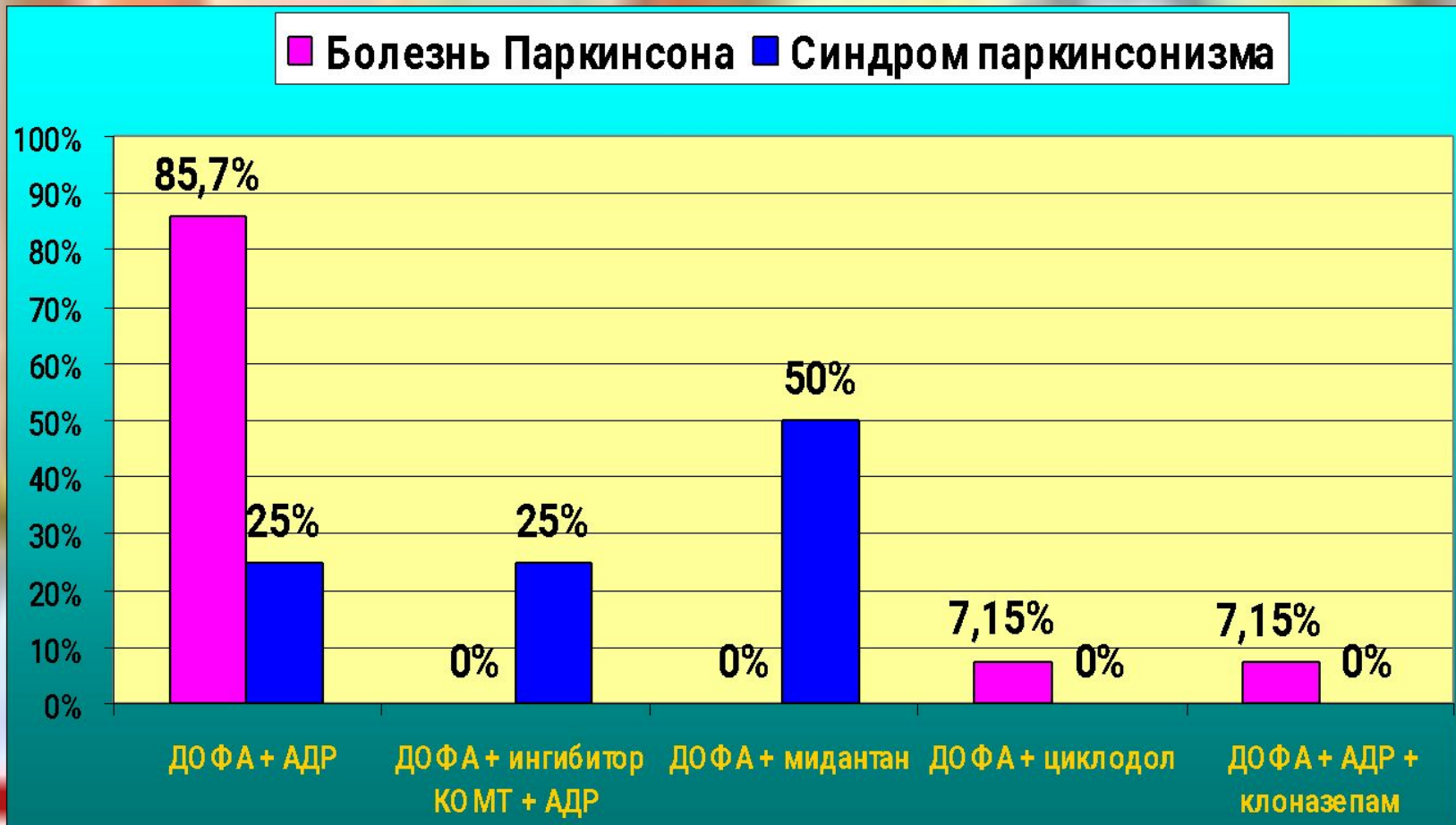
# Лечение

## Монотерапия:



# Лечение

## Комбинированная терапия:





# Шкала дневной активности Шваба



imization Softw  
www.balocio.com

% дневной активности

Зависимость от посторонней помощи в повседневной жизни

Болезнь Паркинсона

Синдром паркинсонизма

100 - 80 %

Полная независимость

52%

50%

70 - 60 %

Частичная независимость

28%

15%

50 - 30 %

Выраженная зависимость

12%

15%

20 - 0 %

Полная инвалидизация и зависимость от посторонней помощи

8%

20%

# Выводы

- ❑ Заболеваемость паркинсонизмом по данным МУЗ «ГК Поликлиника №5» составляет 1,14 случаев на 1000 населения.
- ❑ Среди наблюдаемых преобладают пациенты с БП (55,6%).
- ❑ Среди больных с СП преобладает паркинсонизм сосудистой этиологии (70%).
- ❑ Среди больных с БП преобладают лица женского пола, тогда как при СП - мужского.
- ❑ Средний возраст начала заболевания при БП ниже, чем при СП - 62 и 67 лет соответственно.
- ❑ Среди заболевших, при БП преобладают лица среднего возраста, при СП – старческого.
- ❑ Средняя длительность заболевания при БП и СП стабильно не отличается и соответствует ~ 7 - 6 годам.

# Выводы

- ❑ Для паркинсонизма характерен высокий процент инвалидности – 86,6%, что составляет при БП - 80%, при СП – 95%.
- ❑ При БП и СП превалирует 2 стадия паркинсонизма по шкале Хена и Яра, что соответствует по шкале УШОБП при БП 33-м баллам, при СП – 36-ти баллам и может рассматриваться как средняя степень тяжести по Л.С. Петелину
- ❑ При оценке моторных симптомов по шкале Papavasiliou, в модификации Я.И. Левина у больных с БП тремор, ригидность и постуральная неустойчивость отмечены чаще, чем при СП. Брадикинезия и нарушения походки зарегистрированы практически с одинаковой частотой.
- ❑ При самооценке уровня реактивной тревожности по методике Спилберга – Ханина высокий уровень тревожности наблюдается у больных с БП.

# Выводы

- ❑ Все больные с БП получали специфическую противопаркинсоническую терапию, при чём комбинированная терапия преобладала при БП, а монотерапия при СП.
- ❑ Оценка дневной активности по шкале Шваба показала, что 50% пациентов с высоким уровнем дневной активности (80-100%) не нуждаются в коррекции терапии.
- ❑ Таким образом, использование специальных шкал имеет большое клиническое значение для объективной оценки моторных симптомов при диспансерном наблюдении, а также последующего решения вопроса о необходимости коррекции лечения с целью уменьшения выраженности двигательных нарушений, улучшения качества жизни пациентов и увеличения её продолжительности.



Optimization Software:  
[www.balesio.com](http://www.balesio.com)

Спасибо за внимание!