

СИНДРОМ ХРОНИЧЕСКОЙ УСТАЛОСТИ, ДЕПРЕССИЯ И ТРЕВОГА ПРИ БОЛЕЗНИ ПАРКИНСОНА

В.К. Датиева

Российская медицинская академия последипломного образования, Россия, г. Москва. Кафедра неврологии
(зав. кафедрой – д.м.н., проф. Левин О.С.)
E-mail: datievaveronika@yandex.ru

Патологический процесс при болезни Паркинсона (БП) затрагивает не только дофаминергическую, но и другие медиаторные системы. Это обуславливает широкий спектр немоторных проявлений: аффективных, вегетативных, сенсорных, когнитивных, психотических, диссомнических и др.

Синдром хронической усталости (СХУ) при болезни Паркинсона (БП) – состояние крайнего утомления, упадка сил, физических и/или психических, наступающее в результате выполнения привычной для больного нагрузки и ограничивающее его функциональную активность. Данный феномен рассматривается в качестве самостоятельного симптома заболевания. Около половины пациентов с БП отмечает СХУ. Это превышает в 2 раза его частоту в соответствующей возрастной популяции. Как и некоторые другие немоторные нарушения при БП СХУ может предшествовать появлению основных двигательных симптомов заболевания. Его происхождение, клиническая значимость, подходы к терапии остаются недостаточно изученными. Данный синдром является важным, хотя и нередко скрытым фактором снижения качества жизни пациентов.

Одним из самых частых вариантов аффективных расстройств у пациентов с БП является депрессия и тревога. Депрессия – психическое расстройство, характеризующееся

патологически сниженным настроением с пессимистической оценкой себя и своего положения в окружающей действительности, торможением интеллектуальной и моторной деятельности, снижением побуждений и соматовегетативными нарушениями. Согласно DSM IV (1994) критериями тревоги являются беспокойство и три дополнительных симптома (усталость, быстрая утомляемость, нарушение концентрации внимания, повышенная раздражительность, мышечное напряжение, нарушения сна), отмечаемые в течение последних 6 месяцев. Повышенная тревожность – одна из характерных черт так называемой «паркинсонической личности».

Цель исследования: оценить связь СХУ с аффективными нарушениями при БП (депрессией, тревогой).

Методы и материалы. Обследованы 59 пациентов с БП без деменции, средний возраст которых был $62,6 \pm 9,2$ года, средняя длительность болезни: $6,04 \pm 2,47$ года.

Диагностика СХУ затруднена, с одной стороны, субъективностью этого синдрома, с другой – отсутствием общепринятых критериев диагностики. Основными методами оценки СХУ являются количественные шкалы и опросники. R. Brown и соавторы в 2005г. предложили для оценки тяжести СХУ шкалу оценки усталости при БП (PFS – The Parkinson Fatigue Scale).

Первую группу составили 40 пациентов, у которых был выявлен СХУ. Группу сравнения составили 19 больных БП, свободных от СХУ, сопоставимых по возрасту и тяжести БП. Стадия БП по шкале Хен – Яра $2,7 \pm 0,7$. Используются следующие методы: Унифицированная шкала оценки БП международного общества расстройств движений (UPDRS – MDS), шкала тревоги Спилбергера, шкала усталости при БП (PFS), шкала депрессии Бека (BDS), краткое исследование психического статуса (MMSE).

Результаты. На ранних стадиях заболевания у пациентов, не получающих препаратов леводопы, СХУ отмечается примерно в 1/3 всех случаев. На фоне легких двигательных проявлений он обычно более заметен, чем на поздних стадиях заболевания. Анализ динамики СХУ показал, что

у одних пациентов данный симптом отмечается постоянно, у других – появляется транзиторно лишь на определенных этапах болезни. Около 1/3 пациентов описывают СХУ как наиболее инвалидизирующий. Средний балл по PFS в первой группе пациентов, отмечающих СХУ, составил $3,71 \pm 0,39$. В группе сравнения аналогичный показатель – $2,4 \pm 0,6$. Флуктуирующее течение СХУ в зависимости от фазы действия леводопы отмечалось примерно у 50% пациентов, преимущественно в периоде «выключения», лишь небольшая часть больных отмечала его усиление в периоде «включения». Возможно, это связано не только с центральным действием леводопы, но и с вызываемым ею усилением ортостатической гипотензии и тревоги. Депрессия встречалась у 46% больных. В группе с СХУ уровень депрессии оказался выше, чем во второй. Средний показатель по BDS в группе с СХУ: $13,7 \pm 6,2$. В контрольной группе уровень депрессии составил $8,1 \pm 5,7$. Структура симптомов депрессии при БП отличалась от проявлений первичной депрессии. У пациентов с БП отмечалась меньшая представленность печали, чувства вины, самобичевания. Более выражены когнитивные нарушения и раздражительность. Тревога отмечалась у 40% больных БП, возникала в рамках панического синдрома, фобических расстройств, генерализованного тревожного расстройства. В первой группе, у пациентов с СХУ, показатель тревожности оказался больше, чем в контрольной ($51,1 \pm 7,2$ vs $44,6 \pm 9,7$). Тревожность отмечалась как в структуре симптомов депрессии, так и как самостоятельное расстройство. Корреляции между показателями PFS, уровнем депрессии, тревожности не выявлено.

Дифференциация между «первичным» и «вторичным» СХУ, обусловленным сопутствующими отягощающими состояниями, крайне затруднена. Подобные нарушения тесно связаны с синдромом усталости. Усталость являлась важным предиктором хронического течения депрессии. Одно-

временное присутствие в клинической картине заболевания болевого синдрома, депрессии, СХУ, гипокинезии потенцировало повреждающее действие друг друга, оказывало отрицательное влияние на состояние повседневной активности пациента. Подобные взаимоотношения свидетельствуют о наличии важных терапевтических мишеней для эффективного воздействия. Влияние на звенья этой патологической цепи способно размыкать патологический круг, оказывать синергетическое положительное действие на состояние здоровья пациентов.

Выводы. Зависимость СХУ при БП от выраженности депрессии и тревоги остается дискуссионной. Чувство усталости является возможным проявлением депрессии и рассматривается в качестве одного из дополнительных ее диагностических критериев. В ряде клинических исследований была подтверждена корреляция усталости и депрессии, усталости и тревожности. Вероятно, депрессия и тревога в большей степени связаны с когнитивными и поведенческими аспектами усталости. Однако высокая частота усталости у пациентов с БП без депрессии и тревоги свидетельствует в пользу того, что рассматриваемый феномен может являться самостоятельным синдромом.

Проявления СХУ у больных БП нередко сопровождаются признаками депрессии и тревоги. Однако прямой корреляции между указанными симптомами не выявлено. Это свидетельствует о самостоятельном характере СХУ, или, по крайней мере, о сложных причинно – следственных взаимоотношениях между СХУ и указанными немоторными симптомами. В любом случае, коррекция СХУ должна носить комплексный характер, включать воздействия на состояния, коморбидные синдрому хронической усталости.