

Ахмадеева Г.Н.¹, Магжанов Р.В.^{1,2}

Тревожно-депрессивные нарушения у пациентов с болезнью Паркинсона в Республике Башкортостан

1 - ГБУЗ Республиканская клиническая больница им. Г.Г. Куватова, г. Уфа, 2 - ГБОУ ВПО «Башкирский государственный медицинский университет» Минздрава России, кафедра неврологии с курсами нейрохирургии и медицинской генетики, 450000, г.Уфа

Akhmadeeva G.N., Magzhanov R.V.

Anxiety and depressive disorders in patients with Parkinson's disease in the Republic of Bashkortostan

Резюме

Депрессия и повышенная тревожность часто сопутствуют основным, двигательным, проявлениям болезни Паркинсона. Выраженность и спектр тревожно-депрессивных проявлений при этом заболевании широко варьирует. В нашем исследовании показано, что в клинической картине депрессии при БП доминируют соматические симптомы, а наименее характерны суицидальные мысли и чувство вины. У мужчин достоверно чаще встречается «субдепрессия», а у женщин - «тяжелая депрессия». Выявлено, что, в целом, с увеличением тяжести заболевания у пациентов отмечаются более выраженные проявления депрессии и одновременно более мягкие тревожные проявления.

Ключевые слова: болезнь Паркинсона, тревожность, депрессия, субдепрессия, клиническая форма, степень тяжести

Summary

Depression and increased anxiety often accompany the main, motor, manifestations of Parkinson's disease (PD). The severity and range of anxiety and depressive symptoms in this disease varies widely. In our study shows that the clinical picture of depression in PD is dominated by somatic symptoms, and the least characteristic of suicidal thoughts and feelings of guilt. Men were significantly more common 'subdepression' and women - 'severe depression'. Revealed that, in general, with increasing severity of the disease, patients have more severe manifestations of depression and anxiety at the same time softer appearance. The presence of clinically diagnosed depression in PD patients increases the risk of high anxiety.

Keywords: Parkinson's disease, anxiety, depression, subdepression, clinical form, the degree of severity

Введение

Тревожно-депрессивные нарушения относятся к наиболее часто возникающим нейропсихологическим проявлениям болезни Паркинсона (БП). Установлено, что развитие депрессии усугубляет имеющийся двигательный дефицит у пациентов и снижает качество жизни пациентов даже больше, чем двигательные нарушения [20]. По данным различных авторов, депрессия встречается в 4–90% случаев [1; 19].

Выраженность депрессивной симптоматики широко варьирует. Предполагают, что среди пациентов с БП преобладают слабо выраженные депрессивные расстройства («малые формы» и субклинически протекающие формы), встречающиеся в 10–30% случаев [21]. Большая депрессия (в английской литературе major depression) встречается у 4–20% пациентов [4; 19]. Согласно большинству исследований, депрессия при БП проявляется угнетенным настроением, ангедонией, низкой самооценкой, чувством вины перед родственниками; также чаще отмечается тревожность, раздражительность, уныние

и пессимизм, соматические и когнитивные симптомы, суицидальные мысли (но без суицидальных действий). Значительно реже встречаются галлюцинации (зрительные или слуховые), идеи самообвинения и самобичевания, суицидальное поведение [2; 3; 13]. В то же время существуют исследования, показывающие наименьшую долю соматических симптомов при депрессии [7], а также предполагающие, что суицидальное поведение может быть довольно распространенным явлением при БП [15].

В течение заболевания выраженность депрессивных симптомов претерпевает изменения. Обычно более выраженные нарушения наблюдаются в первые три года болезни, затем происходит адаптация к заболеванию и личностная переработка ситуации со снижением психоэмоциональной реакции на болезнь. По данным S. Starkstein et al., максимальная частота депрессии отмечается у больных с I стадией по Хен–Яру, затем она снижается при II стадии, вновь повышается при III–IV стадии и, наконец, уменьшается у больных с V стадией [16; 18].

Таблица 1. Клиническая характеристика обследованных пациентов с БП.

	Мужчины (N=144)	Женщины (N=178)	p
Средний возраст (на 2012 г.)	67,39 лет	66,07 лет	0,378
Дебют заболевания	61,44 лет	59,95 лет	0,099
Продолжительность заболевания	4,15 лет	3,95 лет	0,644
Средняя оценка степени тяжести (по Хену-Яру)	3,03 балла	3,12 балла	0,363
Ригидно-дрожательная форма	88 человек (61,11%)	107 человек (60,11%)	0,473
Акинетико-ригидная форма	24 человека (16,67%)	24 человека (13,48%)	0,260
Акинетико-ригидно-дрожательная форма	32 человека (22,22%)	47 человек (26,41%)	0,231

Примечание: N – число обследованных лиц (абс.), p – уровень статистической достоверности,

* - статистически достоверные результаты ($p < 0,05$).

Повышенная тревожность - одна из характерных черт так называемой паркинсонической личности [3]. Различные проявления тревоги отмечаются у 17–43% пациентов с БП [6; 12]. Тревога может наблюдаться как в структуре депрессии, так и независимо от нее [10]. Хотя существуют различные мнения, считается, что клинически диагностированная депрессия у пациента с БП повышает риск возникновения повышенной тревожности, и наоборот [11; 21].

Цель настоящей работы – исследовать тревожно-депрессивные нарушения у больных с БП в Республике Башкортостан.

Материалы и методы

Исследование проведено на базе кафедры неврологии с курсами нейрохирургии и медицинской генетики Башкирского Государственного Медицинского Университета, а также Кабинета экстрапирамидной патологии Республиканской клинической больницы им. Г.Г.Куватова.

В исследование включено 322 человека: 144 мужчины (44,72%) и 178 женщин (55,28%); обе группы сопоставимы по возрасту на момент осмотра, возрасту манифестации и продолжительности заболевания. Критериями включения в исследование был диагноз болезнь Паркинсона, установленный согласно клиническим диагностическим критериям Банка мозга общества болезни Паркинсона Великобритании (UK Parkinson's Disease Society Brain Bank) [9], а также возраст от 18 лет. Критерии исключения: атипичный и вторичный паркинсонизм; ювенильный паркинсонизм, паркинсонизм в составе группы заболеваний «паркинсонизм-плюс»; сопутствующая тяжелая соматическая патология.

Степень тяжести заболевания была определена согласно шкале Хена-Яра в модификации Линдвалла [8; 14]. Нейропсихологическое обследование проведено с использованием широко распространенных опросников - шкалы Ч.Д.Спилберга (для определения уровня личностной и реактивной тревожности) [17] и шкалы депрессии Бека (для определения наличия и степени выраженности депрессивных расстройств). Последняя имеет две субшкалы: когнитивно-аффективная (1-13 пункты) и субшкала соматических проявлений депрессии (14-21 пункты) [5].

Статистическая обработка данных производилась

при помощи пакета программ Statistica 6.0 с использованием непараметрических методов.

Результаты и обсуждение

Краткая клиническая характеристика обследованных лиц дана в табл. 1.

Исследование тревожно-депрессивных нарушений по шкале Бека показало, что отдельные признаки депрессии отмечают у себя более 90% пациентов с БП. Наиболее частыми были жалобы на утрату работоспособности (91,67%), общую утомляемость (88,89%) и утрату либидо (88,19%), представляющие собой пункты из когнитивно-аффективной субшкалы. Наименьшими по частоте были жалобы на суицидальные мысли (17,36%), чувство вины (23,78%) и ощущение предстоящего наказания (31,25%) из субшкалы соматических проявлений депрессии. В целом, в нашем исследовании отмечена большая отягощенность депрессии соматическими симптомами, нежели когнитивно-аффективными.

Что касается сравнения пациентов мужского и женского пола, выявлено, что женщины достоверно чаще, чем мужчины, отмечают чувство несостоятельности ($p=0,0005$), чувство вины ($p=0,0014$) и предстоящего наказания ($p=0,0053$), отвращения к себе ($p=0,012$), идеи самообвинения ($p=0,048$), слезливость ($p=0,0004$) и нерешительность ($p=0,034$). По остальным пунктам шкалы достоверных различий не обнаружено ($p > 0,05$).

Средний показатель шкалы депрессии Бека у женщин достоверно выше, чем у мужчин - $25,29 \pm 0,66$ и $22,70 \pm 0,75$, соответственно ($p=0,005$).

Большинство обследованных пациентов - 261 человек (81,06%) - набрали больше 16 баллов по шкале Бека, что соответствует клинически выраженной депрессии. У 128 человек (39,75%) выявлена выраженная депрессия (депрессия средней тяжести); на втором месте по распространенности – тяжелая депрессия (94 человека и 29,19%). Депрессия умеренной степени и субдепрессия встречаются в общей выборке в равном соотношении - 39 (12,11%) и 36 (11,18%), соответственно.

При разделении по полу обнаружено, что депрессия диагностирована у 109 (75,69%) мужчин и 152 (85,39%) женщин с БП. При этом у мужчин достоверно чаще встречается «субдепрессия» ($p=0,028$), а у женщин «тяжелая депрессия» ($p=0,009$) (табл. 2).

Таблица 2. Характеристика депрессивных нарушений у пациентов с БП.

	Общая выборка, n=322 (N, %)	Мужчины, n=144 (N, %)	Женщины, n=178 (N, %)	p
Нет признаков	27 (8,39)	14 (9,72)	13 (7,30)	0,281
Субдепрессия	36 (11,18)	22 (15,28)	14 (7,87)	0,028*
Умеренная депрессия	39 (12,11)	19 (13,19)	20 (11,24)	0,357
Выраженная депрессия	128 (39,75)	58 (40,28)	70 (39,33)	0,476
Тяжелая депрессия	94 (29,19)	32 (22,22)	62 (34,83)	0,009*

Примечание: p – уровень статистической достоверности.

* - статистически достоверные результаты (p<0,05).

Таблица 3. Характеристика тревожных нарушений у пациентов с БП.

		Мужчины, n=144 (N, %)	Женщины, n=178 (N, %)	p
Реактивная тревожность	низкая	8 (5,56)	3 (1,69)	0,054
	умеренная	58 (40,28)	58 (32,58)	0,088
	высокая	78 (54,17)	117 (65,73)	0,021*
Личностная тревожность	низкая	22 (15,28)	21 (11,80)	0,229
	умеренная	65 (45,14)	72(40,45)	0,235
	высокая	57 (39,58)	85 (47,75)	0,072

Примечание: p – уровень статистической достоверности.

* - статистически достоверные результаты (p<0,05).

Исследование тревожности по шкале Спилбергера показало, что тревожные расстройства в той или иной степени отмечены более чем у 80% больных.

При этом реактивной тревожности (реакция пациента на наличие у него тяжелого инвалидизирующего заболевания, или ситуативная тревожность) более подвержены женщины: высокая реактивная тревожность отмечена у 117 женщин (65,73%) и у 78 мужчин (54,17%) (p=0,021). По показателям личностной (постоянной) тревожности также лидируют женщины: высокая тревожность характеризует большинство женщин - 85 (47,75%), в то время как у большинства мужчин (65 пациентов, 45,14%) выявлена умеренная личностная тревожность (p>0,05) (табл. 3).

Тревожно-депрессивные нарушения находятся в тесной взаимосвязи со степенью тяжести заболевания - с увеличением степени тяжести усиливается частота и тя-

жесть депрессии (p<0,0001) и уменьшаются тревожные проявления (p<0,0001). Различия, достигающие статистической достоверности, выявлены как в общей выборке, так и при разделении по полу (табл.4).

На рисунке 1 показано, насколько сильно различается удельная доля депрессивных нарушений различной степени выраженности в составе общей депрессии в зависимости от степени тяжести. В начале заболевания у пациентов с БП преобладают депрессия умеренной степени выраженности и субдепрессия, в то время как частота выраженных нарушений минимальна. Ко 2-3 стадии заболевания частоты встречаемости «малых» форм депрессии и клинически выраженных выравнивается. По мере прогрессирования заболевания к 4 и 5 стадии увеличивается удельная частота выраженной и тяжелой депрессии и значительно уменьшается частота субдепрессии и депрессии умеренной степени тяжести.

Таблица 4. Зависимость тревожности и депрессии от степени тяжести заболевания.

	R	p
Общая выборка		
депрессия	0,306	<0,0001*
личностная тревожность	-0,195	0,0004*
реактивная тревожность	-0,266	<0,0001*
Мужчины		
депрессия	0,404	<0,0001*
личностная тревожность	-0,155	0,064
реактивная тревожность	-0,167	0,046*
Женщины		
депрессия	0,224	0,0027*
личностная тревожность	-0,230	0,002*
реактивная тревожность	-0,355	<0,0001*

Примечание: R – коэффициент Спирмена, p – уровень статистической достоверности.

* - статистически достоверные результаты (p<0,05).

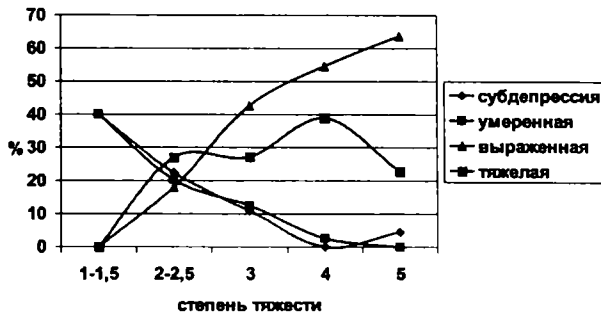


Рисунок 1. Зависимость выраженности депрессии от степени тяжести заболевания.

Выводы

1. Клинически выраженная депрессия, согласно шкале Бека, отмечается более чем у 80% всех пациентов, при этом у мужчин достоверно чаще встречается «субдепрессия», а у женщин - «тяжелая депрессия».

2. Отмечена большая отягощенность депрессии соматическими симптомами, нежели когнитивно-аффективными. Менее всего характерны для пациентов с БП суицидальные мысли и чувство вины, независимо от пола.

3. Тревожные расстройства в той или иной степени выявлены у 80% больных с БП; по показателям и реактивной, и личностной тревожности преобладают женщины.

4. Выявлено, что с увеличением степени тяжести заболевания по шкале Хена-Яра у пациентов, независимо от пола, отмечаются более выраженные проявления депрессии и одновременно более мягкие тревожные проявления. ■

Ахмадеева Г.Н. – врач-невролог Республиканской клинической больницы им. Г.Г. Куватова, г. Уфа; Магжанов Р.В. – д.м.н., профессор, зав. кафедрой неврологии с курсами нейрохирургии и медицинской генетики Башкирского государственного медицинского университета, г. Уфа; Автор, ответственный за переписку - Ахмадеева Гульнара Нашлевна, 450076, г. Уфа, ул. Пушкина, 35, кв. 29. Тел.: 8 (917) 419 02 99, e-mail: nevrolog.ufa@gmail.com

Литература:

- Ахмадеева Г.Н., Таюпова Г.Н., Байтимеров А.Р., Магжанов Р.В., Хидиятова И.М., Хуснутдинова Э.К. Изучение возможных факторов риска возникновения тревожно-депрессивных нарушений у пациентов с болезнью Паркинсона в Республике Башкортостан. Казан. Неврол. вестник им. Бехтерева 2015; 1: 27-31.
- Вейн А.М., Вознесенская Т.Г., Голубев В.Л., Дюкова Г.М. Депрессия в неврологической практике. М: МИА; 2007.
- Левин О.С. Болезнь Паркинсона как нейропсихиатрическое заболевание В: Болезнь Паркинсона и расстройства движения: руководство для врачей по материалам II Нац. конгресса. М; 2011. 99-104.
- Шатова А.В. Нарушение когнитивных функций при болезни Паркинсона: автореф. дис. канд. псих. наук СПб; 2009. 161.
- Beck A.T., Steer R.A., Ball R., Ranieri W.J. Comparison of Beck Depression Inventories -IA and -II in psychiatric outpatients. Pers. Assess. 1996; 67(3): 588-97.
- Dissanayaka N.N.W., Sellbach A., Matheson S., O'Sullivan J.D., Silburn P.A., Byrne Rodney Marsh G.J., Mellick G.D. Anxiety disorders in Parkinson's disease: Prevalence and risk factors. Mov. Disord. 2010; 25: 838-845.
- Assogna F, Fagioli S, Cravello L, Meco G, Pierantozzi M, Stefani A, Imperiale F, Caltagirone C, Pontieri FE, Spalletta G. Depressive symptoms in Parkinson's disease and in non-neurological medical illnesses. Dovepress. 2013; 9: 389-396.
- Hoehn M.M., Yahr M.D. Parkinsonism: onset, progression, and mortality. Neurology. 1967; 17: 427-442.
- Hughes A.J., Daniel S.E., Blankson S., Lees A.J. A clinicopathological study of 100 cases of Parkinson's disease. Arch. Neurol. 1992; 50: 140-148.
- Kirsch-Darrow L, Fernandez H.H., Marsiske M, Okun M.S., Bowers D. Dissociating apathy and depression in Parkinson's disease. Neurology. 2006; 67(1): 33-8.
- Marsh L. Psychosis in Parkinson's disease. Curr. Treatm. Option. Neurol. 2004; 6: 181-189.
- Leentjens A.F., Dujardin K., Marsh L., Martinez-Martin P., Richard I.H., Starkstein S.E. Symptomatology and markers of anxiety disorders in Parkinson's disease: a cross-sectional study. Mov. Disord. 2011; 26(3): 484-92.
- Lieberman A. Depression in Parkinson's disease -- a review. Acta Neurol. Scand. 2006; 113(1): 1-8.
- Lindvall O., Rehncrona S., Brundin P., Gustavii B., Astedt B., Widner H., Lindholm T., Bjurklund A., Leenders K.L., Rothwell J.C. Human fetal dopamine neurons grafted into the striatum in two patients with severe Parkinson's disease. A detailed account of methodology and a 6-month follow-up. Arch. Neurol. 1989; 46(6): 615-631.
- Nazem S., Siderowf A.D., Duda J.E., Brown G.K., Ten Have T., Stern M.B., Weintraub D. Suicidal and death ideation in Parkinson's disease. Mov. Disord. 2008; 23(11): 1573-9.
- Ravina B., Marder K., Fernandez H.H., Friedman J.H., McDonald W., Murphy D., Aarsland D., Babcock D., Cummings J., Endicott J., Factor S., Galpern W., Lees A., Marsh L., Stacy M., Gwinn-Hardy K., Voon V., Goetz C. Diagnostic criteria for psychosis in Parkinson's disease: report of an NINDS, NIMH work group. Mov. Disord. 2007; 22(8): 1061-8.

17. Spielberger C.D., Gorsuch R.L., Lushene R. Manual for the State-Trait Anxiety Inventory (Form Y). Palo Alto, CA: Consulting Psychologists Press; 1983.
18. Starkstein S.E., Preziosi T.J., Bolduc P.L., Robinson R.G. Depression in Parkinson's disease. *Nerv. Ment. Dis.* 1990; 178: 27-31.
19. Starkstein S.E., Merello M., Jorge R., Brockman S., Bruce D., Petracca G., Robinson R.G. A validation study of depressive syndromes in Parkinson's disease. *Mov. Disord.* 2008; 23(4): 538-546.
20. Storch A., Schneider C.B., Wolz M., Styrwald Y., Nebe A., Odin P., Mahler A., Fuchs G., Jost W.H., Chaudhuri K.R., Koch R., Reichmann H., Ebersbach G. Nonmotor fluctuations in Parkinson disease: severity and correlation with motor complications. *Neurology.* 2013; 80(9): 800-9.
21. Tandberg E., Larsen J.P., Aarsland D., Cummings J.L. The occurrence of depression in Parkinson's disease. A community-based study. *Arch. Neurol.* 1996; 53: 175-179.c.