

ИЗУЧЕНИЕ ВОЗМОЖНЫХ ФАКТОРОВ РИСКА ВОЗНИКНОВЕНИЯ  
ТРЕВОЖНО-ДЕПРЕССИВНЫХ НАРУШЕНИЙ У ПАЦИЕНТОВ  
С БОЛЕЗНЬЮ ПАРКИНСОНА В РЕСПУБЛИКЕ БАШКОРТОСТАН

Гульнара Наилевна Ахмадеева<sup>1,3</sup>, Гульназ Наилевна Таюпова<sup>1</sup>, Азамат Рамзович Байтимеров<sup>2</sup>,  
Рим Валеевич Магжанов<sup>2</sup>, Ирина Михайловна Хидиятова<sup>3</sup>, Эльза Камилевна Хуснутдинова<sup>3</sup>

<sup>1</sup>Республиканская клиническая больница им. Г.Г. Куватова,  
450005, г. Уфа, ул. Достоевского, д. 132, e-mail: [nevrolog.ufa@gmail.com](mailto:nevrolog.ufa@gmail.com),

<sup>2</sup>Башкирский государственный медицинский университет, кафедра неврологии с курсами  
нейрохирургии и медицинской генетики, 450000, г. Уфа, ул. Ленина, д. 3, <sup>3</sup>Институт биохимии  
и генетики Уфимского научного центра РАН, 450054, г. Уфа, Проспект Октября, д. 71

Реферат. Изучались особенности тревожно-депрессивных нарушений у пациентов с болезнью Паркинсона в Республике Башкортостан в зависимости от пола, клинической формы, возраста манифестации, повседневной активности и степени двигательных нарушений. Установлено, что тревожно-депрессивные расстройства преобладают у пациентов женского пола. Показано, что возможными факторами риска их возникновения, помимо женского пола, являются низкий уровень повседневной активности и высокая степень двигательных нарушений. Тревожность достоверно чаще выявляется у пациентов с акинетико-ригидной и ригидно-дрожательной формами, а депрессия – с акинетико-ригидно-дрожательной формой. Зависимость от возраста манифестации выявлена только у мужчин.

Ключевые слова: болезнь Паркинсона, тревожность, депрессия, клиническая форма, уровень повседневной активности, степень двигательных нарушений, возраст манифестации.

STUDY OF POSSIBLE RISK FACTORS FOR ANXIETY  
AND DEPRESSIVE DISORDERS IN PATIENTS WITH  
PARKINSON'S DISEASE IN THE REPUBLIC  
OF BASHKORTOSTAN

Gulnara N. Akhmadeeva<sup>1,3</sup>, Gulnaz N. Tayupova<sup>1</sup>,  
Azamat R. Bajtimerov<sup>2</sup>, Rim V. Magzhanov<sup>2</sup>,  
Irina M. Hidiyatova<sup>3</sup>, Jelza K. Husnutdinova<sup>3</sup>

<sup>1</sup>Republic Clinical Hospital named after G.G. Kuvatov, 450005,  
Ufa, Dostoevskogo str., 132, e-mail: [nevrolog.ufa@gmail.com](mailto:nevrolog.ufa@gmail.com),

<sup>2</sup>Bashkir State Medical University, 450000, Ufa, Lenina str., 3,

<sup>3</sup>Institute of Biochemistry and Genetics of Ufa science centre  
RAS, 450054, Ufa, Prospekt Oktjabrja, 71

The features of anxiety and depressive disorders in patients with Parkinson's disease in Republic of Bashkortostan according to sex, clinical form, age of onset, daily activities and the degree of movement disorders have been studied. It is found that anxiety and depressive disorders are prevalent in female patients. It is shown that the possible risk factors for anxiety and depressive disorders, in addition to a female, are low levels of daily activity and a high degree of motor impairment. Anxiety is significantly more often detected in patients with akinetic-rigid and rigid-trembling forms, and depression - in patients with akinetic-rigid-trembling form. Dependence on the age of manifestation was found only in men.

Key words: Parkinson's disease, anxiety, depression, clinical form, the level of daily activity, degree of motor impairment, age of onset.

В последнее время в литературе много внимания уделяют изучению немоторных проявлений болезни Паркинсона (БП), к которым относятся когнитивные нарушения, расстройство сна, вегетативные и сенсорные проявления, а также тревожно-депрессивные нарушения [3]. Риск развития депрессии у пациентов с БП в среднем в 2 раза выше, чем у лиц, сопоставимых с ними по возрасту и полу, с другими хроническими инвалидизирующими заболеваниями [15], что объясняется особенностями патогенеза заболевания. Депрессия при БП встречается в среднем у 40–50% [9, 13, 19] и может возникнуть на любой стадии заболевания, даже до появления первых моторных симптомов [1]. Выраженность депрессивной симптоматики широко варьирует – от более тяжелой (у 4–20% пациентов с БП) до «малой депрессии» (у 10–30% пациентов) [4, 15, 19]. При БП часто отмечаются и тревожные расстройства – в среднем у 40% пациентов, причем чаще в сочетании с депрессивными нарушениями и также могут предшествовать двигательным проявлениям БП [3].

Исследований, предметом которых являются возможные факторы риска тревожно-депрессивных расстройств при БП, немного. Отмечена большая частота депрессии у пациентов молодого и пожилого возраста, однако в целом связь между возникновением депрессии и возрастными особенностями пациентов отсутствует [9]. К факторам риска развития депрессии при БП также относят женский пол [19], личные [17] или семейные [13] проблемы, раннюю манифестацию БП [8], сопутствующие психические нарушения (тревога, апатия, бессонница, психозы и др.) [19]. Дискутабелен вопрос о связи депрессии с двига-

тельными нарушениями при БП. Связь депрессии с двигательными нарушениями, по данным большинства авторов, отсутствует [5, 9]. Однако в других работах выявлена положительная связь между депрессией и симптомами паркинсонизма [18]. Отмечено, что уровень тревожности также может зависеть от двигательных нарушений [6].

Изучение возможных предикторов развития тревожно-депрессивных нарушений у пациентов с БП необходимо для более раннего их выявления и коррекции.

Цель настоящего исследования – изучение особенностей тревожно-депрессивных нарушений у пациентов с БП в зависимости от пола, клинической формы, возраста манифестации, повседневной активности и степени двигательных нарушений.

Были обследованы 322 пациента с диагнозом «болезнь Паркинсона», установленным согласно клиническим диагностическим критериям Банка мозга общества болезни Паркинсона Великобритании (UK Parkinson's Disease Society Brain Bank) [12]. В выборку больных не вошли пациенты с атипичным и вторичным паркинсонизмом, ювенильным паркинсонизмом, паркинсонизмом в составе заболеваний «паркинсонизм-плюс».

По половому составу распределение было следующим: 44,72% мужчин (144 чел.) и 55,28% женщин (178). Средний возраст начала заболевания составлял  $60,63 \pm 4,47$  года. Длительность БП варьировала от одного года до 16 лет, в среднем  $4,09 \pm 1,81$  года. По клиническим характеристикам все пациенты были подразделены на три группы: 1-ю группу составили лица с акинетико-ригидно-дрожательной (смешанной) формой (АРД), 2-ю – с акинетико-ригидной (АР), 3-ю – с ригидно-дрожательной формой (РД).

Степень тяжести заболевания определяли согласно шкале Хена–Яра в модификации Линдвалла [11, 14], степень повседневной активности – по шкале повседневной жизненной активности Шваба и Ингланда [20]. Для более точной оценки была использована унифицированная рейтинговая шкала болезни Паркинсона UPDRS [10]. Нейропсихологическое обследование проводилось с использованием распространенных опросников – шкалы тревожности Ч.Д. Спилбергера [16] и шкалы депрессии Бека [7].

Статистическая обработка данных производилась при помощи пакета программ Statistica 6.0 с использованием непараметрических методов.

В нашем исследовании показано, что средний возраст мужчин на 2012 г. составлял  $67,39 \pm 3,56$  года, женщин –  $66,07 \pm 4,12$ . Дебют заболевания у мужчин наблюдался в  $61,44 \pm 4,09$  года, у женщин – в  $59,95 \pm 5,11$ . Продолжительность заболевания на 2012 г. составляла  $4,15 \pm 1,54$  года у мужчин и  $3,95 \pm 1,89$  у женщин. Средняя оценка степени тяжести по шкале Хена–Яра у мужчин – 3,03 балла, у женщин – 3,12 ( $p > 0,05$ ). Распределение по формам заболевания выявило и у мужчин, и у женщин преобладание ригидно-дрожательной формы в сравнении с другими формами – 88 (61,11%) и 107 (60,11%) соответственно.

Исследование тревожных нарушений по шкале Спилбергера показало, что тревожные расстройства характерны для всех пациентов с БП; в разной степени они имели место более чем у 80% больных. Уровень реактивной тревожности (реакция пациента на наличие у него тяжелого инвалидизирующего заболевания) в общей выборке оказался высоким (средний балл – 47,20), при этом средний балл у женщин – 48,10, у мужчин – 46,10 ( $p > 0,05$ ). Уровень личностной (постоянной) тревожности в общей выборке был умеренным (средний балл 42,99); средний балл у женщин – 43,90, у мужчин – 41,86 ( $p > 0,05$ ).

Отдельные симптомы депрессии были выявлены более чем у 95% пациентов, а клинически выраженная депрессия, согласно критериям МКБ-10, – у 132 (74,16%) женщин и 89 (61,81%) мужчин, что согласовывается с мировыми и российскими данными [2, 9, 13, 19]. Уровень депрессии по шкале Бека в общей выборке был низким (средний балл 24,08), при этом средний балл у женщин (25,28) был выше ( $p < 0,01$ ), чем у мужчин (22,59). Считается, что при 24 баллах и выше необходимо специфическое лечение [7].

При разделении по клиническим формам средний балл реактивной тревожности у пациентов с АР и РД формами был статистически значимо выше, чем у пациентов с АРД формой ( $p < 0,003$ ), как в общей выборке, так и среди женщин. Уровень личностной тревожности у пациентов с АРД формой также был достоверно ниже по сравнению с остальными формами (табл. 1).

Уровень депрессии при разделении по клиническим формам в общей выборке пациентов был низким, однако средний балл статистически значимо различался: у пациентов с АРД формой он выше, чем у пациентов с АР и РД формами ( $p < 0,001$ ). При разделении по полу эти различия сохранились (табл. 1).

Выраженность реактивной и личностной тревожности у пациентов в общей выборке, у мужчин и у женщин в зависимости от клинической формы

Обследованные группы	АРД (средний балл)	АР (средний балл)	РД (средний балл)	Достоверность различий
	1	2	3	
Реактивная тревожность				
Общая выборка	42,28	47,08	49,23	$p_{1-2} = 0,0027^*$ $p_{1-3} = 0,000022^*$ $p_{2-3} = 0,311$
Мужчины	43,28	47,38	46,77	$p_{1-2} = 0,085$ $p_{1-3} = 0,173$ $p_{2-3} = 0,840$
Женщины	41,60	46,79	51,24	$p_{1-2} = 0,0189^*$ $p_{1-3} = 0,000005^*$ $p_{2-3} = 0,134$
Личностная тревожность				
Общая выборка	39,34	43,42	44,36	$p_{1-2} = 0,016^*$ $p_{1-3} = 0,0019^*$ $p_{2-3} = 0,647$
Мужчины	39,03	44,50	42,17	$p_{1-2} = 0,038^*$ $p_{1-3} = 0,186$ $p_{2-3} = 0,398$
Женщины	39,55	42,33	46,16	$p_{1-2} = 0,216$ $p_{1-3} = 0,0024^*$ $p_{2-3} = 0,203$
Депрессия				
Общая выборка	28,13	23,60	22,55	$p_{1-2} = 0,00018^*$ $p_{1-3} = 0,000003^*$ $p_{2-3} = 0,493$
Мужчины	28,22	23,42	20,32	$p_{1-2} = 0,005^*$ $p_{1-3} = 0,00002^*$ $p_{2-3} = 0,148$
Женщины	28,06	23,79	24,38	$p_{1-2} = 0,014^*$ $p_{1-3} = 0,017^*$ $p_{2-3} = 0,784$

\* $p < 0,05$ .

Проведенный нами анализ не показал наличия достоверной связи между тревожными нарушениями и возрастом манифестации заболевания в общей по полу выборке ( $p > 0,05$ ). Однако в группе пациентов мужского пола выявлено (табл. 2) следующее: чем раньше дебютировало заболевание, тем тяжелее были проявления депрессии –  $p < 0,005$  (отрицательная связь по Спирмену средней степени).

Уровень повседневной активности оказывает большое влияние на тревожно-депрессивные нарушения у пациентов с БП. В общей по полу выборке мы обнаружили статистически значимую отрицательную связь между уровнями

личностной ( $p < 0,01$ ) и реактивной тревожности ( $p < 0,05$ ), депрессии ( $p < 0,00001$ ) и показателями повседневной активности по шкале Шваба. При распределении по полу в группе женщин различия были достоверны ( $p < 0,00001$ ), а в группе мужчин статистической значимости достигала только связь повседневной активности с депрессией (табл.3).

Большое влияние на эмоциональную сферу у пациентов с БП имеют также двигательные нарушения – чем тяжелее степень двигательных нарушений, тем выраженнее тревожно-депрессивные проявления (положительная прямая связь по коэффициенту Спирмена). В общей по полу

Таблица 2

**Зависимость депрессии, личностной и реактивной тревожности от возраста манифестации**

Тревожно-депрессивные нарушения		R	p
Общая выборка	Депрессия	-0,083	0,140
	Личностная тревожность	-0,044	0,434
	Реактивная тревожность	0,034	0,544
Мужчины	Депрессия	-0,219	0,0083*
	Личностная тревожность	-0,081	0,037
	Реактивная тревожность	-0,00005	0,9995
Женщины	Депрессия	0,032	0,670
	Личностная тревожность	-0,007	0,924
	Реактивная тревожность	0,067	0,378

Примечание: R – коэффициент Спирмена, \*  $p < 0,05$ . То же в табл. 3, 4.

Таблица 3

**Зависимость депрессии, личностной и реактивной тревожности от уровня повседневной активности**

Тревожно-депрессивные нарушения		R	p
Общая выборка	Депрессия	-0,414	0,000001*
	Личностная тревожность	-0,147	0,0081*
	Реактивная тревожность	-0,119	0,0328*
Мужчины	Депрессия	-0,436	0,000001*
	Личностная тревожность	-0,086	0,307
	Реактивная тревожность	-0,096	0,253
Женщины	Депрессия	-0,418	0,000001*
	Личностная тревожность	-0,200	0,008*
	Реактивная тревожность	-0,136	0,07

Таблица 4

**Зависимость депрессии, личностной и реактивной тревожности от степени двигательных нарушений (часть III UPDRS)**

Тревожно-депрессивные нарушения		R	p
Общая выборка	Депрессия	0,329	0,0012*
	Личностная тревожность	0,265	0,0099*
	Реактивная тревожность	0,173	0,096
Мужчины	Депрессия	0,361	0,012*
	Личностная тревожность	0,199	0,174
	Реактивная тревожность	0,242	0,097
Женщины	Депрессия	0,351	0,017*
	Личностная тревожность	0,397	0,006*
	Реактивная тревожность	0,135	0,371

выборке мы выявили статистически значимую связь депрессии и личностной тревожности с уровнем двигательной активности ( $p < 0,01$ ). При разделении по полу (табл.4) такая же связь сохранялась в группе женщин ( $p < 0,02$ ); в группе мужчин прямая положительная связь была обнаружена только с депрессией ( $p < 0,02$ ).

Таким образом, результаты проведенного исследования показали, что возможными факторами риска тревожно-депрессивных нарушений являются женский пол, АД (для депрессии), АД и РД формы (для тревожности), ранний возраст манифестации, низкий уровень повседневной активности и высокая степень двигательных нарушений.

ЛИТЕРАТУРА

1. Залялова З.А., Яковлева Л.А., Богданов Э.И. Немоторные проявления болезни Паркинсона: методическое пособие для постдипломного образования. Казань: КГМУ, 2009. 33 с.
2. Залялова З.А., Хасанова Д.М. Депрессия при болезни Паркинсона / Болезнь Паркинсона и расстройства движений: руководство для врачей по материалам III Нац. конгресса. М., 2014. С. 90–93.
3. Левин О.С. Болезнь Паркинсона как нейропсихиатрическое заболевание / Болезнь Паркинсона и расстройства движения: руководство для врачей по материалам II Нац. конгресса. М., 2011. С. 99–104.
4. Шатова А.В. Нарушение когнитивных функций при болезни Паркинсона: Автореф. дисс. ... канд. психол. наук. СПб, 2009. 161 с.
5. Янакаева, Т.А. Сравнительный анализ когнитивных и аффективных расстройств при дисциркуляторной энцефалопатии, болезни Паркинсона и болезни Альцгеймера: Автореф. дисс. ... канд. мед. наук. М., 1999. 22 с.
6. Ardouin C., Lhomme E., Thobois S. et al. Piribedil improves apathy, depression and anxiety in Parkinson's disease // Mov. Disord. 2009. Vol. 24 (Suppl. 1). S. 233.
7. 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. Vol. 67, № 3. P. 588–597
8. Cole S.A., Woodard J.L., Juncos J.L. et al. Depression and disability in Parkinson's disease // J. Neuropsychiatry Clin. Neurosci. 1996. № 8. P. 20–25.
9. Cummings J.L. Depression in Parkinson's disease // Am. J. Psychiatry. 1992. Vol. 149. P. 443–454.
10. Fahn S., Elton R.L. UPDRS Development Committee. Unified Parkinson's Disease Rating Scale / Recent Developments in Parkinson's Disease [eds. S.Fahn, C.D.Marsden, D.Calne, M. Goldstein]. Macmillan Health Care Information. Florham Park, N.J., 1987. P. 153–163.
11. Hoehn M.M., Yahr M.D. Parkinsonism: onset, progression, and mortality // Neurology. 1967. Vol. 17. P. 427–442.
12. Hughes A.J., Daniel S.E., Blankson S., Lees A.J. A clinicopathological study of 100 cases of Parkinson's disease // Arch. Neurol. 1992. Vol. 50. P. 140–148.

13. Leentjens A.F.G. Depression in Parkinson's disease: conceptual issues and clinical challenges // *J. Geriatr. Psychiatry Neurol.* 2004. Vol. 17. P.120–126.
14. Lindvall O., Rehncrona S., Brundin P. et al. 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. Vol. 46, № 6. P. 615–631.
15. Shrag A. Psychiatric aspects of Parkinson's disease // *J. Neurol.* 2004. Vol. 251. P. 795–804.
16. Spielberger C.D., Gorsuch R.L., Lushene R. et al. Manual for the State-Trait Anxiety Inventory (Form Y). Palo Alto, CA: Consulting Psychologists Press, 1983.
17. Starkstein S.E., Preziosi T.J., Bolduc P.L. et al. Depression in Parkinson's disease // *J. Nerv. Ment. Dis.* 1990. Vol. 178. P. 27–31.
18. Starkstein S.E., Merello M., Jorge R. et al. A validation study of depressive syndromes in Parkinson's disease // *Mov. Disord.* 2008. Vol. 23, № 4. P. 538–546.
19. 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. Vol. 53. P. 175–179.
20. Schwab R.S., England Jr. A.C. Projection techniques for evaluating surgery in Parkinson's Disease / *Third Symposium on Parkinson's Disease, Royal College of Surgeons in Edinburgh, May 20–22, 1968* [eds. I.M.L. Gillingham, E. Donaldson. S.]. Livingstone Ltd, 1969. P. 152–157.
8. Cole S.A., Woodard J.L., Juncos J.L. et al. Depression and disability in Parkinson's disease. *J. Neuropsychiatry Clin. Neurosci.* 1996. № 8. pp. 20–25.
9. Cummings J.L. Depression in Parkinson's disease. *Am. J. Psychiatry.* 1992. Vol. 149. pp. 443–454.
10. Fahn S., Elton R.L. *UPDRS Development Committee. Unified Parkinson's Disease Rating Scale / Recent Developments in Parkinson's Disease* [eds. S.Fahn, C.D.Marsden, D.Calne, M. Goldstein]. Macmillan Health Care Information. Florham Park, N.J., 1987. P. 153–163.
11. Hoehn M.M., Yahr M.D. Parkinsonism: onset, progression, and mortality. *Neurology.* 1967. Vol. 17. pp. 427–442.
12. Hughes A.J., Daniel S.E., Blankson S., Lees A.J. A clinicopathological study of 100 cases of Parkinson's disease. *Arch. Neurol.* 1992. Vol. 50. pp. 140–148.
13. Leentjens A.F.G. Depression in Parkinson's disease: conceptual issues and clinical challenges. *J. Geriatr. Psychiatry Neurol.* 2004. Vol. 17. pp.120–126.
14. Lindvall O., Rehncrona S., Brundin P. et al. 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. Vol. 46, № 6. pp. 615–631.
15. Shrag A. Psychiatric aspects of Parkinson's disease. *J. Neurol.* 2004. Vol. 251. pp. 795–804.
16. Spielberger C.D., Gorsuch R.L., Lushene R. et al. *Manual for the State-Trait Anxiety Inventory (Form Y)*. Palo Alto, CA: Consulting Psychologists Press, 1983.
17. Starkstein S.E., Preziosi T.J., Bolduc P.L. et al. Depression in Parkinson's disease. *J. Nerv. Ment. Dis.* 1990. Vol. 178. pp. 27–31.
18. Starkstein S.E., Merello M., Jorge R. et al. A validation study of depressive syndromes in Parkinson's disease. *Mov. Disord.* 2008. Vol. 23, № 4. pp. 538–546.
19. 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. Vol. 53. pp. 175–179.
20. Schwab R.S., England Jr. A.C. *Projection techniques for evaluating surgery in Parkinson's Disease / Third Symposium on Parkinson's Disease, Royal College of Surgeons in Edinburgh, May 20–22, 1968* [eds. I.M.L. Gillingham, E. Donaldson. S.]. Livingstone Ltd, 1969. P. 152–157.

#### REFERENCES

Поступила 19.01.15.