

© Т.И. Торган

*ГБОУ ВПО «Пермская Государственная медицинская академия им. ак. Е.А. Вагнера»
МЗ РФ*

г. Пермь, Россия

СИНДРОМ УТОМЛЯЕМОСТИ ПРИ БОЛЕЗНИ ПАРКИНСОНА И ЕГО ВЛИЯНИЕ НА КАЧЕСТВО ЖИЗНИ

Аннотация. Обследован 91 пациент с болезнью Паркинсона (БП) без деменции с использованием шкал: оценки утомляемости (MFIS); унифицированной шкалы оценки БП (УШОБП); опросника качества жизни пациентов с БП (ОКЖ); госпитальной шкалы тревоги и депрессии (HADS) и шкалы сонливости Эпворта. Синдром усталости присутствует у 47 % пациентов, выраженность его не зависит от основных моторных проявлений БП. Установлена взаимосвязь синдрома с повышенной дневной сонливостью. Выявленные отрицательные корреляции между ОКЖ и MFIS доказывают, что утомляемость снижает качество жизни пациентов с БП. Усталость является частым симптомом у пациентов с БП и является одним из факторов, снижающих качество жизни.

Ключевые слова: болезнь Паркинсона, утомляемость, дневная сонливость, качество жизни, депрессия.

© T. Torgan

Perm State Academy of Medicine named after E.A. Vagner

Perm, Russia

FATIGUE SYNDROME IN PARKINSON'S DISEASE AND ITS IMPACT ON QUALITY OF LIFE

Abstract. 91 patients with Parkinson's disease (PD) without dementia were examined. We used the following scales: assessment of fatigue (MFIS); Unified PD Rating Scale (UPDRS) Parkinson's Disease Quality of Life Questionnaire (PDQL), Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS) and Epworth Sleepiness Scale. Fatigue syndrome occurs in 47 % of patients, its severity does not depend on the basic motor manifestations of PD. The association of fatigue with increased daytime sleepiness was revealed. Negative correlations between PDQL and MFIS demonstrate that fatigue affects the quality of life in patients with PD. Fatigue is a common symptom in patients with PD, and it is one of the symptoms that decrease quality of life.

Key words: Parkinson's disease, fatigue, excessive daytime sleepiness, quality of life, depression.

Введение. Неврологам усталость знакома, прежде всего, как симптом рассеянного склероза [1]. Другим неврологическим заболеванием, где утомляемость рассматривается в качестве клинически значимого симптома, является болезнь Паркинсона (БП) [4]. Распространенность усталости у

пациентов с БП колеблется от 40 до 50 % [6, 7, 9]. Несмотря на широкую распространенность усталости, патофизиологические механизмы, лежащие в ее основе, мало изучены. На сегодняшний день обсуждается связь усталости у пациентов с БП с депрессией и нарушениями сна [5, 6, 9], однако данные по этому вопросу противоречивы и нуждаются в уточнении. Известно, что неврологические заболевания существенно снижают качество жизни (КЖ) пациентов [1, 2, 3, 6, 8], интерес представляет изучение влияния усталости на этот показатель.

Целью настоящего исследования было оценить усталость у пациентов с БП, и проанализировать взаимосвязь между усталостью и клиническими характеристиками, в том числе с депрессией и чрезмерной дневной сонливостью, определить влияние усталости на качество жизни пациентов.

Материал и методы исследования. Обследован 91 пациент (59 женщин и 32 мужчины) с болезнью Паркинсона без деменции. Верификацию диагноза осуществляли в соответствии с МКБ-10 (специальный код рубрики для БП – G20) с уточнением стадии болезни по Хен и Яру (1967) и темпа прогрессирования. Средний возраст больных составил 64(58–72) лет, длительность болезни – 4(3–6) лет, тяжесть заболевания по шкале Хен-Яр – 2,5(2,0–2,5). По степени тяжести заболевания пациентов разделили на следующие группы: 36 больных – с легкой степенью тяжести (первая группа), 55 – средне-тяжелой (48 – средней и 7 – тяжелой степени). Средний балл по шкале (УШОБП, Часть 3) – 34(28–38). Группу контроля составили 15 здоровых лиц, сопоставимых по полу и возрасту с основной группой. Клиническое обследование проводили по схеме: оценка объективного соматического, неврологического статуса, профессиональный анамнез, перенесенные и сопутствующие заболевания, длительность болезни. Степень тяжести двигательных расстройств оценивали с помощью унифицированной рейтинговой шкалы оценки проявлений БП (УШОБП, Часть 3). Качество жизни пациентов устанавливали с помощью опросника состояния качества

жизни пациентов с болезнью Паркинсона (ОКЖ). Все вопросы ОКЖ можно разделить на четыре раздела: симптомы болезни Паркинсона, системные симптомы, эмоциональные функции, социальные функции. Для оценки утомляемости использовалась шкала MFIS, которая подразделяется на три подшкалы: физическая утомляемость, умственная утомляемость, психосоциальная утомляемость. Оценка аффективных расстройств производилась при помощи госпитальной шкалы тревоги и депрессии (HADS), дневной сонливости – при помощи шкалы сонливости Эпворта. Статистическая обработка данных производилась при помощи пакета программ STATISTICA v. 6.0 с использованием непараметрических методов. Количественные признаки охарактеризованы медианой, верхней и нижней квартилью. Для сравнения двух независимых признаков использован критерий Манна-Уитни. Корреляционный анализ выполнен по Спирману. Критический уровень значимости при проверке статистических гипотез принимался равным 0,05.

Результаты. Произведена оценка утомляемости в основной и контрольной группе. Средний показатель утомляемости составил 33(25–42) баллов, что было достоверно ($p=0,000$) выше, чем в группе контроля 15 (9–19) баллов. Наличие утомляемости (более 36 баллов по MFIS) выявлено у 43 (47 %) пациентов. У больных со средне-тяжелой степенью тяжести заболевания общий балл утомляемости и физическая утомляемость были достоверно выше, чем у пациентов с легкой степенью тяжести (табл. 1).

Таблица 1

Выраженность синдрома утомляемости у пациентов с БП в зависимости от степени тяжести заболевания

Шкалы	Степень тяжести заболевания		
	Легкая (n=36)	Средне-тяжелая (n=55)	p
MFIS общий балл	27(22–41)	33,5(28–43)	0,033
Психическая, баллы	2(2–4)	3(2–4)	0,299
Физическая, баллы	16(11–21)	19,5(16–23)	0,025
Умственная, баллы	11(6–17)	13(8–18,5)	0,235

Длительность заболевания, показатели качества жизни и уровня дневной сонливости достоверно отличались у пациентов с усталостью и без нее (табл. 2).

Таблица 2

Клиническая характеристика пациентов в зависимости от наличия усталости

Характеристики заболевания	Наличие усталости		p
	есть (n =48)	нет (n =43)	
возраст, годы	62(56–72)	65(58–73)	0,400
длительность болезни, годы	3(2–5)	5(4–7)	0,000
стадия болезни	2,5(2,0–2,5)	2,5(2,0–3,0)	0,182
двигательный дефицит, баллы	32,5(28–37,5)	35(29–40,5)	0,325
ОКЖ, баллы	143(129–150)	121,5(97,5–135)	0,000
симптомы болезни, баллы	52(47–54)	43,5(37–50)	0,000
системные симптомы, баллы	25(22–28)	22(18,5–24)	0,000
социальные функции, баллы	28(24–30)	23(21–26)	0,000
эмоциональные функции, баллы	36(32–40)	31(28–35,5)	0,000
HADS тревога, баллы	7(3–8)	8(7–10)	0,027
HADS депрессия, баллы	7(6–10)	7(6–9)	0,516
шкала Эпворта, общий балл	5(3–7)	8(6–9)	0,000

Корреляционный анализ подтвердил выше установленные закономерности. Суммарный показатель шкалы утомляемости не коррелировал с возрастом больных ($R=0,13$; $p=0,223$), выраженностью двигательных расстройств ($R=0,16$; $p=0,131$), показателем тревоги ($R=0,23$; $p=0,067$) и депрессии ($R=0,14$; $p=0,263$). Выявлена достоверная связь этого показателя с продолжительностью ($R=0,33$; $p=0,001$), степенью тяжести болезни ($R=0,22$; $p=0,034$), суммарным показателем шкалы УШОБП ($R=0,27$; $p=0,229$), показателем дневной сонливости ($R=0,27$; $p=0,016$). Показатель «когнитивной» утомляемости не коррелировал с возрастом больных ($R=0,15$; $p=0,155$), степенью тяжести болезни ($R=0,12$; $p=0,242$), выраженностью двигательных расстройств ($R=0,09$; $p=0,406$), показателем депрессии ($R=0,12$;

$p=0,318$). Выявлена положительная корреляционная связь этого показателя с продолжительностью болезни ($R=0,36$; $p=0,000$), показателем тревоги ($R=0,39$; $p=0,001$). Показатель «физической» утомляемости не был связан с возрастом больных ($R=0,05$; $p=0,604$), выраженностью двигательных расстройств ($R=0,12$; $p=0,591$), показателем тревоги ($R=0,15$; $p=0,210$) и депрессии ($R=0,15$; $p=0,212$). Выявлена положительная связь этого показателя с продолжительностью ($R=0,25$; $p=0,020$) и степенью тяжести болезни ($R=0,24$; $p=0,022$), показателем дневной сонливости ($R=0,22$; $p=0,047$). Показатель «психосоциальной» утомляемости не зависел от возраста больных ($R=-0,03$; $p=0,724$), продолжительности ($R=0,11$; $p=0,283$) и степени тяжести болезни ($R=0,11$; $p=0,305$), выраженности двигательных расстройств ($R=0,14$; $p=0,186$). Показателем тревоги ($R=0,07$; $p=0,578$) и депрессии ($R=0,05$; $p=0,681$), показателем дневной сонливости ($R=0,21$; $p=0,060$).

Проведенный корреляционный анализ между отдельными подпунктами шкалы УШОБП и показателями утомляемости показал достоверную связь между степенью тремора левой руки и «психосоциальной» утомляемостью ($R=0,37$; $p=0,000$), «когнитивной» ($R=0,39$; $p=0,000$), «физической» ($R=0,39$; $p=0,000$) и суммарным баллом MFIS ($R=0,45$; $p=0,000$). Общий показатель УШОБП коррелировал с выраженностью «физической» утомляемости ($R=0,30$; $p=0,004$) и суммарным баллом MFIS ($R=0,27$; $p=0,009$).

Депрессия присутствовала у 31 (30 %) пациента, а повышенная дневная сонливость (ПДС) наблюдалась у 10 (11 %) пациентов. Показатели тревоги были достоверно выше у пациентов с депрессией. Не выявлено разницы показателя утомляемости у пациентов с депрессией и без нее. С другой стороны, усталость была достоверно выше у пациентов с повышенной дневной сонливостью (табл. 3).

Таблица 3

**Характеристики заболевания в зависимости от наличия депрессии и
чрезмерной дневной сонливости**

Характеристик и заболевания	Депрессия		p	Чрезмерная дневная сонливость		p
	Нет (n=60)	Есть (n=31)		Нет (n=81)	Есть (n=10)	
Возраст, года	62(56–70)	63(58–71)	0,585	63,5(57–72)	64,5(51–70)	0,863
Длительность болезни, года	4(3–6)	4(2–6)	0,325	4(3–6)	48(24–60)	0,632
Стадия болезни	2,5(2–2,5)	2(2–3)	0,938	2,5(2–2,5)	2(2–2,5)	0,719
Двигательный дефицит, баллы	34(28–40)	34(28–38)	0,857	34(28,5–38,5)	32(29–42)	0,851
УШОБП, общий балл	47(40–57)	49(42–59)	0,563	46,5(42–57)	45,5(40–67)	0,851
MFIS общий балл	33(25–41)	30(22–46)	0,823	30(25–41)	43(38–48)	0,019
Психическая утомляемость, баллы	3(2–5)	3(2–4)	0,535	3(2–4)	6(4–6)	0,004
Физическая утомляемость, баллы	18(14–22)	19(13–24)	0,651	18(13–22)	23(19–24)	0,009
Умственная утомляемость, баллы	13(4–17)	10(6–20)	0,751	11(7–18)	16(13–17)	0,359
ОКЖ, баллы	129(114–144)	133(115–141)	0,598	134(115–144)	125(114–140)	0,564
HADS тревога, баллы	5(3–8)	8(7–12)	0,000	8(5–9)	7(6–7)	0,853
HADS депрессия, баллы	–	–	–	7(6–10)	8(7–9)	0,411
Эпворт, баллы	6(3–9)	7(5–8)	0,278	–	–	–

Корреляционный анализ показал достоверную отрицательную корреляцию между показателями ОКЖ и синдромом усталости, а также длительностью заболевания и стадией болезни. Значимой корреляции между показателями ОКЖ и двигательным дефицитом выявлено не было (табл. 4).

Таблица 4

Результаты корреляционного анализа показателей ОКЖ и различных характеристик заболевания (коэффициент Спирмана)

Характеристики заболевания	Опросник состояния качества жизни				
	ОБ	СБ	СС	СФ	ЭФ
MFIS, общий балл	-0,52*	-0,40*	-0,52*	-0,50*	-0,49*
Психическая утомляемость, баллы	-0,32*	-0,20	-0,38*	-0,32*	-0,33*
Физическая утомляемость, баллы	-0,41*	-0,35*	-0,44*	-0,39*	-0,35*
Умственная утомляемость, баллы	-0,51*	-0,40*	-0,43*	-0,49*	-0,49*
Возраст	0,77	0,06	-0,00	0,06	0,12
Длительность	-0,38*	-0,39*	-0,16	-0,46*	-0,27*
Стадия болезни	-0,19	-0,19	-0,14	-0,23*	-0,14
Двигательный дефицит	-0,15	-0,14	-0,03	-0,18	-0,11

Примечание.

* $p < 0,05$

Обозначения: ОБ-общий балл; СБ-симптомы болезни; СС-системные симптомы; СФ-социальные функции; ЭФ-эмоциональные функции

Обсуждение и выводы. Настоящее исследование показало, что усталость присутствует в 47 % пациентов с БП, это доказывает, что данный феномен является распространенным у пациентов с БП, и его следует рассматривать в качестве одного из наиболее важных симптомов. Что касается факторов, связанных с усталостью, данные анализа показали, что утомляемость зависит от степени тяжести болезни, длительности заболевания, уровня дневной сонливости.

Таким образом, вполне вероятно, что усталость и сонливость в дневное время часто сосуществуют, и это может означать, что мероприятия, направленные на уменьшение этих симптомов, окажут существенное терапевтическое воздействие на пациентов и улучшат качество жизни. Двигательный дефицит, возраст и депрессия не были определены как значимый фактор усталости. Настоящее исследование подтвердило тесную связь между усталостью и нарушением КЖ. Эти данные свидетельствуют о том, что усилия направленные на уменьшение усталости, могут иметь

существенный терапевтический потенциал для улучшения КЖ у пациентов с БП.

Список литературы:

1. *Акинцева Ю.В., Байдина Т.В., Трушникова Т.Н.* Влияние синдрома усталости на качество жизни больных рассеянным склерозом // *Неврологический вестник*. – 2010. Т. XLII, Вып. 1. – С. 132–133.
2. *Каракулова Ю.В., Селянина Н.В., Ерошина О.А.* Качество жизни больных в остром периоде черепно-мозговой травмы под влиянием нейротрофической терапии // *Бюллетень сибирской медицины*. – 2011. – Т. 10, № 2. – С. 122–126.
3. *Старикова Н.Л.* Качество жизни при первичных цефалгиях и эффективность компьютерного биоуправления // *Бюллетень сибирской медицины*. – 2010. – № 2. – С. 34–37.
4. *Торган Т.И., Байдина Т.В.* Немоторные симптомы болезни Паркинсона // *Саратовский научно-медицинский журнал*. – 2012. – Т. 8, № 2. – С. 535–538.
5. *Aarsland D., Marsh L., Schrag A.* Neuropsychiatric symptoms in Parkinson's disease // *Mov Disord*. – 2009. – № 24. – P. 2175–2186.
6. *Friedman J., Friedman H.* Fatigue in Parkinson's disease // *Neurology*. 1993. – № 43. – P. 2016–2018.
7. *Friedman J.H., Brown R.G., Comella C.* Working Group on Fatigue in Parkinson's Disease. Fatigue in Parkinson's disease: a review // *Mov Disord*. – 2007. – № 22. – P. 297–308.
8. *Gallagher D.A., Lees A.J., Schrag A.* What are the most important nonmotor symptoms in patients with Parkinson's disease and are we missing them? // *Mov Disord*. – 2010. – № 25. – P. 2493–2500.
9. *Hagell P., Brundin L.* Towards an understanding of fatigue in Parkinson disease // *J Neurol Neurosurg Psychiatry*. – 2009. – № 80. – P. 489–492.

REFERENCES

1. *Akintseva Yu.V., Baydina T.V., Trushnikova T.N.* Vliyanie sindroma ustalosti na kachestvo zhizni bol'nykh rasseyannym sklerozom. *Neurologicheskiy vestnik* [Neurological reporter]. 2010, Vol. XLII, issue 1, pp. 132–133.
2. *Karakulova Yu.V., Selyanina N.V., Eroshina O.A.* Kachestvo zhizni bol'nykh v ostrom periode cherepno-mozgovoy travmy pod vliyaniem neyrotroficheskoy terapii. *Byulleten' sibirskoy meditsiny* [Bulletin of Siberian medicine]. 2011, Vol. 10, no. 2, pp. 122–126.
3. *Starikova N.L.* Kachestvo zhizni pri pervichnykh tsefalgiyakh i effektivnost' komp'yuternogo bioupravleniya. *Byulleten' sibirskoy meditsiny* [Bulletin of Siberian medicine]. 2010, no. 2, pp. 34–37.

4. Torgan T.I., Baydina T.V. Nemotornye simptomy bolezni Parkinsona. *Saratovskiy nauchno-meditsinskiy zhurnal* [Saratov scientific – medical journal]. 2012, Vol. 8, no. 2, pp. 535–538.
5. Aarsland D., Marsh L., Schrag A. Neuropsychiatric symptoms in Parkinson's disease. *Mov Disord.* 2009, no. 24, pp. 2175–2186.
6. Friedman J., Friedman H. Fatigue in Parkinson's disease. *Neurology.* 1993, no. 43, pp. 2016–2018.
7. Friedman J.H., Brown R.G., Comella C. Working Group on Fatigue in Parkinson's Disease. Fatigue in Parkinson's disease: a review. *Mov Disord.* 2007, no. 22, pp. 297–308.
8. Gallagher D.A., Lees A.J., Schrag A. What are the most important nonmotor symptoms in patients with Parkinson's disease and are we missing them? *Mov Disord.* 2010, no. 25, pp. 2493–2500.
9. Hagell P., Brundin L. Towards an understanding of fatigue in Parkinson disease. *J Neurol Neurosurg Psychiatry.* 2009, no. 80, pp. 489–492.

Торган Татьяна Ивановна – аспирант кафедры неврологии лечебного факультета им. проф. В. П. Первушина ГБОУ ВПО ПГМА им. ак. Е.А.Вагнера Минздрава РФ. 614990 Пермь, ул. Петропавловская, 26., тел 8 965 575 56 54, t-torgan@mail.ru.

Torgan Tatyana Ivanovna – post – graduate of the medical faculty department of neurology, Perm State Academy of Medicine named after E. A. Vagner, 614990, Perm, Petropavlovskaya street, 26, tel. 8 965 575 56 54, e-mail: t-torgan@mail.ru.