

ФЕДЕРАЛЬНОЕ ГОСУДАРСТВЕННОЕ БЮДЖЕТНОЕ УЧРЕЖДЕНИЕ
«НАЦИОНАЛЬНЫЙ МЕДИЦИНСКИЙ ИССЛЕДОВАТЕЛЬСКИЙ ЦЕНТР
ПСИХИАТРИИ И НЕВРОЛОГИИ ИМЕНИ В.М. БЕХТЕРЕВА»
МИНИСТЕРСТВА ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ

На правах рукописи

ФУРСОВА
ИРИНА ВИКТОРОВНА

ДИНАМИКА ПОКАЗАТЕЛЕЙ КЛИНИЧЕСКОГО И ПСИХОЛОГИЧЕСКОГО
СТАТУСОВ, КАЧЕСТВА ЖИЗНИ И СТИГМАТИЗАЦИИ В ПРОЦЕССЕ
ЛЕЧЕНИЯ ПАЦИЕНТОВ С БОЛЕЗНЬЮ ПАРКИНСОНА, ОСЛОЖНЕННОЙ
ПОСТУРАЛЬНЫМИ ДЕФОРМАЦИЯМИ

14.01.11 – нервные болезни

ДИССЕРТАЦИЯ
на соискание ученой степени
кандидата медицинских наук

Научный руководитель:
кандидат медицинских наук
Захаров Денис Валерьевич

Научный консультант:
доктор медицинских наук
Михайлов Владимир Алексеевич

Санкт-Петербург

2021

ОГЛАВЛЕНИЕ

СПИСОК СОКРАЩЕНИЙ И УСЛОВНЫХ ОБОЗНАЧЕНИЙ.....	4
ВВЕДЕНИЕ	5
ГЛАВА 1 ОБЗОР ЛИТЕРАТУРЫ	12
1.1. Определение, этиология, патогенез и эпидемиология	12
болезни Паркинсона	12
1.2. Постуральные деформации при болезни Паркинсона.....	13
1.3. Применение ботулотоксина при болезни Паркинсона	28
1.4. Структура личности и эмоциональные нарушения при болезни	
Паркинсона	30
1.5. Стигматизация у пациентов с болезнью Паркинсона.....	33
1.6. Качество жизни пациентов с болезнью Паркинсона	37
ГЛАВА 2 ОБЩАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА БОЛЬНЫХ.....	44
И МЕТОДОВ ИХ ОБСЛЕДОВАНИЯ	44
2.1. Дизайн исследования.....	44
2.2. Методы обследования больных	47
2.3. Материал исследования	59
ГЛАВА 3 КЛИНИЧЕСКИЕ ХАРАКТЕРИСТИКИ, СРАВНИТЕЛЬНЫЙ АНАЛИЗ	
ФУНКЦИОНАЛЬНОГО И ПСИХОЛОГИЧЕСКОГО СТАТУСОВ ПАЦИЕНТОВ	
В ГРУППАХ	62
3.1. Клиническая характеристика групп	62
3.2. Сравнительный анализ болевого синдрома у пациентов в группах	68
3.3. Сравнительный анализ функционального состояния пациентов в группах	
.....	71
3.4. Сравнительный анализ выраженности стигматизации.....	75
пациентов в группах	75
3.5. Сравнительный анализ психологического статуса пациентов в группах..	77
3.6. Сравнительный анализ качества жизни в группах	84
ГЛАВА 4 ДИНАМИКА ПОСЛЕ ПРОВЕДЕННОГО ЛЕЧЕНИЯ.....	88

4.1. Анализ динамики функционального состояния в группе пациентов с камптокормией после лечения.....	88
4.2. Анализ динамики функционального состояния в группе пациентов с синдромом Пизанской башни после лечения.....	97
4.3. Анализ динамики функционального состояния в группе пациентов с дистонией конечностей после лечения.....	104
4.4. Анализ динамики функционального состояния в группе пациентов с цервикальной дистонией после лечения	110
4.5. Динамика психологического состояния в процессе реабилитации	116
4.6. Клинические случаи.....	120
ЗАКЛЮЧЕНИЕ	125
ВЫВОДЫ	138
СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ	140
ПРИЛОЖЕНИЕ	161

СПИСОК СОКРАЩЕНИЙ И УСЛОВНЫХ ОБОЗНАЧЕНИЙ

БП – болезнь Паркинсона

ВОЗ – Всемирная организация здравоохранения

КЖ – качество жизни

MMSE – краткая шкала оценки психического статуса

MoCa – Montreal cognitive assessment – Монреальская когнитивная шкала

МР-признаки – магнитно-резонансные признаки

МРТ – магнитно-резонансная томография

МСА – multiple system atrophy – мультисистемная атрофия

ПД – постуральные деформации

СК – спастическая кривошея

ЦД – цервикальная дистония

ЭМГ – электромиография

ЭНМГ – электронейромиография

ВВЕДЕНИЕ

Актуальность темы исследования

Болезнь Паркинсона (далее – БП) – это второе по распространенности нейродегенеративное заболевание людей пожилого возраста после болезни Альцгеймера. (Cacabelos R., 2017). У лиц старше 70 лет заболеваемость БП достигает 55 на 100 000 человек в год, а у лиц старше 85 лет – 220–304 на 100 000 в год (Левин О.С., 2011).

Частым осложнением при данной нозологии являются постуральные деформации туловища, шеи и конечностей (Alwardat M. et al., 2019). Постуральные деформации оказывают выраженное влияние на жизнь пациентов, ухудшая их соматическое, неврологическое и психологическое состояние. Они испытывают трудности в бытовом самообслуживании – им сложно осуществлять гигиенические процедуры, готовить пищу, одеваться, что существенно ухудшает их функциональное состояние (Etoom M. et al., 2020).

Постуральные деформации, являясь эстетически заметным внешним дефектом, создают у человека постоянный внутренний дискомфорт, связанный с негативным восприятием своего измененного внешнего облика. Это отрицательно сказывается на психологическом состоянии пациентов и формирует у них ограничительное поведение в коммуникативной сфере. Резко снижается их работоспособность, больные вынуждены отказываться от привычного образа жизни и досуга.

Часто постуральные деформации сопровождаются болевым синдромом. Выраженность постуральных деформаций усиливается по мере прогрессирования БП и стажа лечения леводопой. Прием препарата леводопы может, как уменьшать, так и увеличивать их проявления.

Современная стратегия лечения постуральных деформаций при БП предполагает коррекцию основного противопаркинсонического лечения, назначение клозапина, использование ортопедических пособий, однако эффективность этих

мероприятий часто бывает недостаточной. Один из перспективных методов коррекции как дистонической установки, так и болезненности при постуральных деформациях, – применение ботулинического токсина типа А. Ботулинотерапия эффективна в лечении лекарственных дистоний нижней конечности «пики» или «истощения» дозы, камптокормии, синдрома Пизанской башни, цервикальной дистонии (Mills R. et al., 2015; Jankovic J., 2017). Тем не менее, несмотря на все более активный интерес к этой методике, многие вопросы требуют изучения и доработки.

Степень разработанности темы исследования

В литературе имеется небольшое количество публикаций, посвященных отдельным видам постуральных деформаций при БП, преимущественно, туловищным (Azher S.N., Jankovic J., 2005; Thibaut L. et al., 2010; Doherty K.M. et al., 2011; Doherty K.M. et al., 2013; Srivanitchapoom P., Hallet M., 2015; Michel SF. et al., 2015; Arias Carrión O et al., 2015; Miletić V., 2016; Etoom M. et al., 2020). В меньшей степени освещены дистонии конечностей и цервикальная дистония (Cervantes-Arriaga A. et al., 2016; Wijemanne S., Jankovic J., 2019) не очень широко данная проблема освещена и в работах отечественных авторов (Гамалея А.А. и соавт., 2012; Орехова О.А., 2013; Прудникова О.Г. и соавт., 2018). Практически не встречаются работы, включающие сравнительных анализ влияния различных видов постуральных деформаций у пациентов с БП на их функциональное и психологическое состояние. В доступной литературе нам не встретилось работ, освещающих формирование феномена самостигматизации у данной когорты больных, также мало работ посвященных терапии данных расстройств (Esray A.J. et al., 2011; Mills R. et al., 2015; Jankovic J., 2017; Brown EVD. et al., 2020) и их результаты довольно противоречивы.

Цель исследования

Цель настоящего исследования – оптимизация диагностики и лечения постуральных деформация при болезни Паркинсона.

Задачи исследования

1. Изучить особенности клинической картины и функционального состояния, отражающего способность выполнять обычные повседневные действия, необходимые для удовлетворения основных потребностей, пациентов с постуральными деформациями при болезни Паркинсона.
2. Исследовать особенности личности и психологический статус пациентов с постуральными деформациями при болезни Паркинсона.
3. Изучить феномен самостигматизации и качество жизни у пациентов с постуральными деформациями при болезни Паркинсона.
4. Оценить динамику клинических показателей, функционального и психологического статусов, а также качества жизни пациентов с постуральными деформациями при болезни Паркинсона в процессе реабилитации.

Научная новизна исследования

1. В настоящей работе проведено комплексное исследование постуральных деформаций при БП с оценкой их клинических особенностей, возникающих у пациентов функциональных нарушений, а также обусловленных этим обстоятельством психологических характеристик больных.
2. Проанализировано качество жизни пациентов с постуральными деформациями при БП, произведена оценка корреляций данного показателя с клиническими особенностями постуральных деформаций.
3. Впервые изучен феномен самостигматизации пациентов, страдающих постуральными деформациями при БП.

4. Проведен анализ функционального и психологического статусов, а также качества жизни пациентов с постуральными деформациями при БП в данными показателями пациентов без постуральных деформаций.

5. Дана интегративная оценка эффективности ботулинотерапии у пациентов с различными видами постуральных деформаций при БП.

Теоретическая и практическая значимость

На основе анализа литературных данных, результатов собственных клинических и экспериментальных исследований теоретически обоснован и подтвержден объективными данными комплексный подход к реабилитации пациентов с постуральными деформациями при БП. Своевременное назначение терапевтических мероприятий при правильной верификации данных состояний, а также выбор мышц-мишеней для проведения ботулинотерапии позволяет добиться наиболее полного клинического результата в реабилитации.

Использование опросника самостигматизации больных с гиперкинезами позволит обнаружить и обозначить психотерапевтические «симптом-мишени», что даст возможность более дифференцировано подойти к проблеме реабилитации данной категории больных. Этой же цели послужит использование опросника качества жизни.

Актуальная информация о симптоматическом состоянии, качестве жизни (далее – КЖ) и характере самостигматизации пациентов с постуральными деформациями при БП позволит повысить эффективность комплекса реабилитационных мероприятий для данной группы больных.

Методология и методы исследования

Методология исследования была основана на комплексном подходе, направленном на изучение особенностей клинической картины у пациентов с

постуральными деформациями при БП, их психологических характеристик, вопросов эффективности терапии. Субъектами исследования выступили пациенты с БП, течение заболевания которых осложнилось развитием постуральных деформаций. Предметом исследования являлись клинические особенности постуральных деформаций при БП, функциональный и психологический статусы пациентов, показатели их КЖ.

Положения, выносимые на защиту

1. Постуральные деформации при болезни Паркинсона являются тяжелым двигательным осложнением и характеризуются значительным клиническим многообразием; различная локализация и симптоматическая представленность постуральных деформаций обладает неодинаковым негативным влиянием на функциональный статус пациентов.

2. Постуральные деформации при болезни Паркинсона ухудшают психологическое состояние пациентов, снижают их социальную адаптацию и качество жизни, способствуют развитию инвалидизирующего дефекта.

3. У пациентов с постуральными деформациями имеется ярко выраженный феномен самостигматизации, который дополнительно ухудшает их социально-психологический статус и качество жизни.

4. Ботулинотерапия в сочетании с физиотерапией является эффективным методом лечения постуральных деформаций при болезни Паркинсона, способствующим улучшению клинического и психологического состояния пациентов, уменьшению выраженности феномена самостигматизации и повышению качества их жизни.

Степень достоверности и апробация результатов исследования

Достоверность полученных результатов обеспечена обоснованностью методологии исследования; методами, адекватными цели и задачам работы;

репрезентативным объемом обследованных пациентов, статистическим подтверждением значимости полученных результатов.

Основные результаты исследований, показанные в диссертации, докладывались и обсуждались на заседании научно-практической конференции с международным участием «Расстройства движений: вопросы диагностики, лечения и реабилитации», включая сертификационный курс международной ассоциации расстройств движений (MDS) (г. Санкт-Петербург, 2016 год); заседании ассоциации неврологов Санкт-Петербурга и Ленинградской области (г. Санкт-Петербург 2016 год); научно-практической конференции – школе неврологов Санкт-Петербурга и Северо-Западного федерального округа РФ «Инновации в клинической неврологии» (г. Санкт-Петербург, 2018 год); научно-практической конференции с международным участием «Школа В.М. Бехтерева: от истоков до современности» (г. Санкт-Петербург, 2018 год); XI Всероссийский съезд неврологов, 2019 г.

Внедрение в практику

Основные положения диссертации и результаты клинического исследования внедрены в лечебно-диагностический процесс Центра экстрапирамидной патологии на базе ФГБУ НМИЦ ПН им. В.М. Бехтерева г. Санкт-Петербурга. Результаты исследования также используются в практической работе отделения интегративной терапии больных нейропсихиатрического профиля НМИЦ ПН им. В.М. Бехтерева Минздрава России.

Публикации

По материалам диссертации опубликовано 7 научных работ, в т. ч. 3 статьи в журналах, включенных в

перечень ведущих рецензируемых научных журналов и

изданий, в которых должны быть опубликованы основные научные результаты диссертации на соискание ученой степени доктора и кандидата наук.

Личный вклад автора

Автором лично было проведено комплексное клинико-инструментальное обследование 134 пациентов с диагнозом «болезнь Паркинсона», имеющих в клинической картине постуральные деформации. В процессе сбора материала соискателем проводился отбор пациентов, сбор жалоб, неврологический осмотр, измерение углов наклона туловища, оценка функционального и психологического статусов больных, анализ полученных данных. Автор подготовил план исследования, разработал комплексную реабилитационную программу для данной категории пациентов. Автором лично проведена статистическая обработка полученных данных. Автором самостоятельно написаны текст диссертационной работы и автореферата, подготовлены слайды для апробации и защиты.

Структура и объем диссертации

Диссертация изложена на 207 страницах машинописного текста и состоит из введения, обзора литературы, описания материала и методов исследования, включающих характеристику пациентов; собственных исследований, включающих результаты комплексного обследования больных, описание динамики проведенного лечения и их обсуждения, описания и разбора клинических случаев, заключения, выводов, практических рекомендаций. Список литературы включает 210 работ: отечественных авторов – 66, зарубежных – 144. Диссертация содержит 29 таблиц, 21 рисунок и 13 приложений.

ГЛАВА 1 ОБЗОР ЛИТЕРАТУРЫ

1.1. Определение, этиология, патогенез и эпидемиология болезни Паркинсона

Болезнь Паркинсона – хроническое прогрессирующее заболевание головного мозга, преимущественно связанное с дегенерацией дофаминергических нейронов черной субстанции с накоплением в них белка α -синуклеина и образованием особых внутриклеточных включений (телец Леви) (Левин О.С., 2012).

Критерии постановки диагноза – наличие у пациента брадикинезии в сочетании как минимум с одним из следующих симптомов: ригидность, тремор, постуральная неустойчивость (Левин О.С. и соавт., 2017).

Помимо двигательных расстройств, в клинической картине больных с БП также могут отмечаться психические, вегетативные нарушения, расстройства сна. (Литвиненко И.В. и соавт., 2012 Чухловина М.Л., 2014).

Этиология БП до конца не изучена. Предполагается участие генетического фактора, влияние факторов внешней среды (в т. ч., возможно, действие различных токсинов), процессов старения (Scharif A.H., 2009; Левин О.С., 2014)

Положительный семейный анамнез отмечается в 5–10% случаев заболевания. В семейных случаях заболевания выявлены генетические дефекты и обнаружен белок, кодируемый мутантным геном (Шнайдер Н.А., Сапронова М.Р., 2013).

Ключевым процессом в патогенезе заболевания, влияющим на повреждение меланинсодержащих нейронов, является накопление в них синуклеина (Иллариошкин С.Н., 2015) с формированием потенциально токсичных олигомеров и фибрилл. В процессе дегенерации важную патогенетическую роль также играют нарушение функционирования митохондрий и избыточное образование активных форм кислорода (окислительный стресс), увеличение внутриклеточного содержания кальция вследствие избыточного влияния возбуждающих аминокислот (феномен эксайтотоксичности), воспалительная реакция микроглии

(Слободин Т.Н., 2011; Левин О.С., 2012). Гибель нейронов компактной части черной субстанции приводит к дефициту дофамина, что лежит в основе нейрохимических нарушений при БП. По данным исследований последних лет, клинические проявления БП развиваются при уменьшении количества клеток черной субстанции до 50% и снижении уровня дофамина в полосатом теле до 80% (3–4-я стадия по Н. Braak (2003)). В результате дегенерации дофаминергических нейронов наступает дисбаланс дофаминергических, холинергических, глутамате-ргических, а также серотонинергических и норадренергических нейротрансмиттерных систем, что в конечном итоге нарушает баланс активности различных звеньев корково-подкорковых кругов (Бархатова В.П., 1988). Болезнь Паркинсона является одним из наиболее частых неврологических заболеваний людей пожилого возраста. По данным мировой статистики, распространенность БП в общей популяции значительно варьирует от 16,9 на 100000 населения в Японии до 257 случаев в странах Западной Европы (среди лиц всех возрастов) (Шнайдер Н.А. и соавт., 2010).

У лиц старше 70 лет заболеваемость БП достигает 55 на 100 000 человек в год, а у лиц старше 85 лет – 220–304 на 100 000 в год (Левин О.С., 2011).

По данным различных исследователей, мужчины болеют БП несколько чаще, чем женщины. Соотношение заболеваемости у мужчин и женщин варьирует от 1,1 до 2,1, составляя в среднем 1,46 случаев (Taylor K. et al., 2007). После 70 лет различия в частоте заболеваемости между мужчинами и женщинами снижаются (Левин О.С., Докадина Л.В., 2005).

1.2. Постуральные деформации при болезни Паркинсона

По мере прогрессирования БП расширяется спектр клинических проявлений болезни. Одним из осложнений заболевания являются постуральные деформации дистонического характера. Согласно проведенному анализу, около трети пациентов имеют деформацию конечностей, шеи или туловища (Ashour R., Jankovic J., 2006), однако эти данные носят достаточно приблизительный характер.

Наиболее часто встречаются следующие виды дистоний: камптокормия, синдром пизанской башни, дистония конечностей (стриарные деформации), цервикальная дистония.

У пациентов с БП и атипичным паркинсонизмом часто формируются патологические позы. Наиболее часто встречающийся тип деформации – классическая сутулая поза, со сгибанием нижних конечностей в тазобедренных и коленных суставах и «округлением» плеч (Doherty K.M. et al., 2011). В тематической литературе данный вид поструральных нарушений также встречается под названием «поза просителя». У части больных выраженность патологической позы или положений позвоночника достигает значительной степени, что может доставлять пациентам больше страданий, чем симптомы основного заболевания. Основные виды патологических поз при БП – камптокормия и синдром пизанской башни (Doherty K.M. et al., 2013).

Камптокормия – это нарушение позы, проявляющееся значительным произвольным наклоном туловища вперед. Наклон может возникать в поясничном и/или грудном отделе позвоночника (Doherty K.M. et al., 2011) составляет не менее 45 градусов, появляется и нарастает при стоянии и ходьбе, исчезает или уменьшается в положении лежа (Azher S.N., Jankovic J., 2005; Ashour R., Jankovic J., 2006; Tiple D. et al., 2009).

Впервые термин «камптокормия» был использован A. Souques and B. Rosanoff в 1915 году в докладе на симпозиуме «Société de Neurologie de Paris» и предложен для обозначения ненормального сгибания туловища. Позже A. Souques с соавторами был опубликован ряд статей, описывающих данный синдром. Большинство пациентов, представленных в данных работах, были солдатами, перенесшими стресс во время военных действий. В их лечении использовалась психотерапия и электрошоковая терапия, и в некоторых случаях была отмечена положительная динамика. Позже еще ряд авторов, в частности S.A. Sandler (1947), описывали клинические случаи остро развившейся туловищной деформации, в основном у солдат, под названием «истерическая контрактура».

Таким образом, примерно до 1990 года камптокормия трактовалась как заболевание, относящееся к разряду конверсионных расстройств. Позже стали появляться работы, в которых говорилось о том, что многие скелетно-мышечные и неврологические заболевания могут быть ассоциированы с деформациями туловища (Thibaut L. et al., 2010).

Вопросы патогенеза камптокормии до конца не изучены. Существует две основные категории больных, у которых наблюдается развитие камптокормии. Первая категория – пациенты с мышечной патологией. В 1991 году M. Laroche описал 14 клинических наблюдений миопатии с поздним началом, ограниченной спинальной мускулатурой. У этих пациентов имелись выраженный наклон туловища вперед, жировая инфильтрация паравертебральных мышц на КТ, схожие изменения мышечной ткани при биопсии и семейная история (Laroche M. et al., 1991). Позже появился еще ряд публикаций, описывающих подобные клинические случаи (Ehrenstein M.R. et al., 1996; Mahjneh I. et al., 2002). Эти состояния описывались как «идиопатическая или первичная камптокормия». Они характеризовались прогрессирующей слабостью спинальных мышц; в ряде случаев обладали семейной историей, не имели отклонений в неврологическом статусе и являлись весьма сложными для курации (Thibaut L. et al., 2010). Еще один ряд наблюдений развития камптокормии связан с вторичной патологией мышечной системы при таких заболеваниях, как миозиты (Zenone T. et al., 2013; Ma H. et al., 2013), миастения (Devic P. et al., 2013), миотонические миопатии (включая дистрофическую миопатию Штейнерта) (Rivest J. et al., 1990), эндокринопатии.

Вторая категория состояний, при которых возможно развитие камптокормии, – это некоторые неврологические заболевания. Так, имеются наблюдения возникновения камптокормии при боковом амиотрофическом склерозе (Serratrice G. et al., 1996), деменции с тельцами Леви (Gavrylova N. et al., 2013). Недавние исследования показывают, что большинство случаев появления камптокормии у неврологических больных связано с повреждением и дисфункцией базальных ганглиев (Wunderlich S. et al., 2002). Одной из функций этой сложной системы

является координация постуральных рефлексов; дисфункция этих отделов мозга при БП является причиной формирования позных нарушений.

Камптокормия при БП обычно развивается в течение года и более, хотя имеются наблюдения развития камптокормии в течение нескольких недель (Azher S.N., Jankovic J., 2005; Bloch F. et al., 2006). У значительной части пациентов камптокормия ассоциирована со сколиозом (Tiple D. et al., 2009). Также в литературе встречаются описания клинических случаев, в которых туловищная деформация появлялась на ранних стадиях болезни, когда остальные симптомы паркинсонизма не были еще ярко выражены (Lepoutre A.C. et al., 2006), или даже как первый симптом, до развития моторных нарушений (Oh YS. et al., 2011).

Нет однозначного мнения о распространенности камптокормии. Исследования же демонстрируют различные данные по этому вопросу. A.C. Lepoutre и соавторы (2006) описали 23 случая камптокормии на 700 обследованных пациентов с ПД – таким образом, распространенность составила около 3%. S.N. Azher с соавторами выявили 21 случай камптокормии среди 164 обследованных пациентов – распространенность около 12% (Azher S.N., Jankovic J., 2005). По данным D. Tiple и его соавторами (2009), использовавших гониометрическую оценку для верификации камптокормии, ее распространенность составила около 6,9%. По данным Н.В. Федоровой и О.А. Ореховой, обследовавших 300 пациентов, камптокормия была выявлена у 70 из них (распространенность – 23%) (Орехова О.А., 2013).

Патогенез развития камптокормии при БП также до конца не изучен. Есть теория, что камптокормия является одной из форм сегментарной дистонии при БП, так же, как стриарная рука и деформация стоп (Reichel G. et al., 2001; Jankovic J., Tintner R., 2001; Bloch F. et al., 2006; Lepoutre A.C. et al., 2006; Srivanitchapoom P., Hallet M., 2015). Однако в ряде исследований, по данным ЭНМГ, КТ, МРТ и биопсии, отмечены миопатические изменения в паравертебральных мышцах (Wunderlich S. et al., 2002; Schabitz W.R. et al., 2003; Charpentier P., 2005; Lepoutre A.C. et al., 2006; Nils G. et al., 2010; Srivanitchapoom P., Hallet M., 2015). Некоторые

авторы выделяют вариант развития камптокормии как результат осложнения терапии. (Srivanitchapoom P., Hallet M., 2015).

Примерно в 14 % случаев камптокормия при БП сочетается с антеколисом (Farwa Ali, Joseph Y., 2018).

На сегодняшний день нет единых рекомендаций по лечению камптокормии при БП. Противопаркинсоническая терапия (препараты леводопы, агонисты дофаминовых рецепторов, амантадины), уменьшая основные проявления БП – ригидность, тремор, брадикинезию, чаще всего не оказывает положительного влияния на степень выраженности камптокормии. Более того, в литературе имеются отдельные данные о связи между назначением противопаркинсонических препаратов и возникновением камптокормии (Doherty K.M. et al., 2013)

В тематической литературе встречаются немногочисленные данные успешного применения стимуляции спинного мозга – spinal cord stimulation (SCS) для лечения нарушений позы и купирования болевого синдрома у пациентов с БП (Agari T., Date I., 2012). При этом методе производилась установка параллельных электродов в эпидуральное пространство спинного мозга, чаще всего на уровне T7–T12. По данным авторов, все пациенты отмечали значительное уменьшение болевого синдрома, а также улучшение ходьбы и позы. Также используется магнитная стимуляция спинного мозга (Arii Y et al., 2014), глубокая стимуляция мозга (DBS) (Asahi T. et al., 2011; Lyons M. et al., 2012; Schulz-Schaeffer WJ. et al., 2015; Roediger J. et al., 2019), инъекции лидокаина в наружные косые мышцы живота (Furusawa Y. et al., 2013), постуральная реабилитация и кинезиотейпирование (Capecci M. et al., 2014), использование корсетов (Brown EVD. et al., 2020).

Существуют отдельные работы, посвященные использованию инъекций ботулотоксина при камптокормии у пациентов с БП, однако их результаты весьма противоречивы (Azher S.N., Jankovic J., 2005; von Coelln R. et al., 2008; Gerton, B.K. et al., 2010; Bertram K. et al., 2015; Margraf N. et al. 2016; Jankovic J., 2017; Хасанова Д.Р. и соавт., 2019).

Наиболее перспективной представляется схема, разработанная А.П. Коваленко (2014), при которой производится введение ботулотоксина ипсилатерально в обе *mm. iliopsoas* под контролем КТ и *mm. obliquus internus et externus* с двух сторон под контролем УЗИ, однако требуется более широкая выборка пациентов для подтверждения эффективности данного метода.

Таким образом, несмотря на довольно высокую частоту встречаемости камптокормии у пациентов с БП, многие аспекты этого состояния освещены неполно. Недостаточно сведений о психологических особенностях и качестве жизни таких пациентов, распространенности и выраженности болевого синдрома, не предложено оптимальных схем для терапии данных состояний.

Синдром Пизанской башни – это нарушение позы, проявляющееся в произвольном выраженном боковом изгибе туловища, который может сочетаться с ротацией позвонков (Tassorelli C. et al., 2012). Некоторые авторы при формулировке определения для этого состояния уточняют, что угол наклона туловища в сторону должен быть не менее 15 градусов, может усиливаться при ходьбе и уменьшаться или исчезать в положении лежа. Также это состояние может сопровождаться болью и нарушением функции позвоночника, но не должно быть связано с какими-либо механическими ограничениями для движения туловища, например, дегенеративными заболеваниями позвоночника (Bonanni L. et al., 2007). Другие авторы допускают степень наклона более 10 градусов, который полностью нивелируется при пассивной мобилизации или в положении лежа (Doherty K.M. et al., 2011).

Впервые термин «синдром Пизанской башни» был употреблен К. Экбомом в 1972 году в отношении пациентов, получавших антипсихотические препараты. Позже подобные состояния были описаны у больных с болезнью Альцгеймера, получавших ингибиторы холинэстеразы (Davidson M. et al., 1988; McRae C., 2002; Vanacore N. et al., 2005) у пациентов с деменцией с тельцами Леви (Onofri M., Thomas A., 2003; Shinfuku M. et al., 2011), у больных с мультисистемной атрофией (Colosimo C., 1998), болезнью Гентингтона (Salazar Z. et al., 2008), нормотензивной гидроцефалией (Leon-Sarmiento FE. et al., 2013).

Также есть данные о возникновении синдрома Пизанской башни на фоне изменения противопаркинсонической терапии (Galati S. et al., 2014). Однако, этот синдром наблюдается и у пациентов с идиопатической БП, не получающих антипсихотики или ингибиторы холинэстеразы и терапия которых не менялась (Gambarin M. et al., 2006; Harada K., 2006; Kim J.S. et al., 2007; Miletic V., 2016)

Патофизиология развития синдрома Пизанской башни при БП изучена недостаточно хорошо. Однако в экспериментальных работах на животных, при индуцировании у крыс гемипаркинсонизма путем инъекций 6-гидроксидопамина в левую покрывку, была отмечена тенденция к развитию спонтанного наклона в сторону, ипсилатеральную поражению, и формированию сколиотической деформации (Herrera-Marschitz M. et al., 1990). При этом выраженность сколиоза коррелировала со снижением дофамина в стриатуме. Подобные экспериментальные модели на мышах также продемонстрировали развитие дискинезий и нарушений позы после введения 6-гидроксидопамина в область стриатума (Lundblad M. et al., 2004). Также ненормальная поза и поведенческие нарушения у кошек и собак после ипсилатерального повреждения хвостатого ядра наводят на мысль, что асимметричные дегенеративные изменения в хвостатом ядре через реализацию его тонического эффекта на позу и локомоцию приводят к развитию сколиоза у пациентов с БП и у пациентов с постэнцефалитным паркинсонизмом. Эти данные коррелируют с клиническими наблюдениями ряда авторов, отмечающих появление синдрома Пизанской башни на той стороне, где проявления болезни выражены сильнее. Таким образом, можно предположить ведущую роль центральных механизмов в развитии синдрома Пизанской башни, тем не менее периферические процессы (миопатия, скелетные и тканевые нарушения) также вносят свою лепту в формирование данного состояния.

Для лечения синдрома Пизанской башни у пациентов с БП проводится коррекция противопаркинсонической терапии, используются антихолинергические средства и клозапин (Michel SF. et al., 2015; Miletic V., 2016). Однако эффективность данных мероприятий часто бывает недостаточной. Есть работы, демонстрирующие положительный эффект от проведения глубокой стимуляции

мозга (Ricciardi L. et al., 2014). В последнее время появляются публикации об эффективности применения инъекций ботулотоксина для коррекции этого состояния (Michel SF. et al., 2015; Miletić V., 2016), но на сегодняшний день они представлены не очень широко. Наиболее перспективной представляется схема, разработанная А.П. Коваленко (2014), при которой производится введение ботулотоксина ипсилатерально в *m. iliopsoas* под контролем КТ и *mm. obliquus internus et externus* под контролем УЗИ, однако требуется более широкая выборка пациентов для подтверждения эффективности данного метода. Также в доступной нам литературе мы не обнаружили данных о выраженности болевого синдрома при синдроме Пизанской башни, о клинико-психологических особенностях и качестве жизни пациентов с данной патологией.

Цервикальная дистония – это локальная форма мышечной дистонии, характеризующаяся непроизвольными сокращениями мышц шеи с формированием патологических поз головы и шеи. В зависимости от вынужденного положения головы различают:

- а) тортиколлис – ротация подбородка к плечу;
- б) антеколлис – насильственный наклон головы вниз;
- в) латероколлис – наклон головы к плечу;
- г) ретроколлис – запрокидывание головы назад;
- д) комбинированные формы.

При БП наиболее часто встречается наклон и выдвижение головы вперед (антеколлис – *drooped head*), однако возможны и другие формы цервикальной дистонии – возникновение ретро- и латероколлиса, как варианта дистонии пика дозы (Espay A.J. et al., 2011)

Термин «*dropped head syndrome*» был впервые использован G.A. Suarez и J.J. Kelly (1992) для симптомов, связанных со слабостью мышц-разгибателей шеи и характеризующихся ненормальным наклоном головы вперед в позиции стоя или сидя, в то время как искривление позвоночника отсутствует или слабо выражено. Это состояние также известно в литературе как диспропорциональный антеколлис (Quinn N., 1989), падающая голова и птоз головы (Umapathi T. et al., 2002).

Описаны две основные группы нарушений, при которых развивается «синдром падающей головы». Первая – это состояния, связанные со слабостью мышц шеи задней группы, такие как миопатия, заболевания двигательного нейрона, миастения. Вторая – это заболевания, в клинической картине которых присутствует паркинсонизм, такие как мультисистемная атрофия и БП (Umapathi T. et al., 2002).

Патогенез цервикальной дистонии (ЦД) при БП, как и при других постуральных нарушениях при БП, не вполне ясен. Существует точка зрения, что основой ЦД являются исключительно миопатические изменения (Nils G. et al., 2010). По мнению других авторов, ЦД при БП – это одна из форм дистонии (Jankovic J., 2010). В отличие от первичной цервикальной дистонии при БП не обнаруживается значительная гипертрофия заинтересованных мышц (Dowsey-Limousin P., 2003). Однако встречаются работы, в которых обсуждается возможность сочетания этих двух состояний у одного больного (Ward C.D. et al., 1984). В данной работе были проанализированы 124 случая ЦД в форме антекол-лиса. Признаки паркинсонизма были отмечены у 21 человека из этой группы (БП – 10 человек, МСА – 10, лекарственный паркинсонизм – 1). Проводилось полное клиническое и электронейромиографическое обследование для выявления признаков дистонии и миопатии. Авторы получили следующие результаты: 12 пациентов – преимущественно дистонические изменения; 4 пациента – преимущественно миопатические изменения; 5 пациентов – сочетание этих состояний.

Антеколлис при паркинсонизме значительно нарушает повседневную активность пациентов, поэтому даже минимальное улучшение при данном состоянии существенно сказывается на пациенте. Однако курация подобных нарушений является сложной задачей. Так, G. Oyama и коллеги наблюдали 28 пациентов с антеколлизом при БП (Oyama A. et al., 2009). В качестве лечебных мероприятий часть пациентов из этой группы получала инъекции лидокаина, вторая – лидокаин с этанолом, третья – ботулотоксин в грудино-ключично-сосцевидные мышцы. У пациентов, получавших лидокаин и лидокаин с этанолом, отмечалось улучшение, но оно носило кратковременный характер (несколько

часов). У пациентов, которым проводились инъекции ботулотоксина в грудино-ключично-сосцевидные мышцы, также отмечался положительный эффект, он был менее выраженным, но длился около 3 месяцев.

Таким образом, введение ботулотоксина представляется перспективным направлением для курации антеколлеса, однако эффективность данного метода требует дальнейшего изучения. Также, несмотря на выраженное инвалидизирующее влияние на пациентов антеколлеса и других видов цервикальной дистонии при БП, отсутствуют данные о влиянии данной патологии на психологическое состояние пациентов и их качество жизни.

Дистонии конечностей – стриарные деформации. Термины «стриарная рука» и «стриарная стопа» были впервые использованы J.M. Charcot (1877) и J. Purves-Stewart (1898) при описании деформаций дистальных отделов конечностей у пациентов с БП. Несмотря на то, что термин «стриарные деформации» стал широко применяться, он не совсем точен, т. к. подразумевает неспецифическое поражение стриатума, хотя существует мало доказательств того, что повреждения стриатума травматического или сосудистого характера являются причиной данных деформаций (Bhatia K.P., Marsden C.D., 1994). Кроме того, данный термин не учитывает случаи экстрастриарных повреждений, которые могут привести к развитию подобных деформаций.

Надо отметить, что «стриарная рука» и «стриарная нога» встречаются не только при БП, но и при других заболеваниях, в структуре которых присутствует паркинсонизм, таких как мультисистемная атрофия, кортикобазальная дегенерация, прогрессирующий надъядерный паралич, нейродегенерация с накоплением железа и паркинсонизм–деменция (Vanek Z., Jankovic J., 2001; Ashour R. et al., 2005; Sanjay P., Hitesh K., 2016)

Распространенность деформации конечностей составляет около 10% (Cervantes-Arriaga A. et al., 2016), однако эту цифру можно считать достаточно условной, т. к. имеются значительные сложности с верификацией этих состояний, их дифференциальной диагностикой от других псевдодистонических нарушений,

таких как ревматоидный артрит, контрактура Дюпюитрена, болезнь де Кервена (Ashour R. et al., 2005; Padhan P, Danda D., 2010; Ha AD., Jankovic J., 2012).

Также нет достоверных исследований о связи данных нарушений с возрастом и полом. Качественные исследования показывают, что «стриарная рука» чаще встречается у женщин, чем у мужчин, что может быть объяснено более слабыми связками у женщин, по сравнению с мужчинами (Doherty K.M. et al., 2011). Существуют наблюдения, что фокальные дистонии конечностей чаще развиваются у более молодых пациентов с БП и у пациентов с ранним дебютом, особенно с мутацией в гене PARKIN (Tolosa E., Compta Y., 2006).

Патофизиология стриарных конечностей также не до конца ясна. Ранние исследования связывали развитие постуральных деформаций с мышечной ригидностью (Charcot J.M., 1877; Purves-Stewart J., 1898). В одном исследовании была выявлена зависимость между частотой встречаемости деформаций по типу «стриарной руки» и выраженностью общей ригидности, но не было обнаружено зависимости от частоты и продолжительности тремора (Krack P. et al., 1999). Более поздние исследования предположили экстрапирамидные причины развития данных состояний. Различные повреждения стриопаллидоталамической области приводят к развитию фокальной дистонии у людей. Исследования на животных также дали определенную информацию на этот счет. Например, дистония стопы, подобная той, которую мы видим у пациентов с ранними стадиями БП, была выявлена у обезьян в исследованиях паркинсонизма, продуцируемого введением 1-метил-4-фенил-1,2,3,6-тетрагидропиридина (МФТП). Доказано, что при сочетании дистонии и паркинсонизма в патологический процесс вовлекаются базальные ганглии (скорлупа и бледный шар). Также отмечено, что повреждение задней и заднелатеральной частей таламуса, красных ядер и субталамических ядер является причиной различных видов дистоний (Ashour R. et al., 2005)

Патофизиологическая модель сочетания паркинсонизма и дистонии, наблюдаемая при развитии леводопозависимых дистоний off-периода, предполагает влияние дофаминергической гипофункции и компенсаторной холинергической гиперфункции (Roewe W.H., Lees A.J., 1987). Улучшение при лечении баклофеном

наводит на мысль о роли других нейротрансмиттерных систем (особенно глутаматной и ГАМКергической) в развитии дистонии (Nausieda P. et al., 1980). Более того, предполагаемый ростокаудальный градиент снижения дофаминергической и повышения ГАМКергической активности в рамках соматотопической организации стриатума может лежать в основе дистонических осложнений в ноге у пациентов с БП.

Дистонии конечностей часто появляются на ранних стадиях заболевания, иногда опережая дебют основных симптомов БП, таких как брадикинезия, ригидность, тремор. В таких случаях данные состояния приходится дифференцировать с проявлениями идиопатической дистонии, которая часто связана с физической активностью и может сопровождаться дистоническим тремором. При отсутствии адекватной терапии дистония может осложниться развитием контрактур (Ashour R. et al., 2005).

Прогрессирование стриарных деформаций от патологического сокращения до развития фиксированных контрактур может стать отдельным инвалидизирующим фактором у пациентов, справляющихся с остальными симптомами БП. Стоит отметить возможность быстрого непредсказуемого развития контрактур у пациентов с хорошим ответом на леводопу. В более ранних исследованиях, изучавших стриарные деформации рук при БП, получены различные данные по срокам развития контрактур: около 2 недель (Quinn N.P. et al., 1988), около 2 месяцев (Kyriakides T., Langton H.R., 1988), от 2 недель до 2 месяцев (Hu M.T. et al., 1999) и в течение 6 месяцев (Cordivari C. et al., 2001). Острое развитие контрактур конечностей у пациентов с БП, получающих эрголиновый агонист дофаминовых рецепторов бромкриптина мезилат, в основе может иметь лекарственно-индуцированный реактивный фиброз (Quinn N.P. et al., 1988).

«Стриарная рука» характеризуется сгибанием в пястно-фаланговых и дистальных межфаланговых суставах, разгибанием в проксимальных межфаланговых суставах и ульнарной девиацией кисти. В конце 19 века J.M. Charcot (1887) описал «деформацию пальцев, имитирующую проявления первичного хронического суставного ревматизма», при которой пальцы были «согнуты в одних

и разогнуты в других суставах». Он заметил, что в суставах деформированных конечностях у этих пациентов нет припухлости, костных отложений и хруста при движениях, как при ревматизме. Нет таких признаков ревматоидного артрита, как боль, жар, припухлость. Также ревматоидный артрит обычно двухсторонний, тогда как фокальная дистония перед БП проявляется обычно с одной стороны, причем в сочетании с тремором, ригидностью и брадикинезией, развивающимися впоследствии в ипсилатеральных конечностях. В 1888 году W.R. Gowers в своей работе «Руководство по заболеваниям нервной системы» в раздел «Дрожательный паралич» включил иллюстрации «стриарной руки», сочетающиеся с описанием нарушения позы: «Пальцы согнуты в метакарпофа-ланговых суставах и разогнуты в других..., пальцы отклонены в локтевую сторону, как при хроническом ревматоидном артрите». J. Purves-Stewart (1898) также отмечал изменения конечностей у пациентов с БП. В 1963 году P. Gortvai, основываясь на ранних наблюдениях, описал 4 стадии деформации руки при БП – прогрессирование от умеренного сгибания в метакарпофаланговых суставах и разгибания в межфаланговых суставах до тяжелой межфаланговой гиперэкстензии с подвывихом дистальных фаланг (Wijemanne S., Jankovic J., 2019). При этом клиническое и радиологическое обследование не находило отклонений от нормы даже при длительном существовании патологической позы. В дополнение к обезображиванию «стриарная рука» может сопровождаться болевыми ощущениями или дискомфортом, нарушать повседневную активность пациентов, в частности, письмо, прием пищи, застегивание пуговиц. Выраженное сгибание пальцев может приводить к травмированию ладони ногтями и развитию воспалительных изменений (Bal S. et al., 2003). Такие контрактуры типичны для развернутых стадий БП и других заболеваний, сопровождающихся паркинсонизмом, но они также могут появляться на ранних стадиях болезни, а также при развитии реактивного фиброза, возникающего при лечении эрголиновыми агонистами дофаминовых рецепторов (бромкриптин, перголид) (Quinn N.P. et al., 1988).

Необходимо проводить дифференциальную диагностику между «стриарной рукой» и ревматологическими заболеваниями (Santiago MB, Galvao V., 2008; Padhan P., Danda D., 2010; Rizzo M., 2011), контрактурой Дюпиитрена (Townley WA. et al., 2006).

Дистония стопы характеризуется болезненным напряжением мышц стопы и пальцев с эквиноварусной установкой стопы. В 1877 году в лекции, описывающей симптомы «дрожательного паралича», J.M. Charcot представил описание двух пациентов, чьи ступни были «жесткие, разогнуты и повернуты внутрь, имитируя нарушение, известное как эквиноварусная деформация». Подобное «когтистой лапе» «разгибание пальцев в первых и сгибание во вторых межфаланговых суставах» было отмечено у обоих пациентов. W.R. Gowers (1888) в своих рассуждениях о «дрожательном параличе» также отметил, что «ригидность может распространяться на стопы, приводя к эквиноварусной косолапости и искривлению пальцев – разгибанию первых и сгибанию вторых фаланг по типу «когтистой лапы». Подобные изменения (гиперэкстензия большого пальца и сгибание остальных пальцев, подворот стопы) были описаны 10 лет спустя у 5 из 28 пациентов с «дрожательным параличом», которые находились под наблюдением в течение 2 лет (Purves-Stewart J., 1898). «Искривление пальцев», сопровождающееся болью и мышечным спазмом, не зависело от ходьбы и у 2 из 5 пациентов развилось до проявления основных симптомов заболевания. Несколько исследований, посвященных деформациям конечностей и туловища при БП, было проведено до введения в терапию препаратов леводопы (Gortvai P., 1963; Reynolds F., Petropoulous G.; 1965). В 1972 году R.C. Douvoisin и его коллеги отмечали, что «эти дистонические феномены» – характерная черта БП. До использования термина «стриарная нога» они описывали типичные черты, включающие разгибание большого пальца, сгибание остальных пальцев, эквиноварусную установку стопы и боль. Деформация по типу «стриарной стопы» может сопровождаться болью, ухудшать возможность ходьбы и ношения обуви. При отсутствии лечения патологическая установка может приводить к повреждению кожи и даже кости. (Ashour R. et al., 2005).

Эквиноварусная установка стопы не обеспечивает адекватную поддержку и нарушает двигательные функции. Позная фаза ходьбы укорачивается, и отталкивающее движение, и движение вперед нарушаются (Esquenazi A., 2004).

Дистония стопы характеризуется формированием классического подворота стопы и ходьбой пациента на наружной стороне стопы. Однако встречаются варианты и с нормальным положением ступни. Нередко при болезненной дистонии стопы обнаруживается сгибание пальцев ноги. Боль при этом виде дистонии чаще локализована в задней области голени и стопе. Дистония большого пальца ноги характеризуется значительным разгибанием I пальца с болезненным напряжением *m. extensor hallucis longus*. (Winkler AS. et al., 2002).

«Стриарная стопа» при БП – это вторичная дистония, однако она может быть ошибочна, принята за случай первичной дистонии (спорадической или семейной), особенно когда классические черты паркинсонизма еще отсутствуют. Первичная дистония взрослых редко дебютирует в стопах, и, следовательно, возможность наличия БП должна быть рассмотрена у всех взрослых, у которых развивается изолированная дистония стопы (Jankovic J., Tintner R., 2001). «Стриарную стопу» также следует дифференцировать еще от ряда заболеваний, которые могут сопровождаться изменениями конечностей, таких как заболевания периферических сосудов, стеноз позвоночного канала, семейная пароксизмальная кинезиогенная дистония и кинезиогенный гипокалиемический тетанический спазм (Katzenschlager R. et al., 2002). «Стриарная стопа» может имитировать спонтанный симптом Бабинского (Isaza Jaramillo SP. et al., 2014).

Несмотря на достаточно высокую частоту встречаемости данного осложнения, в доступной нам литературе не обнаружено четких данных о выраженности болевых ощущений при данной патологии, клинико-психологических особенностях пациентов с данным видом постуральных деформаций и особенностях терапевтических подходов при различных вариантах стриарной деформации стопы.

Лечение стриарных деформаций является сложной задачей. Влияние противопаркинсонических препаратов на степень выраженности дистонии очень

вариабельно у разных пациентов; леводопа и антихолинергические средства в некоторых случаях могут давать улучшение (Bissonnette B., 1986; Poewe W.H. et al., 1988; Winkler A.S. et al., 2002; Bozi M. et al., 2003). Наблюдались случаи полного исчезновения стриарной деформации руки при лечении леводопой (Ashour R. et al., 2005). Антихолинергическая терапия, баклофен, бензодиазепины также могут применяться с некоторой эффективностью при лечении «стриарной стопы» у пациентов с БП (Deonna T., Ferreira A., 1985; Moore T., et al., 1998).

Одним из перспективных методов лечения данной патологии является использование ботулотоксина (Wijemanne S., Jankovic J., 2019). Выбор мышечных мишеней оптимально определять с использованием электромиографии (Залялова З.А., 2013). Если обычные неоперативные методы лечения не увенчались успехом, можно прибегнуть к ортопедическому хирургическому вмешательству. Надрез передней большеберцовой связки с высвобождением наружного сгибателя пальцев и чрескожным удлинением ахиллова сухожилия демонстрировали хорошие результаты с улучшением функциональности стопы у пациентов с идиопатической дистонией (Moore T. et al., 1998). Z-образное удлинение и капсулотомия также используются для лечения деформации руки у пациентов с БП (Heinzelmann P., Dow R., 1985). Нейрохирургические методы лечения, которые были оценены при дистонии у пациентов с БП, включают стереотаксическую паллидотомию, таламотомию и глубинную мозговую стимуляцию (Lang A.E., 2000; Jankovic J., Tintner R., 2001; Ohye C., Shibazaki T., 2001; Wijemanne S., Jankovic J., 2019).

1.3. Применение ботулотоксина при болезни Паркинсона

Ботулинический токсин в медицинской практике применяется с 1977 года и в последние годы наблюдается расширение показаний для его применения. Этот препарат обладает исключительно высокой специфичностью к ацетилхолиновым нервно-мышечным синапсам (Дамулин И.В., 2000; Ахмадеева Л.Р. и соавт., 2017). При введении ботулотоксина передача ацетилхолина к рецепторам мышц

блокируется, мышцы не реагируют на подаваемый нервной системой сигнал, вследствие чего наступает их расслабление.

Патофизиологическое обоснование фармакологического действия ботулотоксина типа А (БТА) на органы-мишени (Орлова О.Р. и соавт., 2008; Лихачев С.А., Рушкевич Ю.Н. 2019)

1) релаксация мышц при воздействии на экстрафузальные волокна, снижение мышечного тонуса при воздействии на интрафузальные волокна;

2) снижение тонуса гладких мышц;

3) снижение гиперфункции экзокринных желез. При БП возможно применение для уменьшения гиперсаливации, весьма характерного состояния при этом заболевании;

4) прямое антиноцицептивное действие за счет влияния на сенсорные волокна, приводящее к снижению афферентного потока из заинтересованных мышц.

На сегодняшний день введение ботулотоксина является наиболее эффективным методом лечения фокальных дистоний (Орлова О.Р. и соавт., 2012; 2017; Тимербаяева С.Л. и соавт., 2012; Залялова З.А., 2013; Орлова О.Р., 2016), в том числе и при БП.

Этот метод выгодно отличается от всех других медикаментозных и немедикаментозных способов лечения: клинический эффект достигается в 85–90% случаев и продолжается 2–3 и более месяцев. Иногда наблюдаются более длительные ремиссии с последующим рецидивом в менее выраженной форме, требующей повторного введения препарата, но в меньшей дозе. Риск возникновения побочных проявлений (частичный птоз, диплопия, дисфагия, нарушения зрения) невелик; к тому же все они носят транзиторный характер. Перед введением токсина путем осмотра, пальпации или с помощью ЭМГ выявляют мышцы, наиболее активно участвующие в дистоническом спазме. Однако, несмотря на некоторый положительный опыт в этой области, работ, посвященных применению ботулотоксина для лечения постуральных деформаций при БП, мало и требуется дальнейшее изучение этого вопроса для уточнения доз и мышц-мишеней.

Лечение дистоний является не единственной точкой приложения при использовании ботулотоксина у пациентов с БП. Так, данный препарат хорошо себя зарекомендовал при лечении гастропареза (Gil R.A. et al., 2011) гиперреактивного мочевого пузыря (Giannantoni A. et al., 2011).

Несмотря на расширяющийся спектр применения ботулотоксина, в т. ч. у пациентов с БП, многие стороны этого процесса (мышцы-мишени, дозы) освещены недостаточно хорошо и требуют дальнейшей доработки.

1.4. Структура личности и эмоциональные нарушения при болезни Паркинсона

Структура личности представляет собой набор неизменных и стабильных свойств (мыслей, чувств, действий), которые проявляются индивидуумом в ответ на разнообразные ситуационные требования (Mischel W., 2004). В разное время предлагались различные модели организации личности, в частности, R.B. Cattell и коллеги предложили модель с 16 чертами индивидуальности (Cattell R.B., 1973). При анализе полученных данных исследователями было решено, что только пять факторов являются наиболее устойчивыми и воспроизводимыми. В результате на сегодняшний день наиболее распространенной является пятифакторная модель личности (McCrae R.R. et al., 1997), включающая в себя пять основных диспозиций: нейротизм, экстраверсия, открытость опыту, согласие/ доброжелательность, сознательность/добросовестность. Н.Ж. Eysenck (1952) еще более упростил эту модель, включив в нее только три измерения: экстраверсия, невротизм и психотизм. Таким образом, в научном мире постоянно ведется работа по изучению особенностей личности индивидуума и разработке инструментов для ее оценки.

Несомненно, что верификация у человека любого хронического заболевания является дополнительным дезадаптирующим фактором, влияющим на психологическое состояние пациента (Караваева Т.А. и соавт., 2017; Лобзин С.В. и соавт., 2018; Улитин А.Ю. и соавт., 2019)

При этом реакция больного на диагноз, дальнейшее отношение к факту наличия у него заболевания в большой степени зависят от особенностей личности

конкретного индивидуума. Болезнь Паркинсона, являясь хроническим прогрессирующим заболеванием, в значительной степени оказывает влияние на психологическое состояние пациента. Кроме того, вызывает интерес возможность существования преморбидных черт личности людей, подверженных БП. Еще в 1913 году известный невролог С. Сатр писал: «Складывается впечатление, что дрожательный паралич поражает в основном тех людей, чья жизнь была посвящена тяжелой работе... Люди, которые берут работу с собой в постель и никогда не находились под ингибирующим влиянием табака или алкоголя, – чаще затрагиваются болезнью. В этом отношении заболевание можно рассматривать как знак уважительного отличия».

Позже проводились различные исследования, изучающие особенности личности пациентов с БП. Их авторы отмечали, что в преморбидном профиле больных преобладали такие характеристики, как ригидность, отсутствие гибкости, пунктуальность; эти особенности сохранялись и после развития моторных нарушений (Booth G., 1948). Другие авторы описывали пациентов с БП как перфекционистов, навязчивых, зависимых, трудолюбивых, точных и амбициозных (Prichard J.S. et al., 1951; Lit A.C., 1968; Mitscherllich M., 1960; Богданов Р.Р. и соавт., 2016).

В 1940 году S.E. Jelliffe опубликовал серию статей по психоанализу о пациентах с БП, в которых он описал особый тип личности, в котором индивидуум не смог удовлетворить свои агрессивные потребности. В своей работе S.E. Jelliffe (1940) подчеркивал важность преморбидных особенностей личности с БП. В 1942 году I.J. Sands сформулировал аналогичную гипотезу, в которой он описал тип личности, восприимчивый к БП: «Они всегда находятся в состоянии эмоционального напряжения, либо задумчивы, либо постоянно беспокоятся. Маскированная личность, часто встречающаяся у пациентов с этой болезнью, объясняется угнетением их эмоциональных реакций». G. Booth (1948) в своей работе отмечал, что личность пациентов с БП характеризуется стремлением к действию, независимости и авторитету; отличается трудолюбием и жесткой, обычно моралистической моделью поведения. Позже W. Roewe и соавторы (1983)

писали о ананкастическом и интровертном преморбидном типе личности пациентов с БП, характеризующемся высоким уровнем самоконтроля, социальной пассивности и депрессией.

В 2000 году М. Menza (2000) провела анализ работ, исследующих личностные характеристики пациентов с БП. Результатом этого исследования стали выводы о том, что действительно существует некий преморбидный характерологический портрет личности пациента, имеющего риск развития БП, с такими чертами, как трудолюбие, пунктуальность, упорядоченность, осторожность, отсутствие гибкости, страх новизны. Возможно, в основе этого – повреждение дофаминергических систем на уровне, не приводящем еще к развитию моторных нарушений. Также предполагалось снижение премор-бидности при курении, употреблении алкоголя и кофе. Тем не менее отмечалось, что указанные отличия не столь велики, чтобы использовать психологический портрет индивидуума для оценки рисков развития ПД.

Представляет интерес серия наблюдений, оценивающих ранние различия личностных характеристик и поведения монозиготных близнецов, у одного из которых в дальнейшем развилась БП. Первое такое исследование было проведено С.Д. Ward с коллегами в 1984 году. Двадцать монозиготных пар близнецов, дискордантных по БП, и их родственники были проинтервьюированы об их поведении в 8, 16 лет, примерно за 10 лет до развития БП и после появления симптомов. Исследователи отмечали, что в 8 лет близнецы, в дальнейшем заболевшие БП, отличались менее выраженными лидерскими качествами, но большей степенью самоконтроля, чем их здоровые сиблинги. В 16 лет близнецы с БП в катамнезе были более невротизированы и отличались более выраженным самоконтролем. За 10 лет до развития БП заболевшие в дальнейшем сиблинги были более невротизированы, менее агрессивны, более спокойны, менее уверены и беспечны. Эти исследования имели очевидные методологические ограничения, но тем не менее исследователями было высказано предположение о наличии характерологических различий, существующих задолго до развития моторных нарушений.

В 1998 году I. Heberlein и его коллеги обследовали 15 пар близнецов (6 монозиготных, 9 дизиготных), дискордантных по БП, и 17 здоровых пар для контроля. Заболевшие сиблинги показали более высокий уровень торможения, соматических жалоб и эмоциональности, но менее выраженные экстраверсию и установку на достижения, чем у контрольных исследуемых, однако между заболевшими и здоровыми близнецами из каждой пары различий не было.

Исследование личностных характеристик больных с разными формами БП показало, что для пациентов с акинетико-ригидной формой больше характерны недоверчивость, терпение, отстраненность от других людей, а пациенты с сочетанным тремором более склонны к тревоге, чем пациенты с изолированным тремором (Богачева В.А., 2017).

Согласно данным метаанализа работ, посвященных изучению личностных особенностей пациентов с БП, для этих пациентов характерен более высокий уровень невротизма и низкий уровень по шкалам «открытость», «экстраверсия» (Santangelo G. et al., 2018).

Таким образом, нейропсихологическое обследование является важной составляющей при работе с пациентами с БП (Помников В.Г., Белозерцева И.И. 2017). Несмотря на широкий интерес к изучению личностных особенностей пациентов с БП, не подлежит сомнению, что развитие осложнений болезни в виде постуральных деформаций является самостоятельным дезадаптирующим фактором и не может не влиять на психологическое состояние больных. Тем не менее, вопросы эти освещены весьма скудно и требуют дальнейшего изучения.

1.5. Стигматизация у пациентов с болезнью Паркинсона

Стигматизация – это негативное выделение обществом индивидуума (или социальной группы) по какому-либо признаку с последующим стереотипным набором социальных реакций на данного индивидуума или представителей данной социальной группы (Кабанов М.М. и соавт., 1997, 2000).

Понятие «стигма» в психологии было впервые внедрено И. Гоффманом

(1963). С помощью этого понятия он рассматривал разрыв между тем, чем человек должен быть, т. е. «фактической социальной идентичностью», и тем, что он на самом деле представляет, – «реальной социальной идентичностью». Если между этими двумя идентичностями есть разрыв, развивается стигматизация. Гоффман выделял 3 вида стигм:

1) телесные уродства;

2) «индивидуальные недостатки характера, такие как слабость воли, неконтролируемые или неестественные страсти, подлые или косные убеждения, бесчестность; о них становится известно, например, из факта умственного расстройства, судимости, склонности к наркотикам, алкоголю, гомосексуализму, отсутствия постоянной занятости, попыток самоубийства, маргинальных социальных и политических положений;

3) «филогенетическая стигма расы и религии, передаваемая от одного поколения к другому и заклеивающая всех членов семьи».

Стигматизация – это нечто большее, чем просто «навешивание ярлыков». Общество устанавливает способы категоризации людей и определяет набор качеств, которые считаются нормальными и естественными для каждой из категорий. Рутинная практика социального взаимодействия позволяет нам обращаться с окружающими нас знакомыми людьми, не особенно задумываясь об этом. При встрече же с незнакомцем первое впечатление от его внешности позволяет нам отнести его к той или иной категории и определить его качества, т. е. его «социальную идентичность» (Гоффман И., 1963). Отношение социума к тем или иным явлениям возникает не стихийно, а на основе выработанных стереотипов, которые создаются и закрепляются в процессе социального взаимодействия. В культурном пространстве существуют представления об «идеальном образце» мужского и женского тел, по отношению к которым общество определяет «патологические» и «неестественные» тела. Поэтому люди с видимыми телесными дефектами, выступающими внешними знаками определенных соматических расстройств чувствуют себя «неправильными», «инакими» (Реут М.Н., 2014). Стигматизированные индивиды постоянно испытывают неуверен-

ность и беспокойство относительно того, как остальные люди будут его воспринимать. Например, неопределенность статуса инвалида, помимо сферы занятости, распространяется на целый ряд ситуаций социального взаимодействия. Пока не состоится контакт, слепой, больной, глухой или калека никогда не могут знать, как к ним отнесется их новый знакомый, примет их или отвергнет (Barker R., 1948).

В медицинской практике термин «стигматизация» используется применительно к ситуациям, когда человек подвергается дискриминации в связи с наличием у него какого-либо заболевания. Одной из первых возникла стигматизация пациентов с психическими заболеваниями, еще в древности такие люди подвергались дискриминации, социальной изоляции и в ряде случаев уничтожению (Ржевская Н.К., Руженков В.А., 2012). Несмотря на социальные тенденции к уравниванию в правах и толерантность к различным группам населения, отличающимся по каким-то признаком от большинства, отношение общества к психически больным людям изменилось незначительно (Пасынкова Ю.Г., 2006).

Стигма воздействует на пациентов с психическими заболеваниями двумя путями: экстернальным (внешним) – через отвержение друзьями, родственниками, соседями и работодателями; и интернальным (внутренним) – в усугубляющихся чувствах отверженности, одиночества и депрессии самого (Романова Е.В., 2001). Кроме того, даже при отсутствии подкрепляющих внешних стимулов у пациентов заранее формируется ожидание отрицательной реакции на себя со стороны окружающих. Комплекс переживаний, связанных с чувством стыда вследствие своего заболевания и ожиданием дискриминационных мер со стороны окружающих, носит название самостигматизации.

Самостигматизация и стигматизация больного рассматриваются в качестве единого процесса, формирующегося под воздействием клинических проявлений заболевания, личностной структуры и особенностей социального функционирования больного. Одним из последствий длительной стигматизации может явиться депрессия и даже попытки суицида (Хубларова Л.А., 2018).

Надо отметить, что сказанное выше правомерно не только для психических,

но и ряда других заболеваний. Многие болезни, в клинической картине которых присутствуют симптомы, накладывающие отпечаток на внешность и/или поведение больных, способствуют формированию предвзятого отношения со стороны общественности. Целый ряд заболеваний неврологического профиля также способствует формированию стигматизации и самостигматизации. Так, эпилепсия, имеющая в своей клинической картине такой ярко выраженный и очевидный окружающим симптом, как судорожные припадки, несомненно, вызывает определенную и далеко не всегда положительную реакцию у посторонних. Имеется целый ряд работ, посвященных изучению феномена стигматизации и самостигматизации при этом заболевании (Baker G.A. et al., 2000; Baskind R., Birbeck G.L., 2005; Федорова Н.В., Мирецкая А.В., 2009; Михайлов В.А., 2008). По мнению некоторых авторов, одним из наиболее серьезных последствий судорожного синдрома является стигма заболевания, которая накладывает отпечаток на эмоциональный статус и здоровье в целом, уровень самооценки, возможности трудоустройства и заработка, межличностные отношения и качество жизни больного (Тюменкова Г.В. и соавт., 2005).

В.А. Михайлов (2010) в своей работе показал, что на формирование самостигматизации у пациентов с эпилепсией влияет на совокупность взаимосвязанных и взаимодействующих друг с другом клинических, социально-средовых и демографических факторов. Так, пациенты с длительно протекающим заболеванием чаще опасались вступать в брак, страдали больше от отношения к ним общества, чаще нуждались в помощи в отношениях с органами власти; больные с частыми припадками чаще теряли работу и не могли трудоустроиться, вынуждены были ограничивать себя в посещении публичных мест. В целом эпилепсия характеризуется высоким уровнем социальной стигматизации (дискриминации) больных, оказывающей существенное влияние на их КЖ и само-стигматизацию. При этом наиболее «стигматизирующие» оценки имели место в аспектах, непосредственно затрагивающих личное пространство опрошенных – большая часть респондентов не желала вступать в брак с людьми, имеющими диагноз «эпилепсия», а также высказывала идеи об отдельном обучении таких пациентов.

БП не является исключением в этом ряду. Такие ее проявления, как тремор, дискинезии, постуральные деформации привлекают внимание окружающих и способны стигматизировать пациентов.

В доступной нам литературе не обнаружено работ, посвященных изучению феномена стигматизации и самостигматизации пациентов при БП, осложненной постуральными деформациями, поэтому требуется дальнейшее изучение данной проблемы.

1.6. Качество жизни пациентов с болезнью Паркинсона

Качество жизни (КЖ) – это социологическая характеристика, отражающая удовлетворенность людьми их культурными и материальными возможностями. Однако медицинское понятие КЖ отражает главным образом факторы, связанные со здоровьем индивида. Изучение медицинских аспектов КЖ базируются на определении понятия «здоровье – это состояние полного физического, психического и социального благополучия, а не просто отсутствие болезней и физических недостатков». Качество жизни, по определению ВОЗ (1993), – это восприятие людьми своего положения в жизни в контексте культуральных и ценностных ориентаций и в соответствии с их собственными целями, ожиданиями, стандартами и заботами (Сидоров П.И. и соавт., 2006).

Качество жизни – описательный термин, отражающий эмоциональное, социальное и физическое благополучие человека и его способность функционировать в соответствии с обычными жизненными задачами. Качество жизни – интегральный показатель, отражающий степень адаптации человека к болезни и возможность выполнения им привычных функций, соответствующих его социально-экономическому положению (Жукова И.А. и соавт., 2008).

По мнению некоторых авторов, КЖ можно определить, как индивидуальную способность к функционированию в обществе (общественная и трудовая деятельность, семья), а также как комплекс физических, эмоциональных, псих-

ических и интеллектуальных характеристик человека (Айвазян Т.А., Зайцев В.П., 1989; Ventegodt S., Merrick J., 2003).

Выделяют три основных составляющих концепции КЖ (Захаров Д.В., 2008). Первая составляющая – многомерность: КЖ, оценивая различные аспекты жизни больного, позволяет дифференцированно определить влияние болезни и терапии на состояние пациента. Вторая – динамичность этого показателя под влиянием различных эндогенных и экзогенных факторов, что позволяет оценивать эффективность проводимых лечебных мероприятий. И еще одной важной особенностью этого метода является участие больного в оценке его состояния. Оценка КЖ, сделанная самим больным, – ценный и надежный показатель его здоровья, отражающий значимость и индивидуальные особенности адаптации конкретного пациента.

В клинической практике обычно (Hoffman L., Brin B., 1995). Среди «объективных» критериев принято выделять такие, как уровень образования, бытовые условия, экономическое положение семьи, питание и т. д. «Субъективные» критерии – физическое, психическое, социальное благополучие.

Согласно N.K. Wenger с соавторами (1984), оценка КЖ производится по 3 основным составляющим. Это функциональная способность, восприятие, симптомы и их последствия. Функциональная способность – это возможность осуществлять обычную повседневную деятельность; участвовать в жизни социума; обеспечивать свою экономическую стабильность и независимость. Восприятие отражает взгляды человека и его суждения о ценностях. Третий значимый компонент КЖ – это субъективное восприятие симптомов основного и сопутствующего заболеваний.

Другие авторы (Hariz G.-M., Forsgren L., 2011) производят оценку КЖ по более широкому кругу показателей: медицинские, психологические, социально-психологические, социально-экономические.

Медицинский фактор, оказывающий влияние на КЖ, многокомпонентен. Он включает в себя как влияние на человека самого заболевания и его симптомов, ограничение функциональных возможностей пациента в связи с болезнью,

необходимость постоянного приема лекарств и их побочное действие, так и взаимодействие с врачом и медицинским персоналом в целом (Орлов В.А., Гиляревский С.Р., 1992).

Необходимо учитывать и важную роль, которую играют психологические факторы. Психическая деятельность включает в себя память, умственные способности, реакцию человека на окружающее, возможность общения, уверенность и независимость суждений и в принятии решений. Большое значение также имеют мобильность больного, его независимость и способность заботиться о себе и обслуживать себя, толерантность к ежедневным нагрузкам, возможность полноценного сна. Активный отдых, участие в общественной жизни, общение с друзьями, занимаемое место больного в его семье, способность выполнять домашние обязанности – также являются важными факторами, оказывающими влияние на КЖ пациентов (Балунов О.А. и соавт., 2003; Богачева В.А., 2017).

По мнению ряда ученых, достижение эффекта повышения КЖ может являться основной целью медико-социальных вмешательств у большого количества больных, даже при условии отсутствия положительной динамики со стороны клинико-функциональных показателей (Дидур М.Д., 1998).

Несомненно, что наличие у человека хронического прогрессирующего заболевания порождает значительные психологические и социальные сложности в его жизни (Баранов А.А. и соавт., 2005; Захаров Д.В., 2008).

Например, когнитивный дефицит и специфические при БП физические нарушения не только инвалидизируют пациента, но и могут снижать эффективность проводимых лечебно-реабилитационных мероприятий (Koller W.C., 1987). Кроме того, постепенное прогрессирование заболевания обычно приводит к потере трудоспособности, существенным трудностям в самообслуживании и, как следствие, к изменению социально-трудового и семейного статуса пациента.

Несомненно, ограничение двигательных возможностей при БП, необходимость постоянного приема лекарств, снижение социальной активности неизбежно приводят к ухудшению КЖ пациентов, страдающих этим заболе-

ванием. Оценка КЖ на протяжении всей болезни является важным подспорьем при подборе фармакотерапии и разработке программ реабилитации. В последнее время этому аспекту уделяется все большее внимание, что подтверждают проводимые исследования (Бичева К.Г. и соавт., 1998; MacMahon D.G., Thomas S., 1998; Шток В.Н., Федорова Н.В., 2002; McRae C., 2002; Лобзин С.В. и соавт., 2016; Богачева В.А., 2017; Кияшко С.С. и соавт., 2017).

В зависимости от стадии и продолжительности заболевания больные в различной степени ощущают на себе влияние болезни, а следовательно, требуют индивидуальной оценки состояния и подбора терапии. Так, на начальных стадиях болезни, пациенты зачастую практически не ограничены в трудовой деятельности и функционировании в быту. Но по мере развития заболевания, а также вследствие наслаивания возрастных изменений, сопутствующих заболеваний бремя болезни становится все более ощутимым, происходит развитие двигательных и психических нарушений, что существенно снижает КЖ пациента (McRae C., 2002; Московко С.П. и соавт., 2008). Выраженное влияние на КЖ оказывает усиление ригидности, гипокинезии, нарушений ходьбы и развитие постуральной неустойчивости (Schrag A. et al., 2000).

По данным ряда авторов, пациенты с акинетико-ригидной формой заболевания имеют худшие показатели КЖ по сравнению с пациентами с дрожательной формой. Так, Н.Ю. Лычева в своей работе показала, что на КЖ пациентов с БП основное влияние оказывают гипокинезия, ригидность, постуральная неустойчивость. Также на показатели КЖ влияют аффективные нарушения, прежде всего, депрессивное расстройство и реактивная тревожность (Лычева Н.Ю., 2002).

К таким же результатам в своей работе пришла и Е.С. Чикина (2004). Она показала, что КЖ у пациентов с БП определяется стадией заболевания, клинической формой, выраженностью симптомов, наличием дискинезий и двигательных флюктуаций. По ее данным, на ранних стадиях заболевания (1–2-я стадии по Хен – Яру) у пациентов с преимущественно дрожательной формой наиболее негативное влияние на КЖ оказывала выраженность внешних

проявлений. На поздних стадиях заболевания (3–4-я стадии) ведущими в ухудшении КЖ становились изменения подвижности, активности в повседневной жизни, эмоционального состояния и уровня общения пациента.

Подобные результаты были продемонстрированы и в ряде зарубежных работ. Так, A. Schrag (2000) и его коллеги показали, что у пациентов с акинетико-ригидной формой заболевания КЖ было ниже, чем у пациентов с тремором. Подобный результат был получен и в работе E.R. Appleman с соавторами (2011).

В 2015 году О.С. Левин с коллегами (2015) в своем исследовании КЖ и внутренней картины болезни продемонстрировали, что наибольшее влияние на КЖ оказывают выраженность гипокинезии и постуральная неустойчивость, а степень тремора не коррелирует с уровнем КЖ.

Несколько иные результаты были получены в работе В.А. Богачевой (2017) сравнение показателей общего КЖ пациентов двух групп – с акинетико-ригидной формой и дрожательной – не выявило достоверного отличия между ними. Достоверные различия были найдены по шкалам физического функционирования и жизненной активности опросника SF-36, а также по шкалам мобильности, социальной поддержки и коммуникабельности опросника PDQ-39.

В доступной нам литературе была обнаружена только одна работа, посвященная изучению КЖ у пациентов с постуральными деформациями при БП (Орехова О.А., 2013). Согласно данным авторов, наличие камптокормии при БП значительно снижает показатели КЖ и повседневной активности, усиливает выраженность аффективных нарушений. Камптокормия при БП является самостоятельным дезадаптирующим фактором и увеличивает нагрузку на родственников пациентов по сравнению с контрольной группой. Несомненно, также, что все виды постуральных нарушений, являясь самостоятельным дезадаптирующим фактором, оказывают выраженное влияние на КЖ пациентов с БП, в связи с чем требуется более углубленное изучение данного вопроса.

Для оценки КЖ больных используют как общие опросники, так и специальные методики, созданные для конкретных нозологических форм. Использование специальных опросников позволяет сделать акцент на тех аспектах

жизнедеятельности, которые в наибольшей степени нарушаются при том или ином заболевании. Так, для оценки КЖ пациентов с БП используется опросник PDQ-39, все вопросы, которые можно поделить на восемь разделов: мобильность, активность повседневной жизнедеятельности, эмоциональное благополучие, стигма, социальная поддержка, когнитивные функции, общение и телесный дискомфорт (Жукова И.А. и соавт., 2008). Анализ данных, полученных с помощью данной методики, позволяет более полно оценить состояние пациента, его удовлетворенность своими физическими возможностями, его социальную активность.

Таким образом, увеличение продолжительности жизни популяции приводит к возрастанию заболеваемости БП, в связи с чем удельный вес пациентов с этой патологией в рутинной практике врача-невролога становится все более существенным. Успехи в терапии данного заболевания, решая основные задачи (улучшение двигательной активности, уменьшение ригидности и тремора), мало влияют, а возможно, и способствуют развитию таких осложнений болезни, как дистонические постуральные деформации. Данные состояния, зачастую сопровождаясь болевым синдромом, существенно влияют на физическое, функциональное и психологическое состояние пациентов, снижая их качество жизни. Однако до сих пор нет четких данных о возникновении и распространенности этих состояний среди пациентов с БП, их связи со стадией заболевания, предшествующей лекарственной терапии. Нет убедительных рекомендаций по ведению данных пациентов, в частности, использованию ботулотоксина для коррекции дистоний. Несмотря на все более активное внимание к проблемам социальной адаптации больных неврологического профиля, в частности, пациентов с БП, не все вопросы освещены одинаково хорошо. В последние годы опубликован ряд работ, посвященных КЖ при БП. Описано влияние на КЖ пациентов с БП стадии болезни, выраженности клинической симптоматики (Чикина Е.С., 2004), вегетативных расстройств (Яблонская А.Ю., Федорова Н.В., 2011), депрессивного синдрома (Федорова Н.В., Мирецкая А.В., 2009), когнитивных нарушений (Жукова И.А., Жукова Н.Г., 2010).

Есть отдельные работы, посвященные постуральным деформациям (Орехова О.А., 2013) и болевым синдромам при БП (Махнев С.О., Левин О.С., 2013), однако сочетание этих двух состояний, в совокупности, несомненно, вызывающее больший дезадаптационный эффект, изучено, относительно, мало. Тем не менее, на наш взгляд, изучение этого вопроса требует более пристального внимания с целью разработки более эффективных алгоритмов коррекции данных нарушений. Также не менее актуальным является изучение психологических особенностей пациентов с БП, осложненной развитием постуральных деформаций.

ГЛАВА 2 ОБЩАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА БОЛЬНЫХ И МЕТОДОВ ИХ ОБСЛЕДОВАНИЯ

2.1. Дизайн исследования

1. Отбор пациентов в исследование. Критерии включения и невключения

Диссертационное исследование «Динамика показателей клинического и психологического статусов, качества жизни и стигматизации в процессе лечения пациентов с болезнью Паркинсона, осложненной постуральными деформациями» одобрено независимым этическим комитетом при ФГБУ «Санкт-Петербургский научно-исследовательский психоневрологический институт им. В.М. Бехтерева» (протокол № 5 от 25 мая 2017 года). Все участники исследования перед его началом проходили процедуру подписания информированного согласия.

Для отбора пациентов, соответствующих критериям включения и невключения, у всех обследуемых были проведены: сбор анамнеза, неврологический осмотр; МРТ головного мозга для исключения возможных причин для развития вторичного паркинсонизма; МРТ или рентгенологическое исследование позвоночника и конечностей для исключения костной и суставной патологии, что может стать причиной туловищных и конечностных деформаций; проводились тесты MMSE и MoCa для выявления грубой степени когнитивных расстройств; для исключения депрессии значительной степени выраженности проводилось тестирование по шкале депрессии Бека. Общие сведения о пациенте и его заболеваниях заносились в анкету (Приложение 1).

Из пациентов, наблюдающихся в Центре экстрапирамидных расстройств НМИЦ ПН им. В.М. Бехтерева, были скринированы 400 человек и сформированы 2 группы: основная и группа сравнения.

Критерии включения в основную группу: мужчины и женщины в возрасте от 40 до 85 лет с верифицированным диагнозом «болезнь Паркинсона» (на основе критериев Банка головного мозга Общества болезни Паркинсона Великобритании), дрожательная и акинетико-ригидная форма, в клинической картине которых

отмечалось наличие постуральных деформаций шеи, туловища или конечностей; наличие информированного согласия на обследование и лечение.

Критерии невключения в основную группу: отсутствие постуральных деформаций, подозрение на вторичный характер паркинсонизма (сосудистые очаги, объемные образования, кальцификаты – болезнь Фара; отложение металлов – болезнь Галлевордена – Шпатца, болезнь Вильсона – Коновалова; последствия употребления марганецсодержащих веществ в виде поражения базальных ганглиев и черной субстанции; прием нейролептиков; клинические и/или МР-признаки других дегенеративных заболеваний, в структуре клинической картины которых присутствует синдром паркинсонизма (МСА, кортико-базальная дегенерация, прогрессирующий надъядерный паралич и др.); выраженные костные или суставные изменения, способные привести к развитию постуральных деформаций; деменция; выраженная депрессия; грубые речевые расстройства, делающие невозможным выполнение предлагаемых заданий; заболевания опорно-двигательного аппарата; особые состояния больного (беременность, наркотическая и алкогольная зависимость).

Критерии включения в группу сравнения: мужчины и женщины в возрасте от 40 до 85 лет с установленным диагнозом «болезнь Паркинсона» (на основе критериев Банка головного мозга Общества болезни Паркинсона Великобритании) (Hughes A.J. et al., 1992), дрожательная и акинетико-ригидная форма, отсутствие постуральных деформаций шеи, туловища или конечностей; наличие информированного согласия на обследование и лечение.

Критерии невключения в группу сравнения: подозрение на вторичный характер паркинсонизма (сосудистые очаги, объемные образования, кальцификаты – болезнь Фара; отложение металлов – болезнь Галлевордена – Шпатца, болезнь Вильсона – Коновалова, последствия употребления марганецсодержащих веществ в виде поражения базальных ганглиев и черной субстанции; прием нейролептиков; клинические и/или МР-признаки других дегенеративных заболеваний, в структуре клинической картины которых присутствует синдром

паркинсонизма (МСА, кортико-базальная дегенерация, прогрессирующий надъядерный паралич и др.).

Критериями исключения из исследования являлись: отказ пациентов от продолжения участия в исследовании, декомпенсация по основному или сопутствующим состояниям.

Таким образом, согласно критериям включения и невключения, из скринированных 400 пациентов в исследование было отобрано 166 больных, из которых 134 пациента с установленным диагнозом «болезнь Паркинсона», имеющих постуральные деформации туловища, шеи или конечностей (основная группа) и 32 пациента с верифицированным диагнозом «болезнь Паркинсона» без постуральных деформаций (группа сравнения).

2. Критерии формирования групп

Все пациенты основной группы (с постуральными деформациями) были разделены еще на 4 группы. Всем пациентам из основной группы и группы сравнения до момента включения в исследование была проведена коррекция противопаркинсонической терапии для оптимизации функциональных возможностей пациентов.

Этапы исследования

1. Сбор анамнестических сведений и определение возможности включения пациента в исследование, подписание информированного согласия на дальнейшее исследование и информированного согласия для проведения ботулинотерапии (только пациенты основной группы).

2. Неврологический осмотр и оценка неврологического статуса пациента, при необходимости – дополнительные методы исследования и консультации смежных специалистов.

3. Заполнение пациентом и врачом-исследователем ряда предложенных опросников, характеризующих функциональное, психологическое состояние и КЖ, измерение угла наклона туловища (для групп с камптокормией и синдромом Пизанской башни).

4. Проведение инъекций ботулотоксина в заинтересованные мышцы-мишени и разработка последующего комплекса реабилитационных мероприятий – для пациентов основных подгрупп. Все пациенты дополнительных подгрупп получали идентичные физиотерапевтические процедуры, включавшие в себя массаж, миостимуляцию, лечебную физкультуру. Курс включал 10 процедур.

5. Повторный неврологический осмотр пациентов, заполнение опросников, измерение углов наклона через 4 недели после проведения инъекции ботулотоксина – для пациентов основных подгрупп и через 4 недели после первого визита – для пациентов дополнительных подгрупп.

2.2. Методы обследования больных

В отношении пациентов, соответствующих критериям включения, применялись следующие методики.

Методики обследования функционального состояния пациентов

1. Унифицированная рейтинговая шкала оценки болезни Паркинсона – Unified Parkinson's Disease Rating Scale (UPDRS) (Приложение 2). Основная версия шкалы (1987 год), являющаяся валидизированной, международно признанной, наиболее востребована до настоящего времени. Шкала состоит из 4 частей:

I – мышление, поведение, настроение (подшкалы 1–4: 1 – интеллектуальные нарушения; 2 – нарушения мышления; 3 – депрессия; 4 – мотивация/инициатива);

II – повседневная жизненная активность (подшкалы 5–17: 5 – речь; 6 – слюноотделение; 7 – глотание; 8 – почерк; 9 – разрезание пищи и удерживание столовых принадлежностей; 10 – одевание; 11 – гигиена; 12 – поворачивание в постели и приведение в порядок постельных принадлежностей; 13 – падения (не связанные с застываниями); 14 – застывания при ходьбе; 15 – ходьба; 16 – тремор; 17 – сенсорные жалобы, связанные с паркинсонизмом);

III – обследование двигательной системы (подшкалы 18–31: 18 – речь; 19 – выражение лица; 20 – тремор в состоянии покоя (голова, верхние и нижние конечности); 21 – кинетический или постуральный тремор рук; 22 – ригидность; 23

– пальцевой тест на брадикинезию; 24 – кистевой тест на брадикинезию; 25 – быстрые альтернирующие движения кистей рук; 26 – тест на проверку брадикинезии ног; 27 – вставание со стула; 28 – поза; 29 – походка; 30 – постуральная устойчивость; 31 – общая брадикинезия и гипокинезия);

IV – осложнения терапии (подшкалы 32–42: 32 – продолжительность дискинезии; 33 – степень инвалидизации, вызванная дискинезией; 34 – степень болезненности дискинезии; 35 – наличие анамнестической информации об утренней дистонии; 36 – наличие off-периодов, связанных с временем действия противопаркинсонических препаратов; 37 – наличие off-периодов, не связанных с временем действия противопаркинсонических препаратов; 38 – наличие внезапных, кратковременных (несколько секунд), off-периодов; 39 – продолжительность off-периодов; 40 – наличие анорексии, тошноты, рвоты; 41 – наличие нарушений сна (инсомния, чрезмерная сонливость); 42 – наличие симптоматической ортостатической гипотензии).

2. Шкала повседневной жизненной активности Шваба и Ингланда – Schwab and England Activities of Daily Living (ADL) (Fahn S., Elton R.L., 1987) (Приложение 3). Шкала представляет собой рейтинговую систему оценки тяжести болезни Паркинсона и паркинсонизма, оценивающую состояние больного в процентах. Чем меньше тяжесть болезни Паркинсона, тем больше процентов по этой шкале получает больной и наоборот. 100% означают полную независимость в самообслуживании, отсутствие жалоб и каких-либо трудностей в повседневной жизненной активности. Стадии 100–80% по этой шкале указывают на то, что больные практически независимы в самообслуживании, не инвалидизированы или имеют минимальную инвалидизацию; на стадиях 70–30% больные имеют ту или иную степень зависимости от окружающих при выполнении домашней работы, гигиенических процедур и одевании. Больные на стадиях болезни 20–10% имеют выраженную инвалидизацию, ничего не могут делать самостоятельно, не могут себя обслуживать и полностью зависят от окружающих. 0% означает прикованность к постели с резко выраженной вегетативной дисфункцией.

3. Опросник камптокормии Марграфа (Nils G. et al., 2010) (Приложение 4). Опросник состоит из пяти разделов, оценивающих в баллах следующие параметры: наклон туловища, условия возникновения; время в течение дня, когда у пациента присутствует камптокормия; выраженность боли в спине и степень инвалидизации. Также в опроснике отражается длительность и течение заболевания, использование вспомогательных средств при передвижении, влияние приема противопаркинсонических средств на степень выраженности камптокормии. Нами была проведена модификация данного опросника (Приложение 5): внесены пункты о форме камптокормии (груднопоясничная и пояснично-крестцовая) и сочетании ее с другими формами постуральных деформаций.

4. Шкала спастической кривошеи – Toronto Western Spasmodic Torticollis Rating Scale (TWSTRS) (Приложение 6). Состоит из трех шкал: тяжести спастической кривошеи (СК), инвалидизации при СК и интенсивности боли при СК.

Шкала тяжести СК состоит из проб А, Б, В, Г, Д, Е с максимальной суммой баллов 35 (Оддерсон И., 2011). В пробе А оценивают максимальное отклонение от средней линии в покое (ротацию, наклон к плечу, наклон головы вперед, наклон головы назад, боковое смещение головы, продольное смещение головы); в пробе Б – частоту появления цервикальной дистонии (градации от 1 – цервикальная дистония существует менее 25% времени до 5 – наблюдается постоянно, более 75% времени, и часто достигает максимума); в пробе В – эффективность корригирующих жестов (от 0 – полное исчезновение дистонии при использовании вспомогательных приемов до 2 – приемы не помогают совсем или помогают незначительно); в пробе Г – поднятие плеча и смещение вперед (от 0 – отсутствует до 3 – тяжелое и постоянное); в пробе Д – амплитуду возможного движения (от 0 – пациент может повернуть голову в крайнее противоположное положение до 4 – поворот головы почти невозможен); в пробе Е – время, в течение которого больной может удерживать голову повернутой на 10 градусов от обычного положения, не прибегая к приемам для уменьшения дистонии (от 0 – больше 60 секунд до 4 – менее 15 секунд).

Шкала инвалидизации (максимальная сумма баллов – 30) состоит из пунктов А, Б, В, Г, Д, Е. Пункт А оценивает влияние кривошеи на способность пациента осуществлять свою профессиональную деятельность или ведение домашнего хозяйства (градация от 0 – без затруднений до 5 – профессиональная деятельность или ведение домашнего хозяйства почти или совсем невозможны); пункт Б – влияние кривошеи на самообслуживание пациентов (от 0 – пациенты не испытывают никаких затруднений до 5 – большинство действий, связанных с самообслуживанием, невозможны без посторонней помощи); пункт В – влияние кривошеи на способность пациента управлять автомобилем (от 0 – пациент не испытывает затруднений при управлении автомобилем или не водит машину до 5 – не может управлять автомобилем, но и не способен долгое время ехать в качестве пассажира); пункт Г – влияние кривошеи на возможность чтения (от 0 – чтение осуществляется без затруднений до 5 – пациент не способен прочесть более 5 предложений); пункт Д – влияние кривошеи на способность пациента смотреть телевизор (от 0 – нет затруднений до 5 – пациент не способен смотреть телевизор больше нескольких минут); пункт Е – влияние кривошеи на действия пациента, связанные с выходом из дома (от 0 – нет влияния, пациент осуществляет все действия без затруднений до 5 – из-за кривошеи пациент редко выходит из дома или не выходит совсем).

Шкала интенсивности боли (максимальная сумма баллов – 20) состоит из пунктов А – интенсивность боли; Б – продолжительность боли; В – нетрудоспособность вследствие боли.

5. Шкала равновесия Берга – Berg Balance Scale (BBC) – это инструмент для выявления нарушений постурального баланса – (Приложение 7). Шкала включает 14 тестов. Оценка в баллах проводится на основании способности испытуемого выполнить самостоятельно 14 заданий и/или сделать это в соответствии с определенными требованиями времени и расстояния. Каждый компонент оценивается по пятибалльной порядковой шкале от 0 (неспособность выполнить задание) до 4 (норма), суммарные баллы варьируются от 0 до 56: чем выше показатель, тем выше качество выполнения задания.

6. «Встань и иди» – тест на время (Timed Up and Go Test – TUG). Он оценивает способность испытуемого поддерживать равновесие во время смены положений и ходьбы. Задание заключается в том, что испытуемый встает со стула, проходит расстояние в 3 метра, поворачивается на 180 градусов, возвращается и садится. Исследователь использует секундомер для определения времени выполнения задания. Во время проведения теста испытуемым позволено пользоваться обычными средствами для помощи при ходьбе. Время засекается от вербальной инструкции «пошел» до полного усаживания пациента обратно на стул. Проводится одна тренировочная попытка и две на оценку. Время, которое затрачивает испытуемый, – это среднее значение двух попыток.

7. Визуальная аналоговая шкала (ВАШ) – инструмент для определения интенсивности болевого синдрома (Приложение 8). Шкала представляет собой линию, она может быть, как горизонтальной, так и вертикальной. Пациенту предлагают сделать на этой линии отметку, соответствующую интенсивности испытываемых им болей. Расстояние между концом линии (нет болей) и сделанной больным отметкой измеряют в сантиметрах и округляют. Вариацией ВАШ является цифровая рейтинговая шкала, представляющая собой линию с нанесенными на ней отметками от 0 до 10, где 0 – нет боли совсем; 10 – невыносимая боль. Расширенная шкала ВАШ, которую мы использовали в нашей работе, имеет несколько шкал для оценки боли на текущий момент времени, средней интенсивности боли, минимальной и максимальной интенсивности болевых ощущений.

Методики исследования психологического состояния пациентов

1. Гиссенский личностный опросник (Гиссенский тест – ГТ) – Gissener Beschwerdebogen (GBB), или Giesen-Test (GB) – был разработан в Психосоматической клинике Гиссенского университета в 1968 году немецкими учеными; адаптирован и стандартизирован на российской популяции в 1990 году (Голынкина Е.А., 1993) (Приложение 9).

Этот опросник, используемый для изучения особенностей личности, влияющих на качество социального взаимодействия, эффективность социального

функционирования, дает возможность объективно оценить личностные характеристики больных, особенности их межличностных отношений, социального взаимодействия, а также оценить изменения психологических переменных в процессе лечения у больных с постуральными деформациями при болезни Паркинсона.

Особенности опросника позволяют учитывать личностные, интрапсихические и социально-психологические переменные, а также исследовать соответствующие им характеристики; устанавливать соотношения между внутри- и межличностными переменными, соотносить личностные признаки с межличностным взаимодействием, социальным поведением, социальными установками и реакциями личности. Важное отличие ГТ от других психологических опросников заключается в том, что он учитывает различные социальные аспекты (установки и реакции индивидуума), что дает возможность использовать его не только для изучения личности, но и для исследования социальных отношений, особенно в малых группах.

Гиссенский личностный опросник представлен 6 шкалами: «социальное одобрение», «доминантность», «избыточность–недостаточность контроля», «преобладающий фон настроения», «открытость–замкнутость» и «социальные способности». Каждая шкала имеет по 2 полюса значений (нижний и верхний), а усредненной границей являются значения на уровне 50Т баллов.

1). Шкала «социальное одобрение», низкие значения которой отражают субъективное представление человека о своей социальной репутации – неуважении окружающих, непривлекательности, неумении добиваться поставленной цели, непопулярности. Полюс высоких значений указывает на уверенность личности в своей положительной социальной репутации – высокой оценке и уважении других людей, привлекательности, популярности, способности добиваться поставленной цели. Основное предназначение данной шкалы – определенный аспект социальной роли, умение успешно взаимодействовать с окружающими людьми.

2). Шкала «доминантность», низкие показатели которой отражают такие характеристики, как властолюбие, желание настоять на своем, нетерпение.

Высокие значения по шкале указывают на уступчивость человека, послушание, терпение. Такие личностные характеристики отождествляются с психосоциальными формами защитного поведения индивидуума: с противопоставлением, с одной стороны, – притязания на первенство, агрессивность, импульсивность, с другой – склонность к подчинению и неспособность к агрессии, терпеливость, зависимость, покладистость.

3). Шкала «контроль», на нижнем полюсе которой – недостаточный контроль, а на верхнем – избыточный. Низкие значения отражают склонность к беззаботному поведению, легкомысленным поступкам, непостоянству, неумение распоряжаться деньгами, неаккуратность. Высокий полюс указывает на избыточность контроля, для которого характерны педантичность, усердие, правдивость до фанатичности, отсутствие склонности к беззаботному, легкомысленному поведению.

4). Шкала «преобладающий фон настроения». Нижний полюс – гипоманиакальный, верхний – депрессивный. Низкие значения свойственны независимой личности, не склонной к самокритике, рефлексии, редко испытывающей подавленность, открытой в выражении эмоций – не скрывающей раздражения. Высокие значения характеризуют зависимую, робкую, подавленную, самокритичную личность, склонную к рефлексии, скрывающую досаду, подавляющую раздражение. Шкала связывает преобладающее настроение с ведущим для личности направлением развития агрессии (вовне или против собственного «я»).

5). Шкала «открытость–замкнутость». Низкий полюс характеризует личность как откровенную, доверчивую, открытую окружающим людям, обладающую большой потребностью в любви. Высокий полюс отражает такие характеристики, как недоверчивость, замкнутость, отстраненность от окружающих людей, склонность скрывать собственную потребность в любви. Данная шкала является отражением фундаментальных свойств социальных контактов и социального поведения человека в социуме, формирующихся из первичного доверия или первичного недоверия.

6). Шкала «социальные способности». Значения этой шкалы отражают степень социальной зрелости личности. Низкие значения характеризуют активную, творческую, самостоятельную, непринужденную в поведении, конкурентоспособную, общительную личность с богатым воображением, способную к прочным отношениям, межличностным связям. Противоположный полюс отражает черты социально слабой личности, малообщительной, не способной к самоотдаче и прочным отношениям, с бедной фантазией.

2. Симптоматический опросник – Symptom Check List–90–Revised (SCL–90–R) – клиническая тестовая методика, используемая для оценки психологических особенностей у психиатрических пациентов и здоровых лиц (Приложение 10). Данный опросник создан на базе Discomfort Scale, разработанной в 1954 году для оценки эффективности психотерапии. Он используется для определения текущего психического статуса пациентов, представленности психопатологической симптоматики, оценки выраженности и глубины дистресса, внутреннего дискомфорта.

Опросник включает в себя шкалы: «соматизация», «паранойяльная симптоматика», «психотизм», «межличностная сенситивность», «обсессивно-компульсивные расстройства», «депрессия», «тревожность», «враждебность», «соматизация фобической тревожности».

Методика содержит два индекса, отражающих степень выраженности симптоматики (GSI) и наличие симптоматического дистресса (PSDI). Оценка выраженности 9 психопатологических симптомов производится по 5-балльной шкале, где 0 – «вообще нет» – пациент указывает, что симптом его нисколько не беспокоит; 1 – «немного» – симптом отмечается редко и небольшой силы; 2 – «умеренно» – симптом слабый или средней интенсивности; 3 – «сильно» – симптом отмечается регулярно, от средней тяжести до высокой интенсивности; 4 – «очень сильно».

Шкала «соматизация» отражает дистресс, вызванный ощущением телесной дисфункции. Сюда относятся жалобы, связанные с сердечно-сосудистой, гастроинтестинальной, дыхательной, кожной и другими системами. Чаще среди

жалоб преобладают головные боли, другие боли и дискомфорт в скелетной мускулатуре. Эти симптомы и признаки могут указывать на наличие расстройства, хотя они также могут быть отражением сопутствующих соматических патологий.

Шкала «обсессивность—компульсивность» выявляет мысли, импульсы и действия, которые переживаются индивидом как непреодолимые, с которыми невозможно побороться и невозможно остановить.

Шкала «межличностная сенситивность» определяется ощущениями личностной неполноценности при сравнении с другими людьми, чувством неловкости, беспокойства, внутреннего дискомфорта при общении. Высокие показатели по данной шкале свидетельствуют об обостренном чувстве осознания собственного «я» и негативных ожиданиях относительно межличностного взаимодействия и любых контактов с другими людьми.

Шкала «депрессия» представляет симптомы аффективных нарушений в виде грусти, отсутствия интереса к жизни, недостатка мотивации и потери жизненной энергии; кроме того, сюда относятся чувства безнадежности будущего, отчаяния, подавленности. Затронуты вопросы жизненной перспективы.

Шкала «тревожность» включает в себя основные признаки тревоги: напряжение, взвинченность, приступы паники, ощущение внутреннего тремора, распираания; также сюда относятся клинические корреляты тревоги – чувства опасения и страха.

Шкала «враждебность» включает мысли, чувства или действия, являющиеся эквивалентом негативного аффективного состояния злости. В состав данной шкалы входят все признаки, отражающие такие качества, как агрессия, раздражительность, гнев и негодование.

Шкала «соматизация фобической тревожности» определяет стойкую реакцию страха, которая является неадекватной, чрезмерной, не соответствующей стимулу, вызвавшему данную реакцию и порождающую избежательное поведение.

Шкала «паранойяльные тенденции» исследует элементы паранойяльного поведения как вид нарушений мышления. Выявляется наличие враждебности, подозрительности, напыщенности, страха потери независимости.

В шкале «психотизм» исследуется наличие обманов восприятия (галлюцинаций), склонность к социальной изоляции. Также шкала может косвенно указывать на наличие грубой аггравации, симуляции и небрежного заполнения бланка – при высоких значениях по ней при отсутствии явной симптоматики.

В опроснике имеется семь дополнительных вопросов, которые не объединены между собой и не относятся ни к одной из перечисленных шкал. Они имеют значения для описания общей клинической картины, а также косвенно могут указывать на степень выраженности некоторых симптомов в других шкалах.

3. Методика определения уровня самостигматизации. Шкала представляет собой приведенный в Приложении 11 опросник для самостоятельного заполнения пациентами с произвольными гиперкинезами, разработанный и апробированный в ФГБУ СПб НИПНИ им. В.М. Бехтерева. Он состоит из 6 блоков – 18 вопросов, снабженных ответными шкалами. Для подсчета используется общее количество баллов, а также подсчет баллов по блокам. В каждом блоке содержится различное количество вопросов (от 3 до 5).

Блок «я» исследует самоощущение пациента, насколько мешают ему его произвольные движения; оценивает влияние произвольных движений на КЖ пациента.

Блок «семья» оценивает субъективное ощущение пациентом отношения к нему близких родственников и косвенно характеризует степень его поддержки семьей и семейные взаимоотношения.

Блок «неблизкое окружение» позволяет судить о социальном статусе пациента (его субъективном восприятии) среди других членов общества; отражает, насколько феномен стигматизации ограничивает его социальную адаптацию, сужает круг имеющихся контактов, мешает устанавливать новые. Также данный блок позволяет косвенно судить о психологическом состоянии пациента и его КЖ.

Блок «окружающая среда» изучает степень социальной дезадаптации индивида вследствие стигматизации.

Блок «работа» оценивает ограничение трудоспособности, а также отражает субъективное ощущение пациента от того, насколько его состояние здоровья

искажает профессиональные перспективы. Также изучается вопрос корреляции стигматизации и материальных благ.

Блок «сексуальные отношения» изучает степень влияния непроизвольных движений на установление и/или поддержание интимных отношений с противоположным полом.

Методика обследования качества жизни пациентов с БП

Parkinson's Disease Quality of Life Questionnaire (PDQ-39), 1995 год – это специальный опросник, направленный на изучение КЖ пациентов с БП (Приложение 12). Он состоит из 39 вопросов и включает 8 подшкал: «мобильность», «повседневная активность», «эмоциональное благополучие», «стигма», «социальная поддержка», «когнитивная сфера», «коммуникабельность», «телесный дискомфорт», описывающих различные аспекты КЖ пациента. Каждый вопрос оценивается в баллах от 0 до 4. Оценка КЖ производится как по общему итоговому баллу, так и отдельно по каждой подшкале. PDQ-39 относится к опросникам обратного типа – чем выше показатель по шкале, тем хуже описываемый аспект КЖ.

«Мобильность» (mobility) характеризует степень ограничения физической активности: свободы передвижения, ходьбы, работы по дому.

«Повседневная активность» (activities of daily living) показывает, насколько пациенты ограничены в реализации самообслуживания: мытье, одевании, питании, написании текста.

«Эмоциональное благополучие» (emotional well-being) отражает эмоциональные нарушения: тревогу, подавленность, агрессию.

«Стигма» (stigma) показывает, как пациент реагирует на свое заболевание и/или симптом, находясь в обществе других людей: реакция окружающих на внешние проявления болезни пациента, избегание ситуаций, проявляющих симптом.

«Социальная поддержка» (social support) оценивает, в какой степени пациент получает поддержку от близких.

«Когнитивная сфера» (cognitions) показывают, как пациент оценивает свои когнитивные функции.

«Коммуникабельность» (communication) демонстрирует, насколько пациенты испытывают ограничение в общении.

«Телесный дискомфорт» (bodily discomfort) отражает ощущение пациентом телесного дискомфорта: спазмы, боль, жар, холод.

Шкала общего клинического впечатления (CGI)

Шкала Clinical Global Impression Scale (CGI) была разработана в 1976 году в Национальном институте психического здоровья США (Приложение 13). Она состоит из 3 субшкел, отражающих оценку тяжести состояния, общую степень его улучшения по 7-балльной системе, а также субшкалы индекса эффективности, который рассчитывается по совокупности одной из четырех степеней терапевтического эффекта (заметный, умеренный, минимальный, без изменений) и степени выраженности побочного эффекта препарата (отсутствует, незначительный, значительный, нивелирующий терапевтический эффект). В настоящем исследовании использовалась только шкала оценки общего клинического улучшения.

Статистический метод

Для проведения статистического анализа была создана структурированная карта полученных данных на каждого больного. Их статистическая обработка проводилась с помощью программы СПСС 2,2. Все данные были обработаны с использованием методов описательной статистики: оценивались центральные тенденции показателей, а именно: среднее значение, стандартная ошибка среднего значения ($M \pm m$). Подсчитывалась частота встречаемости качественных признаков: абсолютные и относительные (%) значения. Для анализа различия между группами использовались параметрические методы и непараметрическая статистика: критерий Т-Стьюдента. Для анализа взаимосвязи двух признаков проводилась оценка динамики количественных параметров с помощью сравнения показателей до лечения и после с использованием непараметрического Т-критерия Вилконсона для зависимых выборок. Для оценки корреляционной взаимосвязи

был использован корреляционный анализ Спирмена, Пирсена. Результаты считались статистически значимыми при уровне значимости не менее 95% ($p < 0,05$).

2.3. Материал исследования

На базе экстрапирамидного центра ФГБУ НМИЦ ПН им. В.М. Бехтерева было обследовано 400 человек с верифицированным диагнозом «болезнь Паркинсона». Постуральные деформации туловища, шеи или конечностей наблюдались у 134 человек (57 мужчин и 77 женщин), которые составили основную группу. Дополнительно была сформирована группа сравнения из пациентов с верифицированным диагнозом «болезнь Паркинсона» без постуральных деформаций численностью 32 человека.

Из пациентов основной группы были еще сформированы 4 группы в соответствии с видом постуральной деформации.

1-я группа – пациенты с камптокормией. Численность 46 человек, возраст 62–80 лет (средний возраст $69,93 \pm 5,4$), из которых мужчины – 20 человек (43%), женщины – 26 (57%). 27 человек (59%) пациентов проживали с семьей. 28 человек (61%) имели высшее образование, 5 человек (11%) продолжали трудовую деятельность.

Методом случайной выборки пациенты были разделены на 2 подгруппы: K1 – 30 человек, получавшие комплексное лечение (ботулино- и физиотерапию); K2 – 16 человек, получавшие только комплекс физиотерапевтических мероприятий.

2-я группа – пациенты с синдромом Пизанской башни. Численность – 42 человека, из которых мужчины – 17 (40%), женщины – 25 (60%); возраст – 44–77 лет (средний возраст $63,73 \pm 8,28$). 27 человек (64%) имели высшее образование, 12 человек (29%) продолжали трудовую деятельность. 33 человека (76%) проживали с семьей.

Методом случайной выборки пациенты были разделены на 2 подгруппы: ПБ1 – 27 человек, получавшие комплексное лечение (ботулино- и физиотерапию);

ПБ – 15 человек, получавшие только комплекс физиотерапевтических мероприятий.

3-я группа – пациенты с цервикальной дистонией. Численность – 18 человек, из которых мужчины – 12 (67%), женщины – 6 (33%); возраст – от 56 до 76 лет (средний возраст $63,72 \pm 5,5$). 15 человек (83%) имели высшее образование, 2 человека (11%) продолжали трудовую деятельность. 11 человек (61%) проживали в семье.

Методом случайной выборки пациенты были разделены на 2 подгруппы: ЦД1 – 10 человек, получавшие комплексное лечение (ботулино- и физиотерапию); ЦД2 – 8 человек, получавшие только комплекс физиотерапевтических мероприятий.

4-я группа – пациенты с дистонией конечностей. Численность – 28 человек, из которых мужчины – 8 (29%) и женщины – 20 (71%); возраст – от 43 до 80 лет (средний возраст $62,64 \pm 8,3$). 14 человек (50%) имели высшее образование, 7 человек (25%) продолжали трудовую деятельность. 18 человек (64%) проживали в семье.

Методом случайной выборки пациенты были разделены на 2 подгруппы: ДК1 – 17 человек получавшие комплексное лечение (ботулино- и физиотерапию); ДК2 – 11 человек получавшие только комплекс физиотерапевтических мероприятий.

Группу сравнения (контрольную группу) составили пациенты с верифицированным диагнозом «болезнь Паркинсона» без постуральных деформаций, численность – 32 человека, из которых мужчины – 14 (43%), женщины – 18 (57%); возраст – 57–73 года (средний возраст $64,38 \pm 5,73$). 20 человек (62%) имели высшее образование, 37,5% продолжали трудовую деятельность. 22 человека (67%) проживали с семьей.

Социально-демографические и клинические характеристики групп представлены в Таблице 1.

Таблица 1 – Социально-демографические характеристики групп

Группа по виду дистонии	Характеристика группы		
	Возраст, лет	Мужчины, %	Женщины, %
1 – камптокормия	69,93±5,40	43	57
2 – синдром Пизанской башни	63,73±8,28	40	60
3 – цервикальная дистония	63,72±5,50	67	33
4 – дистония конечностей	62,64±8,30	29	71
5 – контрольная группа	64,38±5,73	43	57

ГЛАВА 3 КЛИНИЧЕСКИЕ ХАРАКТЕРИСТИКИ, СРАВНИТЕЛЬНЫЙ АНАЛИЗ ФУНКЦИОНАЛЬНОГО И ПСИХОЛОГИЧЕСКОГО СТАТУСОВ ПАЦИЕНТОВ В ГРУППАХ

3.1. Клиническая характеристика групп

Всего было обследовано 400 человек. Постуральные деформации туловища, шеи или конечностей наблюдались у 134 человек, что составило 34% от общего количества обследованных (женщины – 58% и мужчины – 42%). Распределение пациентов по виду постуральной деформации представлено на Рисунке 1.

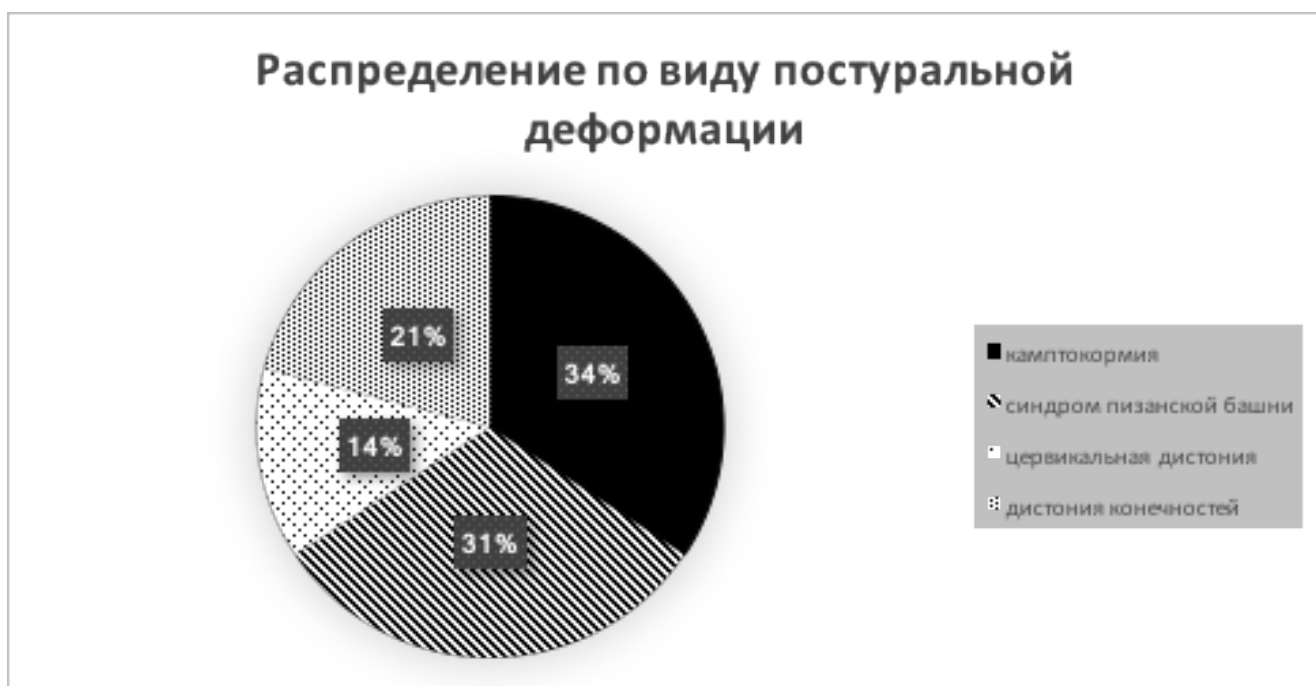


Рисунок 1 – Распределение пациентов по виду постуральной деформации

Распределение пациентов по формам (акинетико-ригидная; ригидно-дрожательная), длительности и стадии заболевания, длительности дистонии и суточной дозе леводопы показано в Таблице 2.

Таблица 2 – Клинические характеристики групп

Группа по виду дистонии	Характеристика группы						
	Форма заболевания		Стадия заболевания		Длительность заболевания, лет	Длительность дистонии, мес.	Суточная доза леводопы мг
	акин. - риг., %	риг.-дрож., %	2-я, %	3-я, %			
1 – камптокормия	28	72	43	57	7,3±2,78	19,0	555
2 – синдром Пизанской башни	55	45	29	71	5,43±3,00	15,2	441
3 – цервикальная дистония	67	33	56	44	6,97±4,15	13,2	732
4 – дистония конечностей	25	75	68	32	7,04±3,80	25,7	421
5 – контрольная группа	44	56	40	60	5,63±3,93	—	414

По нашим данным, достоверно более высокие дозы леводопы получали пациенты с цервикальной дистонией ($p < 0,05$).

Клинические характеристики пациентов с камптокормией

Численность данной группы составила 46 человек в возрасте от 62 до 80 лет; мужчины – 20 человек (43%), женщины – 26 (57%); близкие по значению результаты были описаны в работе О.А. Ореховой (2013). Клиническая картина у данных пациентов, помимо характерных для БП симптомов (брадикинезии, ригидности, дрожания, постуральных нарушений), включала в себя непроизвольный наклон туловища вперед в поясничном или грудопоясничном отделах, не связанный со стойкими деформациями позвоночника, появляющийся или усиливающийся в вертикальном положении и при ходьбе, уменьшающийся или исчезающий в горизонтальном положении. Угол наклона в среднем составлял 56,96 градуса, при этом у 28 человек (61%) отмечалась 2-я степень наклона (от 30 до 59

градусов), у 18 (39%) – 3-я степень наклона (от 60 до 89 градусов). У 6 человек (13%) наклон отмечался даже в положении сидя, у 21 человека (46%) – возникал сразу после вставания, у 10 (22%) – после прохождения дистанции около 50 метров, у 9 (19%) – после значительного времени стояния или ходьбы (средняя дистанция, после которой возникал наклон туловища, составляла 333 метра). У 40 человек (87%) отмечалась пояснично-крестцовая форма камптокормии, у 6 (13 %) – грудопоясничная. У 26 пациентов (57%) камптокормия носила изолированный характер, у остальных – отмечалось сочетание с боковым наклоном; при этом у 7 человек (15% от общего числа пациентов этой группы) наклон был левосторонний, у 13 (28% от общего числа пациентов этой группы) – правосторонний. 33 человека (72% опрошенных) отмечали наличие у них камптокормии в течение всего дня; 11 (23%) – несколько часов в течение дня; 1 человек (2%) – только в вечернее время и/или при значительной усталости. По шкале ограничения повседневной активности опросника камптокормии среднее значение составляло 7,87 баллов. Все пациенты отмечали, что со временем выраженность наклона усиливается; 29 человек (63%) использовали вспомогательные приспособления во время ходьбы; 18 (39%) – наблюдали уменьшение степени выраженности камптокормии после приема препаратов леводопы; 61% – никакой связи не отметили. У 80% использовалась комбинированная терапия, при этом препараты леводопы получали 44 пациента (96%). Связь с изменением терапии (резкая отмена препаратов леводопы) отметил 1 человек (2%).

При анализе корреляционных связей были выявлены следующие зависимости: отмечалось достоверное влияние степени выраженности наклона на постуральную неустойчивость – с увеличением угла наклона постуральные нарушения усиливались: по опросникам Берга ($r = 0,700$, $p < 0,001$) и TUG ($r = 0,766$, $p < 0,001$). Была выявлена связь ($r = 0,604$, $p < 0,001$) между выраженностью наклона и шкалой повседневной активности – усиление наклона ухудшало эти показатели. Степень выраженности камптокормии коррелировала также с болевым синдромом ($r = 0,625$, $p < 0,001$) (увеличение интенсивности боли при увеличении угла наклона – по опроснику ВАШ) и феноменом самостигматизации: в большей

степени – по шкале «работа» ($r = 0,389$, $p < 0,01$), в меньшей – по шкалам «я» ($r = 0,352$, $p < 0,05$), «семья» ($r = 0,294$, $p < 0,05$), т. е., по субъективной оценке пациентов, камптокормия вызывала сложности в реализации профессиональной деятельности, влияла на самооценку больных, ухудшала взаимодействие в семейной сфере.

Также отмечалась связь между степенью наклона и шкалами UPDRS «повседневная активность» ($r = 0,352$, $p < 0,05$) и «UPDRS общая» ($r = 0,338$, $p < 0,05$) – пациенты, у которых наклон туловища был выражен сильнее, испытывали больше затруднений в организации самообслуживания. Те же закономерности наблюдались при анализе результатов по опроснику PDQ-39: степень выраженности камптокормии коррелировала со шкалами «мобильность» ($r = 0,362$, $p < 0,05$), «повседневная активность» ($r = 0,303$, $p < 0,05$), «общее КЖ» ($r = 0,298$, $p < 0,05$), т. е. пациенты с выраженной туловищной деформацией испытывали сложности при передвижении, самообслуживании.

Длительность дистонии коррелировала со шкалами UPDRS «повседневная активность» ($r = 0,367$, $p < 0,05$), «двигательные функции» ($r = 0,365$, $p < 0,05$) и «UPDRS общая» ($r = 0,402$, $p < 0,01$), ухудшая эти показатели; по опроснику КЖ PDQ-39 со шкалами «повседневная активность» ($r = 0,440$, $p < 0,01$), «эмоциональность» ($r = 0,540$, $p < 0,001$), «коммуникабельность» ($r = 0,380$, $p < 0,01$), «общее КЖ» ($r = 0,412$, $p < 0,01$), также ухудшая эти параметры. Длительность дистонии также коррелировала ($r = 0,322$, $p < 0,05$) с поструральными нарушениями – показатели по шкале TUG ухудшались с увеличением длительности камптокормии.

Клинические характеристики пациентов с синдромом Пизанской башни

Численность данной группы составила 42 человек в возрасте от 44 до 77 лет; мужчины – 17 человек (40%), женщины – 25 (60). Клиническая картина у данных пациентов, помимо характерных для БП симптомов (брадикинезии, ригидности, дрожания, поструральных нарушений), включала в себя непроизвольный боковой наклон туловища в сторону, не связанный со стойкими деформациями позвоночника. Угол наклона в среднем составил $23,1 \pm 4,1$ градуса. У 11 человек

(26%) наклон туловища сопровождался сколиотической деформацией позвоночника. У 30 человек (72%) отмечался наклон туловища вправо, у 12 (28%) – влево. 18 пациентов (43%) получали комбинированную терапию, 36 (86%) – препараты леводопы; связь с изменением терапии отмечали 2 человека (5%). 22 человека (52%) наблюдали уменьшение выраженности наклона после приема противопаркинсонических препаратов, у остальных пациентов прием препаратов влиял на степень наклона.

Не было выявлено достоверной связи между стороной дебюта заболевания и стороной наклона туловища ($p > 0,05$). Надо подчеркнуть, что выраженность наклона не оказывала существенного влияния ни на один из анализируемых показателей.

Клинические характеристики пациентов с цервикальной дистонией

Численность данной группы составила 18 человек в возрасте от 56 до 76 лет; мужчины – 12 человек (67%), женщины – 6 (33%). Клиническая картина у данных пациентов, помимо характерных для БП симптомов (брадикинезии, ригидности, дрожания, постуральных нарушений), включала в себя патологическое положение головы, шеи и плеч, не связанное со стойкими деформациями позвоночника. По виду цервикальной дистонии пациенты распределились следующим образом: 8 человек (44%) отмечали наклон или выдвижение головы вперед – антеколлис; 6 (33%) – наклон головы назад – ретроколлис; 4 (23%) – наклон головы вбок – латероколлис.

9 человек (50 %) получали комбинированную терапию, 17 человек (94%) – препараты леводопы. Однако связь с изменением терапии не отмечал ни один пациент. 9 человек (50%) не отмечали влияния противопаркинсонических препаратов на выраженность цервикальной дистонии; 7 (39%) – наблюдали уменьшение выраженности цервикальной дистонии; у 2 человек (11%) прием противопаркинсонических препаратов усиливал проявление дистонии.

При анализе показателей по опроснику TWSTRS нами были получены следующие данные: по шкале тяжести спастической кривошеи общий балл по всей группе составил $17,56 \pm 3,2$; по шкале инвалидизации – $13,5 \pm 6,2$; по шкале

интенсивности боли – $7,04 \pm 2,94$. Общий балл по данному опроснику составил $38,1 \pm 10,54$.

Также обращают на себя внимание следующие взаимосвязи.

При выраженном повороте головы ухудшалось КЖ: шкалы «стигма» ($r = 0,513$, $p < 0,01$) и «соматическая боль» ($r = 0,488$, $p < 0,01$); ухудшались показатели по шкале Шваба и Ингланда ($r = 0,573$, $p < 0,01$); нарастала поструральная неустойчивость по шкале равновесия Берга ($r = 0,403$, $p < 0,05$) и тесту TUG ($r = 0,474$, $p < 0,05$).

При увеличении степени наклона головы вбок уменьшались возможности произвольного движения в сторону, противоположную дистонической установке – амплитуда движения была меньше ($r = 0,663$, $p < 0,01$). Также пациенты, имеющие это осложнение, с большим трудом осуществляли такие виды деятельности как чтение, просмотр телевизионных передач; реже выходили из дома ($p < 0,05$). У них отмечалось снижение КЖ по шкалам «стигма» ($r = 0,531$, $p < 0,01$), «социальные проблемы» ($r = 0,410$, $p < 0,05$), «соматическая боль» ($r = 0,428$, $p < 0,05$); ухудшались показатели по шкале Шваба и Ингланда ($r = 0,471$, $p < 0,05$).

С увеличением выраженности наклона головы вперед (антеколлис) уменьшалось время, в течение которого пациенты могли удерживать голову в нейтральном положении ($r = 0,679$, $p < 0,01$). У этих пациентов отмечались более выраженные болевые ощущения: по опроснику ВАШ ($r = 0,402$, $p < 0,05$) и шкале «соматическая боль» опросника PDQ-39 ($r = 0,648$, $p < 0,01$). По опроснику самостигматизации отмечалась прямая корреляция ($r = 0,619$, $p < 0,01$) со шкалой «работа» (пациенты испытывали сложности в осуществлении своей профессиональной деятельности в связи с наличием у них антеколлиса).

Пациенты с ретроколлисом испытывали сложности при чтении и просмотре телевизионных передач ($p < 0,05$); с усилением выраженности наклона уменьшалось время, в течение которого они могли удерживать голову в нейтральном положении ($r = 0,621$, $p < 0,01$). С усилением наклона отмечалось увеличение выраженности болевых ощущений по данным опросника ВАШ ($r = 0,563$, $p < 0,01$), ухудшались показатели по опроснику UPDRS – шкалы

«повседневная деятельность» ($r = 0,467$, $p < 0,05$), «двигательная активность» ($r = 0,561$, $p < 0,01$), «общий балл UPDRS» ($r = 0,482$, $p < 0,05$).

Клинические характеристики пациентов с дистонией конечностей

Численность данной группы составила 28 человек в возрасте от 43 до 80 лет; мужчины – 8 человек (29%), женщины – 20 (71%). Клиническая картина у данных пациентов, помимо характерных для БП симптомов (брадикинезии, ригидности, дрожания, постуральных нарушений), включала в себя патологическую установку дистальных отделов конечностей, не связанную со стойкими изменениями суставов. По виду дистонии пациенты распределились следующим образом: 12 человек (43%) – дистония руки; 11 (39%) – дистония ноги; 5 (18%) – сочетание двух этих состояний. 20 больных (71%) получали комбинированную терапию; 22 человека (79%) – препараты леводопы. Связь с изменением терапии не отмечал ни один пациент. 6 человек (21%) не наблюдали влияния противопаркинсонических препаратов на выраженность цервикальной дистонии; 20 (71%) – отмечали уменьшение выраженности цервикальной дистонии; у 2 человек (8%) прием противопаркинсонических препаратов усиливал проявление дистонии.

3.2. Сравнительный анализ болевого синдрома у пациентов в группах

Пациенты всех групп испытывали болевые ощущения в зонах, в которых локализовались постуральные деформации. При анализе боли у пациентов оценивалось время возникновения болевых ощущений (испытывали ли пациенты боль до развития дистонии, как изменился ее характер после появления постуральных деформаций), выраженность болевого синдрома (ВАШ).

В группе пациентов с камптокормией 100% больных отмечали наличие болевых ощущений в спине – области, затронутой постуральной деформацией; у 82% пациентов боль в спине существовала до развития дистонии, но лишь у 4% пациентов ее интенсивность осталась прежней, а у 78% – усилилась после появления постуральной деформации. У 18% боль в спине возникла с момента развития дистонии.

При оценке выраженности болевых ощущений по опроснику ВАШ (см. Таблицу 3) отмечались некоторые расхождения с данными, полученными при оценке шкалы боли опросника PDQ-39. Так, наиболее выраженные болевые ощущения отмечали пациенты с камптокормией ($4,20 \pm 1,81$ балла на момент обследования), они же показывали наиболее высокие значения по шкалам «средняя интенсивности боли» ($3,93 \pm 1,36$ балла), «минимальная интенсивности боли» ($1,85 \pm 1,58$ балла) и «максимальная интенсивности боли» ($5,93 \pm 1,62$ балла); различия были статистически значимыми ($p < 0,001$) по сравнению с пациентами всех остальных групп, исключая подшкалу «максимальная боль».

21% пациентов с синдромом Пизанской башни не отмечал болевых ощущений в спине на момент осмотра, у 56% боль существовала до появления дистонии и усилилась с момента ее развития, у 23% боль возникла после появления постуральной деформации. По шкале ВАШ на момент осмотра – $2,05 \pm 1,64$ балла, средняя интенсивность боли – $2,10 \pm 1,36$ балла, минимальная интенсивность боли – $0,81 \pm 0,94$ балла, максимальная интенсивность боли – $4,26 \pm 2,37$ балла. Достоверные различия выявлялись по сравнению с группой пациентов с камптокормией ($p < 0,001$) и с пациентами контрольной группы ($p < 0,001$).

В группе с цервикальной дистонией 22% пациентов на момент осмотра не испытывали болевых ощущений в шее, при этом остальные пациенты распределялись следующим образом – у 61% боль в шее появилась после развития дистонии, а у 17% боль существовала и раньше, но усилилась после появления постуральной деформации. В этой группе по шкале ВАШ на момент осмотра – $2,39 \pm 2,28$ балла, средняя интенсивность боли – $2,67 \pm 1,94$ балла, минимальная интенсивность боли – $0,50 \pm 0,62$ балла, максимальная интенсивность боли – $4,94 \pm 2,34$ балла. При этом следует отметить, что по шкале «максимальная интенсивность боли» самые высокие средние значения (т. е. самую интенсивную боль) продемонстрировали пациенты с ретроколлизом. Достоверные различия в этой группе отмечались с группой камптокормии ($p < 0,001$) и по шкале «максимальная интенсивность боли» с пациентами контрольной группы ($p < 0,001$).

В группе пациентов с дистонией конечностей 39% на момент осмотра не испытывали болевых ощущений в пораженных конечностях, причем характерно, что практически все они имели постуральную деформацию в виде дистонии кисти, и только одна пациентка – сочетание дистонии верхней и нижней конечностей; у остальных 61% – болевые ощущения появились после развития дистонии. В этой группе по шкале ВАШ на момент осмотра – $1,54 \pm 1,55$ балла, средняя интенсивность боли – $2,32 \pm 1,56$ балла, минимальная интенсивность боли – $0,61 \pm 0,88$ балла, максимальная интенсивность боли – $4,46 \pm 2,85$ балла. Достоверные различия в этой группе отмечались с группой камптокормии ($p < 0,001$) и по шкалам «выраженность боли на момент осмотра» ($p < 0,001$) и «максимальная интенсивность боли» с пациентами контрольной группы ($p < 0,05$).

У пациентов контрольной группы максимальная интенсивность боли была статистически достоверно (по t-критерию) ниже по сравнению с пациентами остальных групп.

Таблица 3 – Анализ выраженности болевых ощущений в группах по шкале ВАШ

Группа по виду дистонии	ВАШ	ВАШ ср.	ВАШ мин.	ВАШ макс.
1	2	3	4	5
1 – камптокормия	$4,20 \pm 1,81$ 1–2 *** 1–3 ** 1–4 *** 1–5 ***	$3,93 \pm 1,36$ 1–2 *** 1–3 ** 1–4 *** 1–5 ***	$1,85 \pm 1,58$ 1–2 *** 1–3 *** 1–4 *** 1–5 ***	$5,93 \pm 1,62$ 1–2 *** 1–4 ** 1–5 ***
2 – синдром Пизанской башни	$2,05 \pm 1,64$ 2–1 ***	$2,10 \pm 1,36$ 2–1 *** 2–5 ***	$0,81 \pm 0,94$ 2–1 ***	$4,26 \pm 2,37$ 2–1 *** 2–5 ***
3 – цервикальная дистония	$2,39 \pm 2,28$ 3–1 **	$2,67 \pm 1,94$ 3–1 ** 3–5 ***	$0,50 \pm 0,62$ 3–1 ***	$4,94 \pm 2,34$ 3–5 ***
4 – дистония конечностей	$1,54 \pm 1,55$ 4–1 ***	$2,32 \pm 1,56$ 4–1 *** 4–5 ***	$0,61 \pm 0,88$ 4–1 ***	$4,46 \pm 2,85$ 4–1 ** 4–5 ***

Продолжение таблицы 3

1	2	3	4	5
5 – контрольная группа	1,75±1,32 5–1 ***	0,88±0,71 5–1 *** 5–2 *** 5–3 *** 5–4 ***	0,44±0,62 5–1 ***	2,25±1,27 5–1 *** 5–2 *** 5–3 *** 5–4 ***

Примечание: * – значимость различий при попарном сравнении между группами с уровнем * – $p < 0,05$; ** – $p < 0,01$; *** – $p < 0,001$

3.3. Сравнительный анализ функционального состояния пациентов в группах

При сравнительном анализе функционального состояния в группах были получены следующие данные.

По шкале повседневной активности Шваба и Ингланда (см. Таблицу 4) наименьшие значения (самые выраженные ограничения в осуществлении повседневной деятельности) были получены у пациентов с камптокормией. Значения достоверно отличались от данных у пациентов с синдромом Пизанской башни ($p < 0,001$), дистонией конечностей ($p < 0,001$), а также контрольной группы ($p < 0,001$). Также выраженные затруднения возникали у пациентов с цервикальной дистонией. Значения достоверно были хуже, чем у пациентов контрольной группы ($p < 0,001$) и пациентов с синдромом Пизанской башни ($p < 0,001$). У пациентов с дистонией конечностей также значения достоверно были хуже, чем у пациентов контрольной группы ($p < 0,001$) и пациентов с синдромом Пизанской башни ($p < 0,01$).

Таблица 4 – Сравнительный анализ данных, полученных по шкале повседневной активности Шваба и Ингланда в группах

Группа по виду дистонии	Шкала Шваба и Ингланда	Различия
1	2	3
1 – камптокормия	61,52±11,73	1–2 *** 1–4 ** 1–5 ***

Продолжение таблицы 4

1	2	3
2 – синдром Пизанской башни	76,19±8,82	2–1 *** 2–3 ** 2–4 **
3 – цервикальная дистония	67,22±11,79	3–2 ** 3–5 ***
4 – дистония конечностей	69,29±7,66	4–1 ** 4–2 ** 4–5 ***
5 – контрольная группа	78,75±7,93	5–1 *** 5–3 *** 5–4 ***

Примечание: * – значимость различий при попарном сравнении между группами с уровнем * – $p < 0,05$; ** – $p < 0,01$; *** – $p < 0,001$

При оценке функционального состояния по опроснику UPDRS получены следующие данные (Таблица 5): по шкале «мышление» наихудшие показатели продемонстрировали пациенты с камптокормией – значения достоверно ($p < 0,05$) отличались от данных пациентов с синдромом Пизанской башни и пациентов контрольной группы. По шкале «повседневная активность» наилучшие результаты показали пациенты с синдромом Пизанской башни – они испытывали наименьшие сложности в организации повседневной активности, у пациентов остальных групп результаты были близкими по значению. При этом различия были статистически значимыми между группами пациентов с камптокормией и синдромом Пизанской башни ($p < 0,001$); синдромом Пизанской башни и цервикальной дистонией ($p < 0,01$); синдромом Пизанской башни и дистонией конечностей ($p < 0,001$). У пациентов контрольной группы показатели были близки к данным пациентов с синдромом Пизанской башни и имели достоверные различия с данными пациентов с камптокормией ($p < 0,01$) и дистонией конечностей ($p < 0,05$). При оценке двигательных функций ситуация была иной – наихудшие результаты продемонстрировали пациенты с камптокормией – они испытывали наибольшие сложности с передвижением; наилучшие – пациенты с синдромом Пизанской башни. Значимые различия ($p < 0,001$) по этому показателю

наблюдались между группами пациентов с камптокормией и синдромом Пизанской башни; камптокормией и цервикальной дистонией; камптокормией и дистонией конечностей. У пациентов контрольной группы данный показатель был близок к данным пациентов с синдромом Пизанской башни и достоверно отличался от данных пациентов с камптокормией ($p < 0,001$). При оценке общего балла наихудшие результаты были получены у пациентов с камптокормией, наилучшие – у пациентов с синдромом Пизанской башни. Достоверные различия по этому показателю отмечались между пациентами с камптокормией и пациентами всех остальных групп ($p < 0,001$); между группами пациентов с синдромом Пизанской башни и цервикальной дистонией ($p < 0,05$); синдромом Пизанской башни и дистонией конечностей ($p < 0,01$). У пациентов контрольной группы данный показатель имел достоверные различия с пациентами с камптокормией ($p < 0,001$).

Таблица 5 – Результаты оценки функционального состояния пациентов по шкалам опросника UPDRS

Группа по виду дистонии	Результаты по шкалам опросника UPDRS			
	Мышление	Повседневная активность	Двигательные функции	UPDRS общее
1	2	3	4	5
1 – камптокормия	4,70±1,70 1–5 * 1–2 *	20,2±5,05 1–5 ** 1–2 ***	50,02±8,1 1–5 *** 1–2 *** 1–3 *** 1–4 ***	74,9±13,1 1–5 *** 1–2 *** 1–3 *** 1–4 ***
2 – синдром Пизанской башни	4,02±1,24 2–1 *	15,50±3,32 2–1 *** 2–3 ** 2–4 ***	36,10±7,00 2–1 ***	55,62±9,54 2–1 *** 2–3 * 2–4 **
3 – цервикальная дистония	4,06±1,51	19,44±6,12 3–2 **	38,39±7,57 3–1 ***	61,89±13,14 3–1 *** 3–2 *
4 – дистония конечностей	4,07±1,49	19,14±3,74 4–5 * 4–2 ***	39,32±7,14 4–1 ***	62,54±10,71 4–1 *** 4–2 **

Продолжение таблицы 5

1	2	3	4	5
5 – контрольная группа	3,56±1,20 5–1 *	15,88±6,56 5–1 ** 5–4 *	35,94±10,33 5–1 ***	55,38±16,34 5–1 ***

Примечание: * – значимость различий при попарном сравнении между группами с уровнем * – $p < 0,05$; ** – $p < 0,01$; *** – $p < 0,001$

Оценка постуральных нарушений проводилась по шкале равновесия Берга и TUG-тесту, результаты отражены в Таблице 6.

Таблица 6 – Оценка постуральных нарушений по шкале Берга и TUG-тесту

Группа по виду дистонии	Результаты, полученные по опросникам	
	Шкала равновесия Берга	TUG-тест
1 – камптокормия	30,9±4,9 1–2 *** 1–5 ***	19,9±3,6 1–2 *** 1–4 * 1–5 ***
2 – синдром Пизанской башни	34,55±3,91 2–1 *** 2–3 ***	17,29±2,27 2–1 ***
3 – цервикальная дистония	30,44±4,98 3–2 *** 3–5 ***	18,72±3,27 3–5 *
4 – дистония конечностей	32,8±4,46 4–5 *	18,0±3,49 4–1 *
5 – контрольная группа	36,19±3,29 5–1 *** 5–3 *** 5–4 *	16,06 ± 2,89 5–1 *** 5–3 *

Примечание: * – значимость различий при попарном сравнении между группами с уровнем * – $p < 0,05$; ** – $p < 0,01$; *** – $p < 0,001$

Значимые различия наблюдались между пациентами следующих групп: по шкале Берга – между пациентами с камптокормией и пациентами с синдромом Пизанской башни ($p < 0,001$); пациентами с синдромом Пизанской башни и цервикальной дистонией ($p < 0,001$); по TUG-тесту – между пациентами с

камптокормией и синдромом Пизанской башни ($p < 0,001$); камптокормией и дистонией конечностей ($p < 0,05$). Пациенты контрольной группы имели статистически достоверные различия по шкале Берга с показателями пациентов с камптокормией ($p < 0,001$), цервикальной дистонией ($p < 0,001$) и дистонией конечностей ($p < 0,05$); по TUG-тесту – с данными пациентов с камптокормией ($p < 0,001$) и цервикальной дистонией ($p < 0,05$).

3.4. Сравнительный анализ выраженности стигматизации пациентов в группах

По опроснику самостигматизации (см. Таблицу 7) по шкале «я» наихудшие результаты продемонстрировали пациенты с дистонией конечностей и цервикальной дистонией – эти пациенты в наибольшей степени испытывали дискомфорт, связанный с наличием у них постуральных деформаций; в наименьшей степени влияние данных нарушений наблюдалось у пациентов с синдромом Пизанской башни. Статистически достоверная разница по этому показателю отмечалась между группами пациентов с синдромом Пизанской башни и цервикальной дистонией ($p < 0,05$); синдромом Пизанской башни и дистонией конечностей ($p < 0,01$).

По шкале «семья и близкое окружение» достоверных различий между группами не было выявлено.

По шкале «неблизкое окружение» наихудшие показатели продемонстрировали пациенты с цервикальной дистонией – они испытывали наибольшие сложности при формировании контактов с незнакомыми людьми; наилучшие – с дистонией конечностей. Статистически достоверные различия были выявлены между группами пациентов с камптокормией и синдромом Пизанской башни ($p < 0,05$); камптокормией и дистонией конечностей ($p < 0,05$); синдромом Пизанской башни и цервикальной дистонией ($p < 0,001$); дистонией конечностей и цервикальной дистонией ($p < 0,01$).

По шкале «окружающая среда» наихудшие показатели продемонстрировали пациенты с цервикальной дистонией – они в наибольшей степени ограничивали участие в социальной жизни, реже ходили в общественные места и пользовались общественным транспортом. Чуть в меньшей степени эти ограничения выявлялись у пациентов с камптокормией; пациенты с дистонией конечностей и синдромом Пизанской башни проявляли несколько большую социальную активность. Статистически достоверные различия по этому показателю наблюдались между группами пациентов с синдромом Пизанской башни и цервикальной дистонией ($p < 0,001$); дистонией конечностей и цервикальной дистонией ($p < 0,01$).

По шкалам «работа» и «сексуальные отношения» наилучшие показатели продемонстрировали пациенты с камптокормией. Видимо, это можно объяснить тем, что пациенты в этой группе были старше, чем в остальных, и данные категории были уже не столь актуальны для них. Разница с остальными группами была статистически достоверной ($p < 0,001$). Наихудшие показатели показали пациенты с цервикальной дистонией и дистонией конечностей. Статистически достоверная разница была выявлена между группами пациентов с синдромом Пизанской башни и дистонией конечностей в категории «сексуальные отношения» ($p < 0,05$).

По общему баллу наихудшие показатели продемонстрировали пациенты с цервикальной дистонией; значения были достоверно хуже ($p < 0,01$) в сравнении с пациентами всех остальных групп, кроме группы с дистонией конечностей.

Таблица 7 – Выраженность феномена самостигматизации в группах

Блок опросника	Группа пациентов по виду дистонии			
	Камптокор мия	Синдром Пизанско й башни	Цервикальная дистония	Дистония конечностей
1	2	3	4	5
Я	3,8±0,88	3,47±0,98 2–3 * 2–4 **	4,06±0,67 3–2 *	4,17±0,77 4–2 **

Продолжение таблицы 7

1	2	3	4	5
Семья и близкое окружение	2,4±0,9	2,23±0,81	2,39±0,95	2,23±0,79
Неблизкое окружение	3,1±0,95 1-2 * 1-4 *	2,71±0,79 2-1 * 2-3 ***	3,64±1,00 3-2 *** 3-4 **	2,66±0,95 4-1 * 4-3 **
Окружающая среда	2,4±0,8	2,07±0,64 2-3 ***	2,80±0,78 3-2 *** 3-4 **	2,12±0,61 4-3 **
Сексуальные отношения	1,6±0,7 1-2 ** 1-3 *** 1-4 ***	2,31±1,46 2-1 ** 2-4 *	2,75±1,09 3-1 ***	3,11±1,52 4-1 *** 2-4 *
Общий балл	14,63±3,58 1-3 ** 1-4 **	15,16±4,7 3 2-3 **	18,26±4,45 3-1 ** 3-2 **	17,02±4,36 4-1 **

Примечание: * – значимость различий при попарном сравнении между группами с уровнем * – $p < 0,05$; ** – $p < 0,01$; *** – $p < 0,001$

3.5. Сравнительный анализ психологического статуса пациентов в группах

При анализе психологического статуса пациентов с различными видами постуральных деформаций по Гиссенскому опроснику и SCL-90-R не было выявлено статистически значимых различий между группами, однако при сопоставлении данных показателей между группой пациентов с постуральными деформациями и без, отличия были значимыми. Таким образом, дальнейший анализ психологического состояния мы проводили между двумя группами: пациенты с постуральными деформациями всех видов (134 человека) и пациенты с БП без постуральных деформаций (32 человека).

Гиссенский личностный опросник

Сравнительные данные шкальных оценок Гиссенского личностного опросника, полученные в ходе данного исследования, представлены в Таблице 8.

Таблица 8 – Показатели Гиссенского теста в исследуемой и контрольной группах

Шкала Гиссенского теста	Результаты, полученные по группам		
	Больные с постуральными нарушениями (134 чел.)	Контрольн ая группа (32 чел.)	Достоверн ость различий по t-критерию
Социальное одобрение	46,75±13, 38	43,94±11,9 7	$p > 0,05$
Доминантность	55,98±9,4 7	48,06±9,27	$p < 0,001$
Преобладающий ф он настроения	50,65±11, 34	50,25±8,47	$p > 0,05$
Открытость– замкнутость	56,15±10, 77	50,88±7,43	$p < 0,01$
Социальные способности	60,32±13, 35	61,75±9,61	$p > 0,05$

Как видно из представленной Таблицы 8, психологические профили, отражающие основные аспекты социального взаимодействия как в группе с больных с постуральными деформациями, так и в группе больных с БП без постуральных осложнений, во многом идентичны. Так, при сравнении двух групп не обнаружено значимых различий по шкалам «социальное одобрение», «социальные способности» и «контроль». Шкала «преобладающий фон настроения» находится на уровне средних значений в обеих группах.

В целом больные, страдающие БП, испытывают определенные проблемы в межличностном взаимодействии, трудности в реализации социальных ролей. В силу болезненных изменений (брадикинезия, ригидность, дрожание, постураль-

ные нарушения) им труднее справляться с текущими повседневными делами и трудовыми обязанностями, и они вынуждены прикладывать больше усилий и усердия при выполнении порученной работы, им необходимо больше времени для выполнения заданий. Отличительной особенностью таких больных становится склонность к педантичности, чрезмерной тщательности в работе. Данные трудности приводят к снижению самооценки, неуверенности в себе, к формированию у больных представлений о своей социальной непривлекательности, нежелательности. По характеру больные с БП представляют себя как недостаточно общительных, недостаточно эмоциональных, испытывающих проблемы в создании прочных межличностных отношений и привязанностей. Они невысоко оценивают свои социальные способности, чувствуют себя в социуме неуверенно, считают себя социально малоактивными, недостаточно самостоятельными, неконкурентоспособными, хотя и стремятся быть усердными в делах, выполняя свои обязанности с педантичной скрупулёзностью.

Помимо типичных для исследуемых групп больных с БП аспектов социального взаимодействия, выявляются и отличительные характеристики по шкалам «доминантность» и «открытость–замкнутость», что отчетливо видно на Рисунке 2.

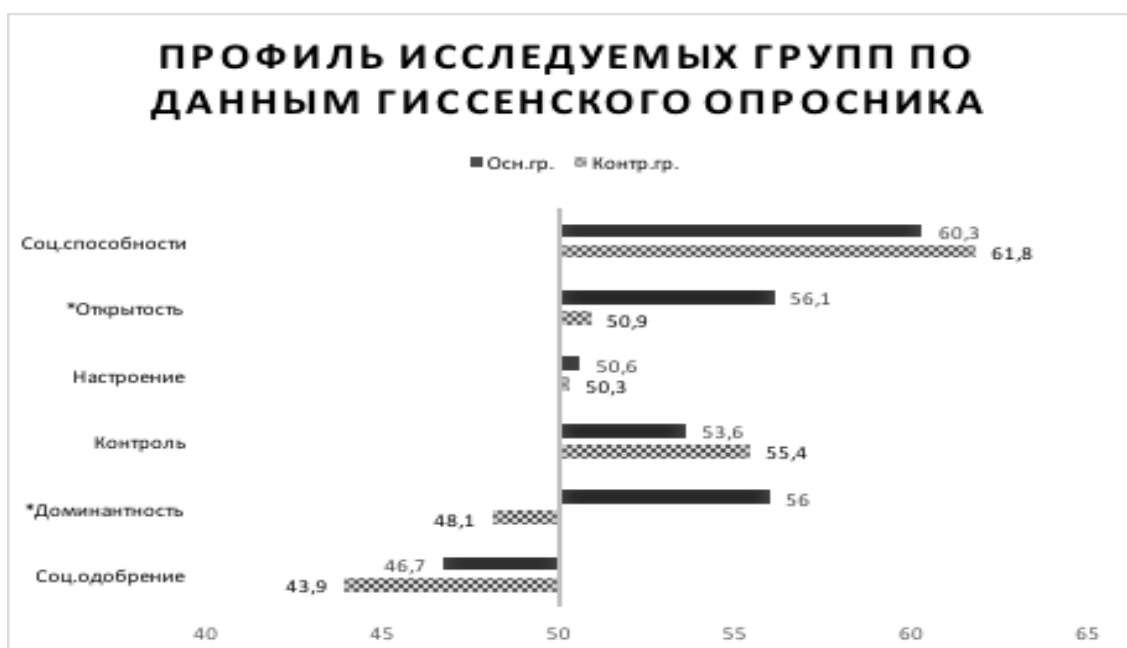


Рисунок 2 – Профиль исследуемых групп больных по данным Гиссенского

опросника

Наиболее существенны различия по шкале «доминантность», отражающей наличие или отсутствие элементов агрессивности в поведении, показатели которой расположены на разных полюсах. Как показывают представленные данные, для больных БП, течение которой осложнено инвалидизирующими постуральными деформациями, характерны терпеливость, покладистость, склонность к подчинению, зависимость от окружающих в отличие от контрольной группы с агрессивными формами поведения. Также достоверны различия между группами по шкале «открытость–замкнутость», отражающей фундаментальные свойства социальных контактов и социального поведения, развивающиеся из первичного доверия или первичного недоверия. Так, больные с постуральными нарушениями отличаются некоторой замкнутостью, недоверчивостью в общении, склонностью к подавлению в себе потребности в любви и теплых отношениях, стремлением к отстраненности, отгороженности от окружающих, что не характерно для больных контрольной группы.

Кроме того, обнаруживается влияние болезни на характер социальных контактов и личностные особенности у больных БП с постуральными нарушениями. Результаты по шкалам «открытость–замкнутость» и «социальные способности» положительно коррелируют с длительностью дистонических нарушений ($p < 0,05$). Дистонические нарушения постепенно, по мере их развития, приводят к тяжелой инвалидизации и все большему сужению социальной активности и объема социальных контактов. Постепенно формируются и/или усугубляются такие характеристики, как необщительность, замкнутость, недоверчивость, отстраненность от окружающих людей. С такими параметрами, как возраст больного или длительность лечения достоверных взаимосвязей не выявлено.

Преобладающий фон настроения, как в основной группе больных, так и в контрольной был близок к средним значениям, без отчетливых тенденций к гипоманиакальному полюсу или к депрессивному. Тем не менее корреляционный

анализ выявил зависимость преобладающего настроения от способности к успешному взаимодействию с окружением (шкала «преобладающее настроение» отрицательно коррелирует со шкалой «социальное одобрение», $p < 0,01$). Таким образом, чем выше субъективные представления больного о своей социальной репутации и роли, чем он более социально успешен и пользуется уважением окружающих, тем менее возможно развитие депрессивных проявлений.

Анализ изложенных выше данных позволяет сделать вывод о существенном влиянии постуральных осложнений при БП, прежде всего, на такие значимые параметры, как фундаментальные свойства социальных контактов и поведения («открытость–замкнутость»), характер защитных форм поведения (агрессивность поведения и склонность к подчинению – «доминантность»). Длительность двигательных нарушений при БП приводит к снижению социальных способностей и развитию замкнутости, недоверчивости, отстраненности. Более тяжелое течение БП, осложненное постуральными нарушениями, неизбежно приводит к инвалидизации, препятствуя реализации социальных способностей, резко ограничивая самостоятельность больных и социальную активность, сужая круг общения, порождая неуверенность пациентов в себе, своих силах, способностях; порождает зависимость больных от окружающих, формирует пассивную жизненную позицию с отказом от реализации своих возможностей и потребностей. Данные обстоятельства обуславливают заострение таких черт, как необщительность, замкнутость, недоверчивость; приводят к блокированию потребностей в любви и теплых отношениях. На общем фоне ухудшается настроение, которое во многом зависит от успешности социального взаимодействия. Склонные к повышенной рефлексии, самоанализу и самокритике, больные часто испытывают подавленность, робость, досаду. В результате у человека развивается представление о своей социальной непривлекательности, неспособности вызывать у окружающих уважение.

Симтоматический опросник SCL-90-R

Как видно из Таблицы 9, больные БП отрицают наличие у них психопатологических проявлений (большая часть симптомокомплексов оценена на

уровне 0 баллов – «нет вообще»). Исключение составляют 2 симптоматические шкалы: «соматизация» (1,35 балла) и «депрессия» (1,12 балла).

Чаще всего больные предъявляют жалобы на различные болевые симптомы (головные боли, боли в позвоночнике, мышцах верхних и нижних конечностей) – проявления реальных соматических заболеваний. Но зачастую соматические жалобы выступают и как эквиваленты тревожности. Периодически больные отмечают негрубые депрессивные проявления в виде аффективных колебаний настроения, тоскливости, плаксивости; предъявляют жалобы на снижение интереса к жизни, недостаток мотивации и жизненной энергии, нарушения сна и аппетита. У них часто возникает чувство безнадежности, беспомощности перед тяжелой болезнью.

Таблица 9 – Выраженность симптоматики до лечения по всей выборке

Шкала SCL-90-R	Результаты пациентов с БП (134 чел.)
Соматизация	1,35±0,68
Обсессивность–компульсивность	0,97±0,67
Межличностная сенситивность	0,90±0,73
Депрессивность	1,12±0,75
Тревожность	0,95±0,83
Враждебность	0,42±0,49
Фобии	0,84±0,91
Паранойяльность	0,44±0,53
Психотизм	0,50±0,58
GSI-индекс выраженности симптоматики	0,89±0,62
PSI-индекс проявления симптоматики	42,55±19,79

PDSI-индекс дистресса	выраженности	1,74±0,49
--------------------------	--------------	-----------

В контрольной группе больных БП, не отягощенной постуральными нарушениями, психопатологическая симптоматика не выражена (все значения по шкалам SCL-90-R колеблются в диапазоне от 0 до 1 балла). В сравнении с исследуемой группой больных (Таблица 10), у которых течение БП осложнено постуральными нарушениями, значения по шкалам SCL-90-R в контрольной группе достоверно ниже. Больные, как правило, предъявляют жалобы на замедленность и скованность движений, мышечную слабость, дрожание в конечностях, появление ощущений дискомфорта и болезненности в мышцах плечевой области. Нарушений в эмоционально-личностной, аффективной сфере они не отмечают. Обычно данная категория больных достаточно успешно справляется с повседневными делами и профессиональными обязанностями, сохраняет социальную активность, стремится поддерживать межличностные связи.

Таблица 10 – Выраженность психопатологической симптоматики в исследуемой и контрольной группах

Шкала SCL-90-R	Полученные результаты по группам		
	Больные с постуральными нарушениями (134 чел.)	Контроль группа (32 чел.)	Достоверность различий по t- критерию
Соматизация	1,35±0,68	0,82±0,4 2	p < 0,002
Обсессивность– компульсивность	0,97±0,67	0,34±0,3 1	p < 0,001
Межличностная сенситивность	0,90±0,73	0,32±0,3 9	p < 0,001

Депрессивность	1,12±0,75	1	0,50±0,4	p < 0,001
Тревожность	0,95±0,83	0	0,41±0,4	p < 0,001
Враждебность	0,42±0,49	0	0,07±0,1	p < 0,001
Фобии	0,84±0,91	8	0,25±0,3	p < 0,001
Паранойяльность	0,44±0,53	0	0,05±0,1	p < 0,001
Психотизм	0,50±0,58	8	0,26±0,2	p < 0,001
GSI- индекс выраженности симптоматики	0,89±0,62	9	0,37±0,2	p < 0,001
PSI- индекс проявления симптоматики	42,55±19,7	9 3,72	23,88±1	p < 0,02
PDSI- индекс выраженности дистресса	1,74±0,49	2	1,30±0,2	p < 0,001

3.6. Сравнительный анализ качества жизни в группах

При оценке КЖ по опроснику PDQ–39 были получены результаты, показанные в Таблице 11. По шкале «мобильность» наибольший балл (наиболее выраженные проблемы с передвижением) продемонстрировали пациенты с камптокормией, что перекликается с результатами в данной сфере опросника UPDRS. Сходная корреляция по двигательным функциям, оцениваемым опросниками PDQ–39 и UPDRS, наблюдалась и у пациентов остальных групп.

Статистически достоверная разница в данной сфере выявилась между группами с камптокормией и синдромом Пизанской башни ($p < 0,01$). Контрольная группа продемонстрировала результаты, идентичные данным группы с синдромом Пизанской башни, и также имела статистически достоверные различия с пациентами с камптокормией ($p < 0,05$). По шкале «повседневная активность» PDQ-39 результаты оказались несколько отличными от подобного раздела шкалы UPDRS. Так, наихудшее КЖ в данном случае продемонстрировали пациенты с цервикальной дистонией – они испытывали наибольшие сложности в бытовом самообслуживании. Статистически достоверные различия были отмечены между группами пациентов с синдромом Пизанской башни и цервикальной дистонией ($p < 0,05$). Пациенты контрольной группы показали результаты, близкие к данным пациентов с синдромом Пизанской башни и также имели статистически достоверную разницу с группой пациентов с цервикальной дистонией ($p < 0,05$). В эмоциональной сфере, согласно опроснику PDQ-39, наименьшие проблемы испытывали пациенты с камптокормией, тогда как пациенты остальных групп продемонстрировали примерно равные результаты; в целом не наблюдалось статистически значимых различий между группами в данной сфере. Пациенты контрольной группы также не имели достоверных различий по этой шкале от пациентов основных групп. По шкале стигматизации указанного опросника наибольшее значение – наихудшее КЖ в данной сфере – было получено у пациентов с цервикальной дистонией. При этом характерно, что в этой группе наиболее высокие значения были отмечены у пациентов с антеколлизом. Наименьшая реакция на заболевание отмечалась у пациентов с синдромом Пизанской башни. Статистически достоверные различия в этой сфере выявились между группами пациентов с синдромом Пизанской башни и цервикальной дистонией ($p < 0,05$); с синдромом Пизанской башни и дистонией конечностей ($p < 0,001$). У пациентов контрольной группы результаты по данной шкале также были достоверно лучше, чем в группах пациентов с цервикальной дистонией ($p < 0,01$) и дистонией конечностей ($p < 0,01$). При оценке значений по шкале «социальная поддержка» PDQ-39 наилучшее КЖ в данной сфере продемонстри-

ровали пациенты с камптокормией; значимых различий между группами в этой сфере не наблюдалось. При этом пациенты контрольной группы продемонстрировали достоверно лучшие результаты в этой сфере по сравнению с пациентами всех основных групп ($p < 0,01$). В когнитивной сфере, согласно данному опроснику, различия были статистически незначимыми. Пациенты контрольной группы также не показали значимых различий с пациентами остальных групп. По шкале «коммуникабельность» PDQ-39 наибольшее значение (самые выраженные проблемы в этой сфере) было получено у пациентов с цервикальной дистонией, но отличия с остальными группами были статистически незначимыми. У пациентов контрольной группы также не были выявлены статистически значимые отличия в этой сфере от пациентов остальных групп. По шкале «телесный дискомфорт» наиболее выраженные болевые ощущения отмечали пациенты с цервикальной дистонией, при этом более высокие значения (сильная боль) были получены у пациентов с ретро- и латероколлизом, тогда как у пациентов с антеколлизом болевые ощущения были выражены не столь сильно. Статистически значимые различия были выявлены между группами пациентов с камптокормией и цервикальной дистонией ($p < 0,05$); с синдромом Пизанской башни и цервикальной дистонией ($p < 0,001$). Пациенты контрольной группы не имели статистически значимых различий в этой сфере с пациентами остальных групп.

По шкале «общее КЖ» наилучший показатель продемонстрировали пациенты с синдромом Пизанской башни, наихудший – пациенты с цервикальной дистонией; различия были статистически незначимыми. Пациенты контрольной группы также не имели достоверных различий в этой сфере по сравнению с остальными пациентами.

Таблица 11 – Показатели качества жизни в группах

Шкала PDQ-39	Группа пациентов по виду дистонии				
	Камптокор мия	Синдром Пизанско й башни	Цервикальн ая дистония	Дистония конечност ей	Контрольна я группа
Мобильность	71,7±22,9 1-5 * 1-2 **	56,25±23, 11 2-1 **	68,47±21,64	63,84±25,2 5	56,25±21,70 5-1 *
Повседневная активность	56,25±22,9	55,95±20, 83 2-3 *	67,36 ±15,80 3-5 * 3-2 *	60,71±22,7 8	54,17±21,46 5-3 *
Эмоциональное благополучие	44,9±24,4	48,21±19, 55	50,46 ±21,29	49,40±19,3 4	47,13±25,31
Стигма	61,4±28,4	54,32±24, 36 2-4 * 2-3 *	68,75±24,06 3-5 ** 3-2 *	65,40±19,8 0 4-5 ** 4-2 *	47,27±17,82 5-3 ** 5-4 **
Социальная поддержка	17,03±20,5 1-5 ***	21,83±21, 85 2-5 **	20,83±24,13 3-5 **	20,54±22,0 5 4-5 **	40,62±18,98 5-1 *** 5-2 ** 5-3 ** 5-4 **
Когнитивная сфера	32,3±16,7	38,69±25, 05	36,81±19,16	34,38±20,8 7	37,11±16,69
Коммуникабель- ность	24,6±21,8	28,77±17, 38	37,50±27,60	24,70±21,3 3	29,16±16,67
Телесный дискомфорт	49,8±15,4 1-3 *	48,81±17, 22 2-3 *	61,57 ±22,71 3-1 * 3-2*	55,65±26,0 6	46,88±20,16
Общее КЖ	51,1±16,5	48,55±14, 61	55,73±16,31	51,99±13,4 3	48,52±17,18

Примечание: * – значимость различий при попарном сравнении между группами с уровнем * – $p < 0,05$; ** – $p < 0,01$; *** – $p < 0,001$

ГЛАВА 4 ДИНАМИКА ПОСЛЕ ПРОВЕДЕННОГО ЛЕЧЕНИЯ

4.1. Анализ динамики функционального состояния в группе пациентов с камптокормией после лечения

Методом случайной выборки пациенты с камптокормией были разделены на 2 подгруппы: К1 – 30 человек, получавшие лечение в виде инъекций ботулотоксина и физиотерапию, и К2 – 16 человек, в лечении которых использовались только физиотерапевтические методики. Пациентам основной подгруппы К1 производились инъекции ботулотоксина в обе *mm. Psoas* по контролю КТ и *mm. obliquus internus et externus* с двух сторон под контролем УЗИ с последующим комплексом физиотерапевтического лечения, включавшего в себя массаж, электростимуляцию, ЛФК. При анализе динамики показателей в подгруппах до и после лечения были получены следующие результаты.

По шкале повседневной жизненной активности Шваба и Ингланда (Рисунок 3) в подгруппе К1 среднее значение до лечения – 61 балл, после лечения – 66,33 балла ($p < 0,001$); в подгруппе К2 средний балл до лечения – 62,50; после лечения – 63,13; динамика была статистически незначимой.

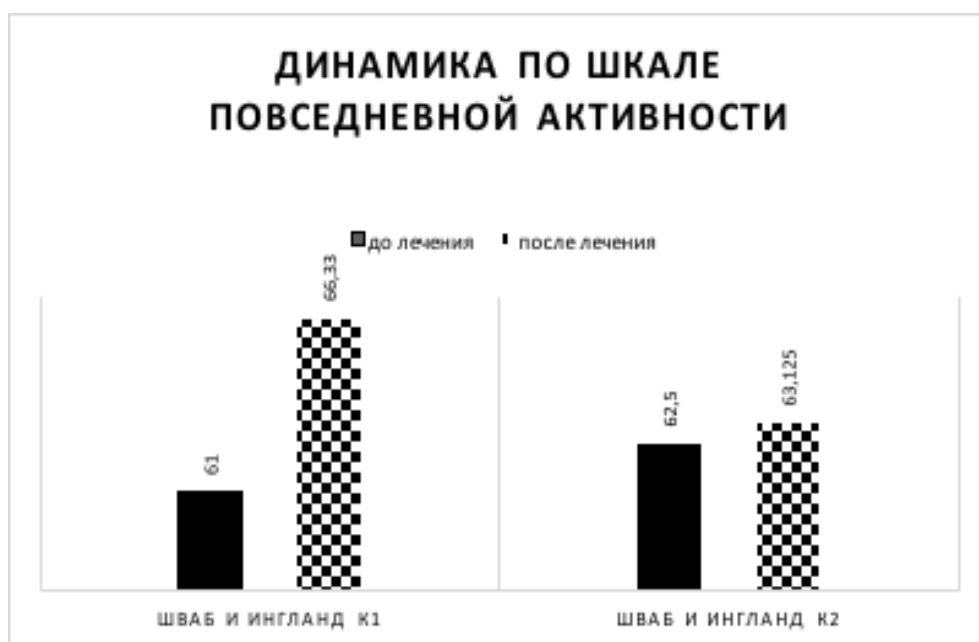


Рисунок 3 – Динамика показателей по шкале повседневной активности

в подгруппах K1 и K2

По опроснику UPDRS в подгруппе K1 отмечалось статистически значимое улучшение по всем шкалам (Таблица 12).

Таблица 12 – Значения шкал UPDRS в подгруппе K1 в динамике лечения

Шкала UPDRS	Полученные результаты			
	До лечения	После лечения	Значения t-критерия Стьюдента	Достоверность различий
Мышление	4,80±1,81	4,53±1,80	2,8044	p < 0,01
Повседневная активность	20,43±5,35	18,53±5,56	10,4610	p < 0,001
Двигательные нарушения	51,40±9,14	49,30±9,04	8,3750	p < 0,001
Общий балл	76,63±14,73	72,37±14,91	10,9592	p < 0,001

Пациенты отмечали повышение инициативности, улучшение настроения; стали более функциональными, легче осуществляли гигиенические процедуры, им было проще одеться; отмечали улучшение ходьбы и осанки.

В подгруппе K2 отмечалось небольшое улучшение по шкале UPDRS «повседневная активность» и общему баллу UPDRS; динамика составила 0,25 балла и была статистически незначимой.

По опроснику камптокормии Марграфа в подгруппе K1 угол наклона до лечения в среднем составлял 58,7 градусов, при этом у 17 человек (57%) отмечалась 2-я степень наклона (от 30 до 59 градусов); у 13 (43%) – 3-я степень наклона (от 60 до 89 градусов). У 5 человек (16,7%) наклон отмечался даже в положении сидя; у 13 (43,3%) – возникал сразу после вставания; у 6 (20%) – после прохождения дистанции около 50 метров; у 6 (20%) – после значительного времени стояния или ходьбы (средняя дистанция, после которой возникал наклон туловища, составляла 350 метров). У 26 человек (87%) отмечалась пояснично-крестцовая форма камптокормии; у 4 (13%) – грудопоясничная. У 15 пациентов (50%) камптокормия

носила изолированный характер, у второй половины – отмечалось сочетание с боковым наклоном; при этом у 4 человек (27% от общего числа пациентов этой группы) наклон был левосторонний, у 11 (37% от общего числа пациентов этой подгруппы) – правосторонний. 22 человека (73% опрошенных) отмечали наличие у них камптокормии в течение всего дня; 7 (23%) – несколько часов в течение дня; 1 человек (4%) – только в вечернее время и/или при значительной усталости. По шкале «повседневная активность» данного опросника среднее значение составило 8 баллов. 19 человек (63%) использовали вспомогательные приспособления во время ходьбы.

В подгруппе К2 угол наклона до лечения в среднем составил 57,19 градусов, при этом у 11 человек (69%) отмечалась 2-я степень наклона (от 30 до 59 градусов); у 5 (31%) – 3-я степень наклона (от 60 до 89 градусов). У 1 человека (6%) наклон отмечался даже в положении сидя; у 8 человек (50%) – возникал сразу после вставания; у 4 (25%) – после прохождения дистанции около 50 метров; у 3 (19%) – после значительного времени стояния или ходьбы (средняя дистанция, после которой возникал наклон туловища, составила 383 метра). У 14 человек (88%) отмечалась пояснично-крестцовая форма камптокормии; у 2 (12%) – грудопоясничная. У 7 пациентов (44%) камптокормия носила изолированный характер, у 9 (56%) – отмечалось сочетание с боковым наклоном; при этом у 4 человек (25% от общего числа пациентов этой подгруппы) наклон был левосторонний, у 5 (31% от общего числа пациентов данной группы) – правосторонний. 12 человек (75% опрошенных) отмечали наличие у них камптокормии в течение всего дня; 4 человека (25%) – несколько часов в течение дня. По шкале ограничения повседневной активности данного опросника среднее значение составило 7 баллов. 9 человек (56%) использовали вспомогательные приспособления во время ходьбы.

После лечения в подгруппе К1 угол наклона (Рисунок 4) в среднем составлял 40,03 градуса, динамика по этому показателю была статистически значимой ($p < 0,001$).

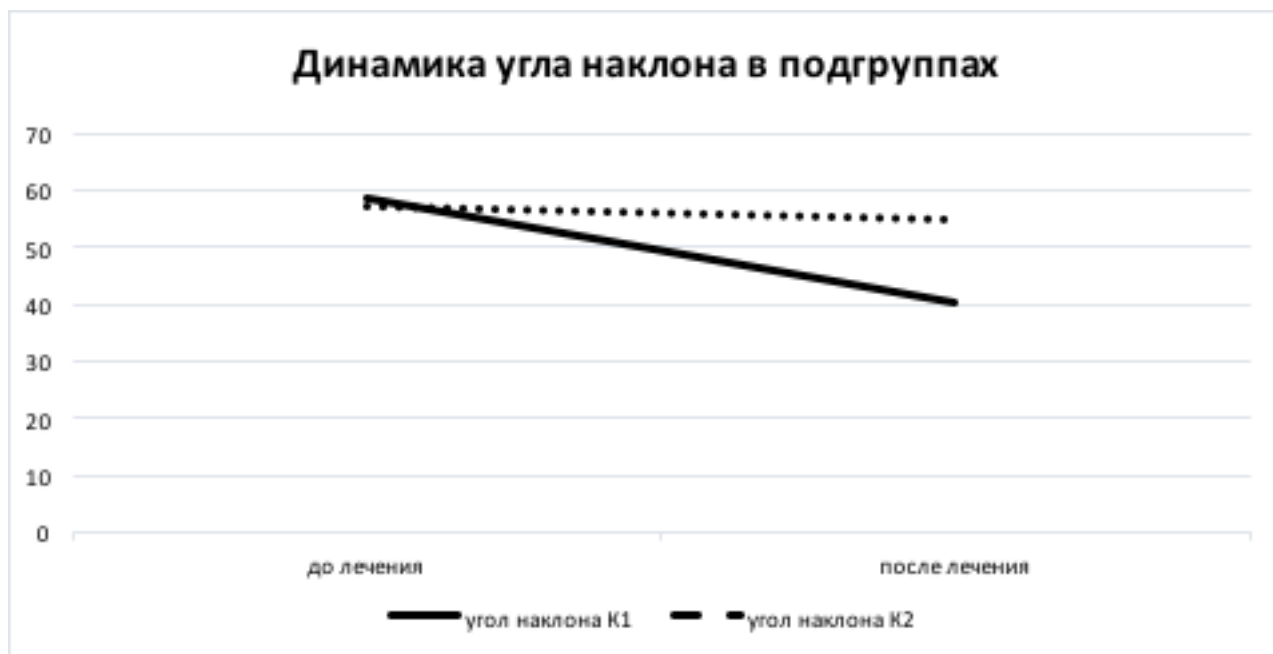


Рисунок 4 – Динамика угла наклона в подгруппах K1 и K2

Изменилось распределение по градациям степеней наклона: у 10 человек (33%) отмечалась 1-я степень наклона (от 0 до 29 градусов); у 19 (63%) – 2-я степень (от 30 до 59 градусов); у 1 человека (4%) – 3-я степень наклона (от 60 до 89 градусов), причем изменения были достоверно значимыми ($p < 0,001$). Изменилось распределение степени выраженности камптокормии в зависимости от положения тела. Так, в положении сидя наклон отмечался только у одного человека (4%); у 9 человек (30%) возникал сразу после вставания; у 11 (36%) – после прохождения дистанции около 50 метров; у 9 (30%) – после значительного времени стояния или ходьбы (средняя дистанция, после которой возникал наклон туловища составила 475 метров) – изменения были статистически значимыми ($p < 0,001$). Также уменьшилось время, в течение которого наблюдалась камптокормия. Количество человек, отмечающих у себя наличие камптокормии в течение всего дня, уменьшилось до 16 (53%); 13 человек (43%) отмечали наличие камптокормии в течение нескольких часов в течение дня; 1 человек (4%) – только в вечернее время и/или при значительной усталости. Также наблюдалась положительная динамика в степени влияния камптокормии на повседневную активность – среднее значение по этой шкале составило 6 баллов ($p < 0,001$). Уменьшилось количество нуждающихся

в использовании вспомогательных устройств – 13 человек (37%); динамика составила 30% ($p < 0,01$).

После проведения реабилитационных мероприятий в подгруппе К2 наблюдалось незначительное уменьшение угла наклона (динамика составила 2,19 градуса). Отмечалась некоторая положительная динамика по возникновению камптокормии в зависимости от положения тела – так, количество человек, у которых наклон возникал сразу после вставания, уменьшилось с 50 до 38%, однако эти изменения были статистически незначимы. Также наблюдалась некоторая положительная динамика по распределению времени существования камптокормии в течение дня – так, количество человек, у которых камптокормия существовала в течение всего дня, уменьшилось с 75 до 63%, однако эти изменения были статистически незначимы. По влиянию камптокормии на повседневную деятельность динамика составила 0,2 балла, что было существенно меньше, чем в подгруппе К1.

Все опрошенные до лечения отмечали болевые ощущения в спине, после лечения динамика по данным опросника ВАШ была статистически значимой в обеих подгруппах (Рисунок 5).

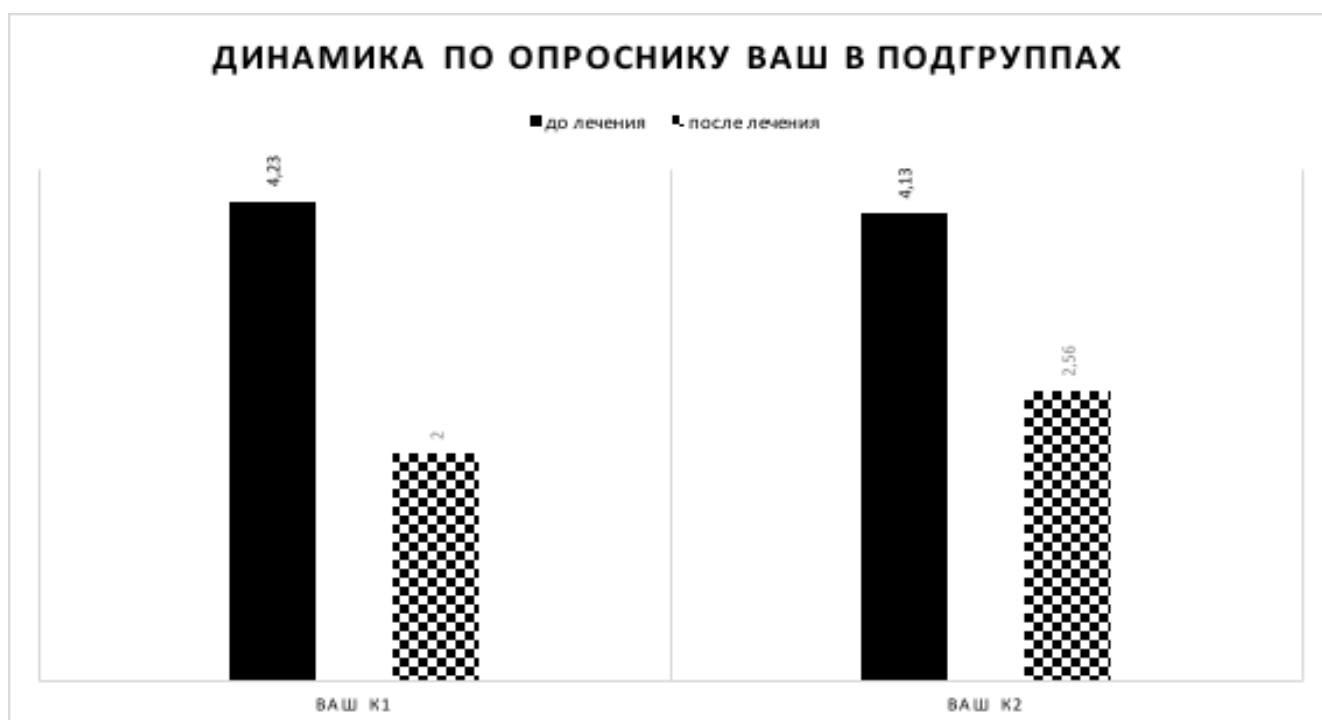


Рисунок 5 – Динамика по опроснику ВАШ в подгруппах К1 и К2

При оценке постуральных нарушений (Рисунок 6) в подгруппе K1 до лечения были получены следующие результаты: по шкале Берга средний балл составил 30,40; после лечения – 33,07 ($p < 0,001$); по тесту TUG до лечения – 20,23 секунды, после лечения – 17,93 секунды ($p < 0,001$). Таким образом, уменьшение выраженности постуральных нарушений снижало риски падений. В подгруппе K2 по шкале Берга средний балл составил $31,75 \pm 4,8$; после лечения – 32 балла ($p < 0,05$); по тесту TUG до лечения – $19,31 \pm 3,6$ секунды, после лечения – $18,94 \pm 3,57$ секунды; динамика была статистически незначимой.



Рисунок 6 – Динамика выраженности постуральных нарушений в подгруппах K1 и K2

При анализе данных по опроснику PDQ–39 наибольшие сложности пациенты с камптокормией испытывали в связи с ограничением возможности свободного передвижения, нарушалась повседневная активность, возможности самообслуживания. Большинство пациентов отмечали наличие у них болевых ощущений, психологических сложностей, связанных с переживаниями по поводу наличия у них заболевания.

При оценке КЖ после лечения в подгруппе К1 статистически значимая положительная динамика отмечалась по шкалам: «мобильность», «стигма», «телесный дискомфорт», «общее КЖ» – пациентам стало легче перемещаться по дому и в общественных местах, уменьшилась необходимость сопровождения пациентов при выходе их из дома (Таблица 13).

Таблица 13 – Динамика КЖ в подгруппе К1

Шкала опросника PDQ-39	Полученные результаты			
	До лечения	После лечения	Значения t-критерия Стьюдента	Достоверность различий
Мобильность	72,17±22,45	64,33±19,83	4,8212	$p < 0,001$
Повседневная активность	56,67±23,36	55,42±22,32	0,8503	$p > 0,05$
Эмоциональное благополучие	46,11±25,17	44,03±22,94	1,4646	$p > 0,05$
Стигма	60,63±27,42	54,79±24,49	3,5585	$p < 0,001$
Социальная активность	15,28±20,07	14,44±18,69	0,5331	$p > 0,05$
Когнитивная сфера	31,67±17,05	30,63±14,98	0,8174	$p > 0,05$
Коммуникабельность	23,61±21,56	22,78±20,40	0,7228	$p > 0,05$
Телесный дискомфорт	48,89±17,33	41,67±15,16	4,5571	$p < 0,001$
Общее КЖ	51,03±16,22	47,32±15,66	2,6809	$p < 0,05$

В подгруппе К2 после проведенной реабилитации отмечалась статистически значимая динамика по шкалам «телесный дискомфорт» ($t = 2,1139$, $p < 0,05$) и «общее КЖ» ($t = 2,4495$, $p < 0,05$), что показано на Рисунке 7.

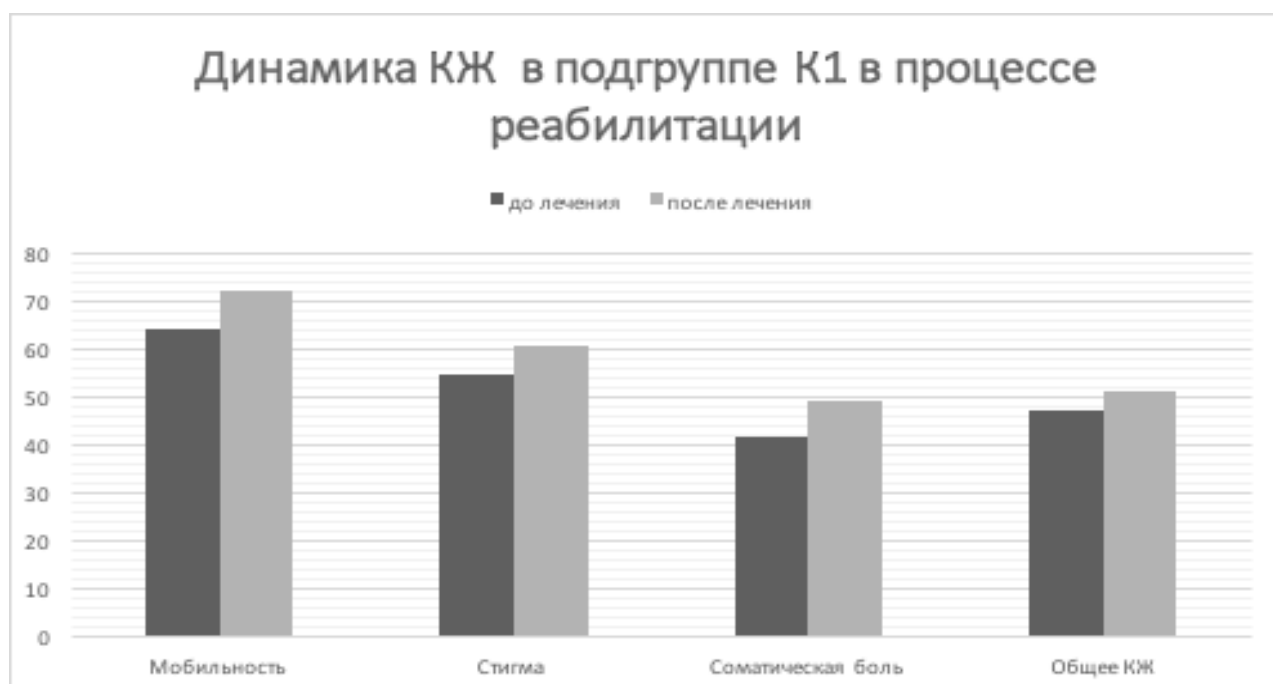


Рисунок 7 – Динамика КЖ в подгруппе К2 в процессе реабилитации

По данным опросника самостигматизации, у всех пациентов с кампто-кормией формировался феномен самостигматизации. В большей степени это касалось оценки пациентами своей внешности и страхов, связанных с восприятием их людьми из неблизкого окружения. В меньшей степени страдала профессиональная деятельность и сексуальная жизнь, что, возможно, объясняется небольшой актуальностью этих аспектов жизни в связи с возрастом пациентов.

После проведенного лечения в подгруппе К1 отмечалась статистически значимая положительная динамика по блокам «я», «семья», «неблизкое окружение», «окружающая среда», что показано в Таблице 14. Пациенты стали испытывать меньше переживаний в связи с наличием у них постуральных нарушений, смогли более полноценно проводить досуг.

Таблица 14 – Динамика значений самостигматизации в подгруппе К1

Блок шкалы самостигматизации	Полученные результаты			
	До лечения	После лечения	Значение t-критерия Стьюдента	Достоверность различий
Я	3,87±0,90	3,17±0,87	7,0726	p < 0,001
Неблизкое окружение	3,14±0,96	2,79±0,88	6,0837	p < 0,001
Окружающая среда	2,41±0,82	2,19±0,68	4,3255	p < 0,001
Работа	1,29±0,44	1,22±0,45	1,7951	p > 0,05
Сексуальные отношения	1,57±0,69	1,47±0,73	1,7950	p > 0,05
Общий балл	14,63±3,58	13,61±3,35	1,6287	p < 0,001

В подгруппе К2 после проведенного лечения отмечалась статистически значимая положительная динамика по блоку «семья» (p < 0,05).

По шкале общего клинического впечатления (CGI) в подгруппе К1 10% пациентов отметили весьма значительное улучшение; 50% – значительное улучшение; 10% – минимальное улучшение; оставшиеся 30% динамики в своем состоянии не наблюдали.

В подгруппе К2 по шкале общего клинического впечатления (CGI) 12% отметили значительное улучшение; 25% – минимальное улучшение; оставшиеся 63% динамики в своем состоянии не наблюдали.

Таким образом, у пациентов обеих подгрупп был отмечен положительный эффект от проведенной терапии, в частности, пациенты контрольной подгруппы отмечали уменьшение болевого синдрома, однако пациенты из подгруппы с использованием ботулотоксина демонстрировали динамику по значительно более широкому спектру показателей.

4.2. Анализ динамики функционального состояния в группе пациентов с синдромом Пизанской башни после лечения

Методом случайной выборки пациенты были разделены на 2 подгруппы: ПБ1 – 27 человек, получавшие лечение в виде инъекций ботулотоксина и физиотерапию; ПБ2 – 15 человек, в лечении которых использовались только физиотерапевтические методики. Пациентам основной подгруппы (ПБ1) производились инъекции ботулотоксина в *m. iliopsoas* ипсилатерально стороне наклона под контролем КТ и *mm. obliquus internus et externus* ипсилатерально стороне наклона под контролем УЗИ с последующим комплексом физиотерапевтического лечения, включавшего в себя массаж, электростимуляцию, ЛФК. При анализе динамики показателей в подгруппах до и после лечения были получены результаты, которые отражены на Рисунке 8: по шкале повседневной жизненной активности Шваба и Ингланда в подгруппе ПБ1 отмечалась статистически достоверная ($p < 0,05$) динамика; в подгруппе ПБ2 динамики по этому показателю не наблюдалось.

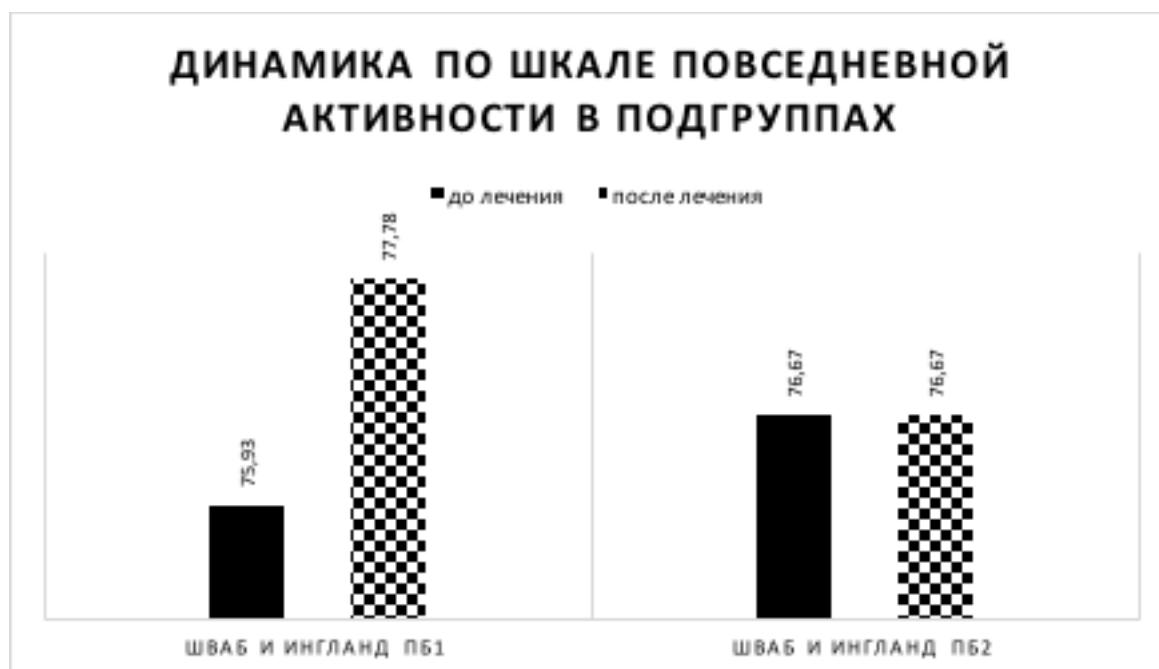


Рисунок 8 – Динамика по шкале повседневной активности в подгруппах ПБ1 и ПБ2

По опроснику UPDRS в подгруппе ПБ1 отмечалось статистически значимое ($p < 0,001$) улучшение по шкалам «повседневная активность», «двигательные нарушения», «общий балл UPDRS» (Таблица 15).

Таблица 15 – Динамика по шкале UPDRS в подгруппе ПБ1

Шкала UPDRS	Полученные результаты			
	До лечения	После лечения	Значения t-критерия Стьюдента	Достоверность различий
Мышление	3,93±1,47	3,93±1,47	–	нет различий
Повседневная активность	15,56±3,51	13,67±3,68	12,2589	$p < 0,001$
Двигательные нарушения	35,63±7,48	33,89±7,36	9,1903	$p < 0,001$
Общий балл	55,11±10,68	51,48±10,81	14,1338	$p < 0,001$

Пациенты стали испытывать меньше затруднений при проведении гигиенических мероприятий, отмечали улучшение ходьбы и осанки.

В подгруппе ПБ2 по опроснику UPDRS отмечалось статистически значимое ($p < 0,01$) улучшение по шкалам «повседневная активность», «общий балл UPDRS». Полученные результаты отражены в Таблице 16.

Таблица 16 – Динамика по шкале UPDRS в подгруппе ПБ2

Шкала UPDRS	Полученные результаты			
	До лечения	После лечения	Значения t-критерия Стьюдента	Достоверность различий
Мышление	4,20±0,68	4,20±0,68	–	нет различий
Повседневная активность	15,40±3,07	14,87±3,09	3,2278	$p < 0,01$
Двигательные нарушения	36,93±6,20	36,73±5,95	1,3817	$p > 0,05$
Общий балл	56,53±7,32	55,80±7,44	3,2139	$p < 0,01$

Таким образом, статистически значимое улучшение по шкалам «повседневная активность» и «общий балл UPDRS» отмечалось в обеих подгруппах, но в подгруппе с использованием ботулотоксина динамика была более выраженной (Рисунок 9).

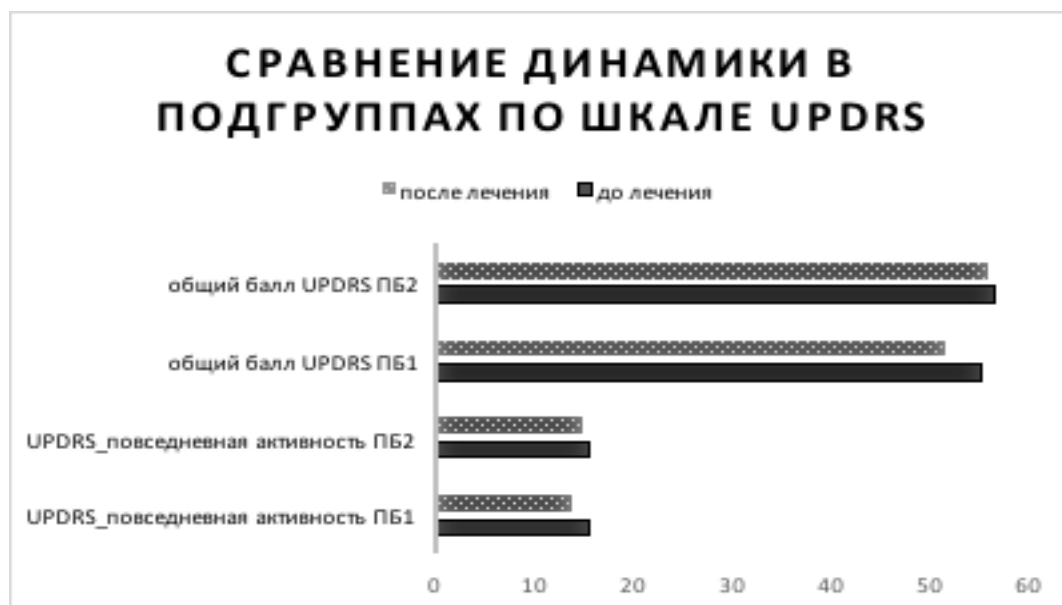


Рисунок 9 – Сравнение динамики в подгруппах ПБ1 и ПБ2 по шкале UPDRS

До лечения угол наклона в подгруппе ПБ1 в среднем составлял $22,59 \pm 3,76$ градуса; 7 человек (26%) имели левосторонний наклон; 20 (74%) – правосторонний. У 8 человек (30%) наклон сопровождался сколиотической деформацией позвоночника.

В подгруппе ПБ2 угол наклона до лечения в среднем составлял $24 \pm 4,71$ градуса; 7 человек (46%) имели левосторонний наклон; 8 (54%) – правосторонний. У 3 человек (30%) наклон сопровождался сколиотической деформацией позвоночника.

После лечения угол наклона в подгруппе ПБ1 в среднем составил $11,30 \pm 5,48$ градуса ($p < 0,001$); в подгруппе ПБ2 – $23 \pm 4,93$ градуса; динамика была статистически незначимой. Полученные результаты показаны на Рисунке 10.

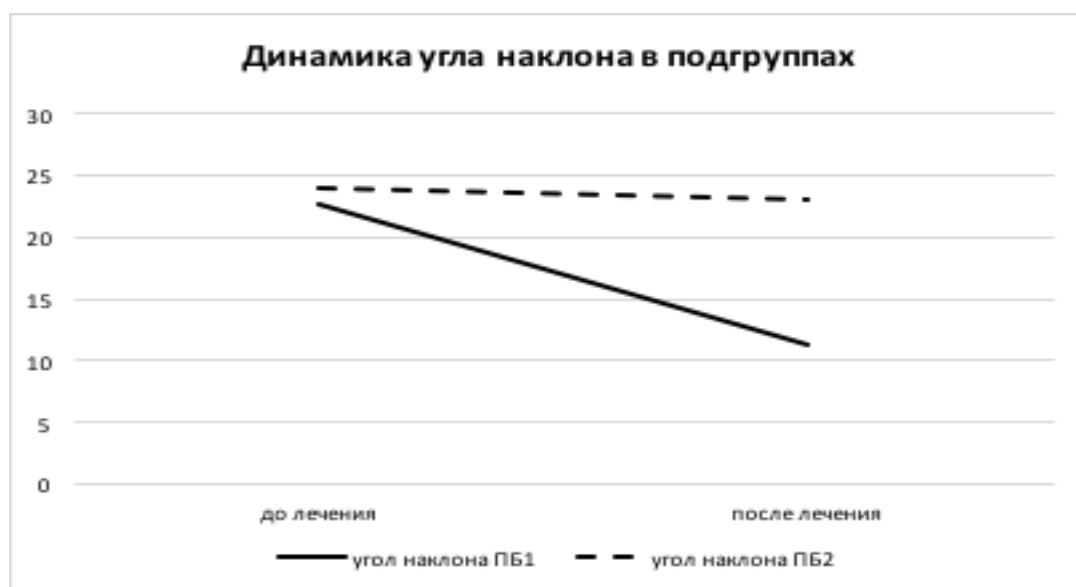


Рисунок 10 – Динамика угла наклона в подгруппах ПБ1 и ПБ2

В подгруппе ПБ1 26% пациентов не отмечали болевых ощущений в спине – средняя интенсивность боли до лечения составляла $2,22 \pm 1,48$ балла по шкале ВАШ. В подгруппе ПБ2 13% пациентов не отмечали болевых ощущений в спине – средняя интенсивность боли до лечения составляла $2,13 \pm 1,46$ балла по шкале ВАШ. После лечения в подгруппе ПБ1 среднее значение по этой шкале составило $0,89 \pm 0,97$ балла ($p < 0,001$); в подгруппе ПБ2 – $1,47 \pm 1,19$ балла ($p < 0,001$); динамика в обеих подгруппах была статистически значимой (Рисунок 11).



Рисунок 11 – Динамика по шкале ВАШ в подгруппах ПБ1 и ПБ2

При оценке постуральных нарушений до лечения были получены результаты, которые отражены на Рисунке 12. В подгруппе ПБ1 по шкале Берга средний балл составил $34,74 \pm 4,04$; после лечения – $36,70 \pm 3,57$ ($p < 0,001$); по тесту TUG до лечения – 17,19 секунды, после лечения – 15,04 секунды ($p < 0,001$). В подгруппе ПБ2 по шкале Берга до лечения средний балл составил $34,20 \pm 3,76$, после лечения – $34,07 \pm 3,79$; динамика была статистически незначимой; по тесту TUG до лечения – 17,47 секунды, после – 17,20 секунды; динамика также была статистически незначимой.

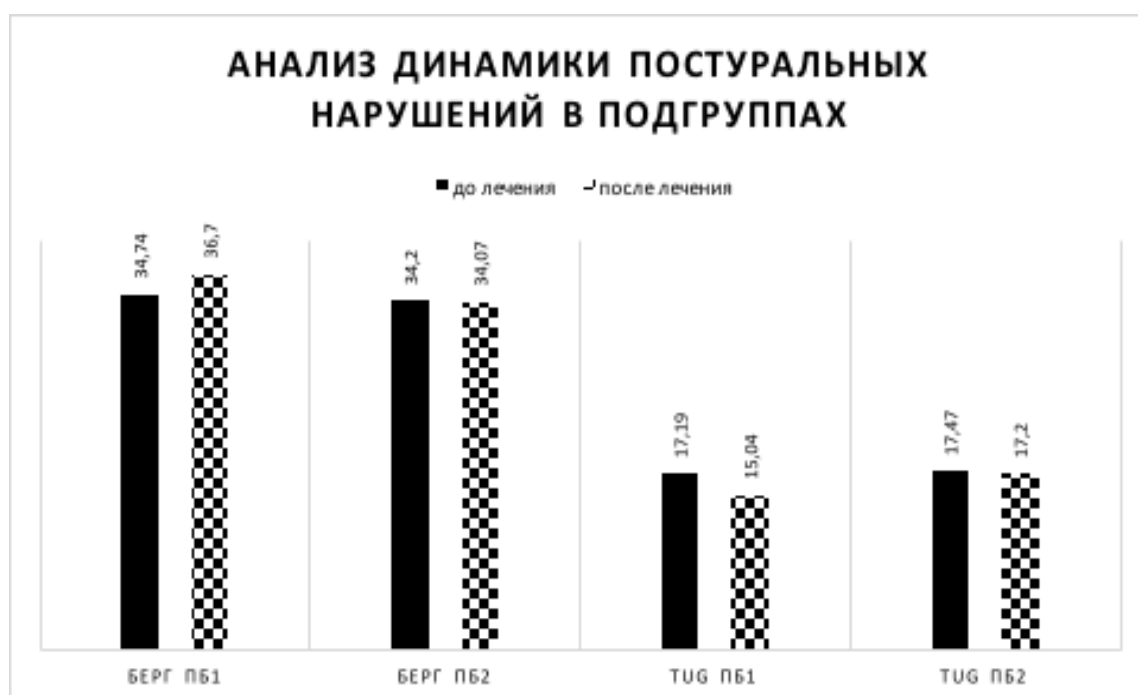


Рисунок 12 – Анализ динамики постуральных нарушений в подгруппах ПБ1 и ПБ2

При оценке КЖ по опроснику PDQ-39 пациентов с синдромом Пизанской башни в обеих подгруппах в наибольшей степени беспокоили сложности с передвижением и нарушением повседневной активности. Большинство пациентов испытывали эмоциональные переживания в связи с наличием у них заболевания.

После лечения в подгруппе ПБ1 статистически значимая положительная динамика отмечалась по шкалам «мобильность», «эмоциональное благополучие», «повседневная активность», «стигма», «телесный дискомфорт», «общее КЖ», что отражено в Таблице 17.

Таблица 17 – Динамика КЖ в подгруппе ПБ1

Шкала опросника PDQ-39	Полученные результаты			
	До лечения	После лечения	Значения t-критерия Стьюдента	Достоверность различий
Мобильность	56,85±24,84	51,20±23,50	7,0948	p < 0,001
Повседневная активность	55,56±23,05	53,86±21,74	2,5084	p < 0,05
Эмоциональное благополучие	48,46±20,15	43,98±19,49	3,8079	p < 0,001
Стигма	53,70±25,96	50,00±24,51	3,4662	p < 0,01
Социальная поддержка	20,37±21,35	20,68±21,97	-0,1348	p > 0,05
Когнитивная сфера	37,50±24,45	35,88±24,67	2,0539	p > 0,05
Коммуникабельность	29,01±18,40	30,56±20,67	-1,1541	p > 0,05
Телесный дискомфорт	49,07±18,25	41,36±15,93	5,2481	p < 0,001
Общее КЖ	48,93±15,13	45,42±15,01	8,4884	p < 0,001

В подгруппе ПБ2 после лечения отмечалась статистически незначимая положительная динамика по шкалам «мобильность», «повседневная активность», «эмоциональное благополучие», «стигма», «коммуникабельность», «телесный дискомфорт», однако по шкале «общее КЖ» динамика была статистически значимой. Полученные результаты приведены в Таблице 18.

Таблица 18 – Динамика КЖ в подгруппе ПБ2

Шкала опросника PDQ-39	Полученные результаты			
	До лечения	После лечения	Значения t-критерия Стьюдента	Достоверность различий
1	2	3	4	5
Мобильность	55,17±20,43	54,17±19,63	2,4495	p < 0,05
Повседневная активность	56,67±16,80	54,44±16,55	2,2563	p < 0,05
Эмоциональность	47,78±19,09	46,67±18,18	2,2563	p < 0,05

Продолжение таблицы 18

1	2	3	4	5
Стигма	55,42±22,02	54,58±21,45	1,4676	p > 0,05
Социальная поддержка	24,44±23,25	24,44±23,25	–	p > 0,05
Когнитивная сфера	40,83±26,82	40,83±26,82	–	p > 0,05
Коммуникабельность	28,33±16,00	29,44±16,63	-1,4676	p > 0,05
Общее КЖ	47,86±14,12	47,05±14,06	4,7500	p < 0,001

По данным опросника самостигматизации у всех пациентов с синдромом Пизанской башни формировался феномен самостигматизации. Отмечались сложности с формированием контактов с неблизким окружением, в меньшей степени страдали трудовая деятельность и сфера сексуальных отношений.

После проведенного лечения в подгруппе ПБ1 отмечалась статистически значимая положительная динамика по блокам «я» и «неблизкое окружение», что отражено в Таблице 19.

Таблица 19 – Динамика по шкалам самостигматизации в подгруппе ПБ1

Блок шкалы самостигматизации	Полученные результаты			
	До лечения	После лечения	Значение t-критерия Стьюдента	Достоверность различий
Я	3,44±1,04	3,06±0,87	5,8108	p < 0,001
Семья	2,15±0,86	1,96±0,92	2,1782	p < 0,05
Неблизкое окружение	2,65±0,83	2,40±0,76	5,0771	p < 0,001
Окружающая среда	1,98±0,64	1,85±0,60	2,7985	p < 0,01
Работа	2,33±1,25	2,06±1,05	3,1137	p < 0,01
Сексуальные отношения	2,33±1,45	2,07±1,24	2,0539	p > 0,05
Общий балл	15,16±4,73	14,18±4,58	1,4814	p < 0,001

После проведенного лечения в подгруппе ПБ2 не отмечалось статистически значимой положительной динамики по данным этого опросника.

По шкале общего клинического впечатления (CGI) в подгруппе ПБ1 63% пациентов отметили значительное улучшение; 30% – минимальное улучшение; 7% – динамики не наблюдали. В подгруппе ПБ2 по шкале общего клинического впечатления (CGI) 23% пациентов отметили значительное улучшение; 23% – минимальное; у оставшихся 54% динамика отсутствовала.

Таким образом, в обеих подгруппах (с использованием ботулотоксина и без) отмечался положительный эффект от проведенного лечения, однако в первой подгруппе динамика была более выраженной. Также в подгруппе ПБ1 была выявлена достоверная связь между реакцией на препараты леводопы и эффективностью проводимой терапии – пациенты, у которых выраженность наклона уменьшалась после приема очередной дозы леводопы, показали более выраженный эффект после проведения ботулинотерапии в сочетании с физиотерапией.

4.3. Анализ динамики функционального состояния в группе пациентов с дистонией конечностей после лечения

Методом случайной выборки пациенты с дистонией конечностей были разделены на 2 подгруппы: ДК1 – 17 человек, получавшие лечение в виде инъекций ботулотоксина и физиотерапию; и ДК2 – 11 человек, в лечении которых использовались только физиотерапевтические методики. Пациентам основной подгруппы ДК1 производились инъекции ботулотоксина в мышцы конечностей, участие которых в формировании дистонического паттерна было установлено применением ЭНМГ; последующее физиотерапевтическое лечение включало в себя точечный массаж и ЛФК.

При анализе динамики показателей в подгруппах до и после лечения были получены следующие результаты.

В подгруппе ДК1 по шкале повседневной жизненной активности Шваба и Ингланда отмечалась статистически достоверная ($p < 0,05$) динамика; в подгруппе ДК2 динамики по этому показателю не отмечено, что показано на Рисунке 13.



Рисунок 13 – Динамика по шкале повседневной активности в подгруппах ДК1 и ДК2

По опроснику UPDRS в подгруппе ДК1 отмечалось статистически значимое улучшение по всем шкалам: «мышление», «повседневная активность», «двигательные нарушения», «общий балл UPDRS», что показано в Таблице 20. Наиболее существенные изменения наблюдались по шкалам UPDRS «повседневная активность» ($p < 0,01$); «двигательные нарушения» ($p < 0,001$); «общий балл UPDRS» ($p < 0,001$).

Таблица 20 – Динамика по шкалам UPDRS в подгруппе ДК1

Шкала UPDRS	Полученные результаты			
	До лечения	После лечения	Значения t-критерия Стьюдента	Достоверность различий
Мышление	4,00±1,62	3,76±1,52	2,2188	p < 0,05
Повседневная активность	19,24±3,73	18,12±4,11	3,1722	p < 0,01
Двигательные нарушения	38,41±7,06	36,88±7,17	4,3109	p < 0,001
Общий балл	61,65±10,14	58,76±10,59	6,1491	p < 0,001

В то же время в подгруппе ДК2 по опроснику UPDRS не отмечалось статистически значимого улучшения ни по одной из представленных шкал, что отражено в Таблице 21.

Таблица 21 – Динамика по шкалам UPDRS в подгруппе ДК2

Шкала UPDRS	Полученные результаты	
	До лечения	После лечения
Мышление	4,18±1,33	4,18±1,33
Повседневная активность	19±3,92	18,55±3,50
Двигательные нарушения	40,73±7,36	40,09±7,13
Общий балл	63,91±11,91	62,82±11,25

При анализе боли в подгруппе ДК1 41% пациентов не отмечали болевых ощущений в пораженных конечностях, причем большая часть их имели дистонию верхней конечности. Средняя интенсивность боли до лечения у остальных пациентов составила 1,47±1,55 балла по шкале ВАШ; после лечения средний балл по этой шкале составил 0,12±0,33 (p < 0,001). В подгруппе ДК2 36% пациентов не отмечали болевых ощущений в дистонических конечностях; средняя

интенсивность боли до лечения составила $1,64 \pm 1,63$ балла по шкале ВАШ; после лечения средний балл составил $1,36 \pm 1,43$; динамика – статистически незначимая (Рисунок 14).



Рисунок 14 – Динамика по шкале ВАШ в подгруппах ДК1 и ДК 2

При оценке поструральных нарушений в подгруппе ДК1 были получены следующие результаты: по шкале Берга средний балл составил $33,12 \pm 4,51$; после лечения – $34,94 \pm 3,68$ ($p < 0,01$); по тесту TUG до лечения – 17,8 секунды, после лечения – 15,53 секунды ($p < 0,001$). В подгруппе ДК2 были получены следующие результаты: по шкале Берга средний балл до лечения составил $32,36 \pm 4,57$; после лечения – $32,0 \pm 4,92$; динамика была статистически незначимой; по тесту TUG до лечения – $18,36 \pm 3,61$ секунды, после лечения – $17,91 \pm 3,33$ секунды; динамика была статистически незначимой. Полученные результаты показаны на Рисунке 15.



Рисунок 15 – Динамика постуральных нарушений в подгруппах ДК1 и ДК2 в процессе реабилитации

При оценке КЖ по опроснику PDQ–39 у пациентов обеих подгрупп отмечались наибольшие сложности с осуществлением повседневной активности, были трудности с передвижением; они испытывали переживания по поводу наличия у них заболевания.

После лечения в подгруппе ДК1 статистически значимая положительная динамика отмечалась по шкалам «мобильность», «телесный дискомфорт», «общее КЖ», что показано в Таблице 22.

Таблица 22 – Динамика КЖ в подгруппе ДК1

Шкала опросника PDQ–39	Полученные результаты			
	До лечения	После лечения	Значения t-критерия Стьюдента	Достоверность различий
1	2	3	4	5
Мобильность	62,94±26,06	55,29±23,00	6,7587	p < 0,001
Повседневная активность	59,07±23,81	51,96±22,35	3,6464	p < 0,01

Продолжение таблицы 22

1	2	3	4	5
Эмоциональное благополучие	48,53±20,88	44,61±16,65	1,5450	p > 0,05
Стигма	62,12±21,93	59,6±20,39	1,4440	p > 0,05
Социальная поддержка	21,57±23,76	20,59±23,59	1,0000	p > 0,05
Когнитивная сфера	35,66±21,17	33,82±19,52	1,1586	p > 0,05
Коммуникабельность	25,98±23,36	23,53±23,43	1,5714	p > 0,05
Телесный дискомфорт	53,92±25,19	44,61±20,19	3,9511	p < 0,001
Общее КЖ	50,53±15,11	45,44±12,76	3,7482	p < 0,01

В подгруппе ДК2 после лечения отмечалось статистически значимое различие только по шкале «эмоциональное благополучие», что отражено в Таблице 23.

Таблица 23 – Динамика КЖ в подгруппе ДК2

Шкала опросника PDQ-39	Полученные результаты			
	До лечения	После лечения	Значения t-критерия Стьюдента	Достоверность различий
Эмоциональное благополучие	50,76±17,56	49,24±16,33	2,3905	p < 0,05

По данным опросника самостигматизации у всех пациентов с дистонией конечностей формировался феномен самостигматизации в связи с развитием у них постуральной деформации. Отмечались сложности с формированием контактов с неблизким окружением, в меньшей степени страдали трудовая деятельность и сфера сексуальных отношений.

После проведенного лечения в подгруппе ДК1 отмечалась статистически значимая положительная динамика по всем блокам опросника, что показано в Таблице 24.

Таблица 24 – Динамика по шкалам самостигматизации в подгруппе ДК1

Блок шкалы самостигматизации	Полученные результаты			
	До лечения	После лечения	Значение t-критерия Стьюдента	Достоверность различий
Я	4,08±0,92	2,96±0,55	6,8128	p < 0,001
Семья	2,21±0,81	1,94±0,63	3,0426	p < 0,01
Неблизкое окружение	2,65±0,95	2,25±0,64	3,9424	p<0,001
Окружающая среда	2,14±0,59	1,96±0,45	3,4966	p < 0,01
Работа	2,88±1,18	2,61±1,0	3,8461	p < 0,001
Сексуальные отношения	3,21±1,49	2,79±1,20	2,4605	p < 0,05
Общий балл	17,02±4,36	15,32±3,78	1,9134	p < 0,001

В подгруппе ДК2 после проведенного лечения не отмечалось статистически значимой положительной динамики по данным этого опросника.

По шкале общего клинического впечатления (CGI) в подгруппе ДК1 76% пациентов отметили значительное улучшение; 24% – минимальное улучшение. В подгруппе ДК2 по шкале общего клинического впечатления (CGI) 9% пациентов отметили значительное улучшение; 9% – минимальное; у оставшихся 72% – динамика отсутствовала.

4.4. Анализ динамики функционального состояния в группе пациентов с цервикальной дистонией после лечения

Методом случайной выборки пациенты были разделены на 2 подгруппы: ЦД1 – 10 человек, получавшие лечение в виде инъекций ботулотоксина и физиотерапию и ЦД2 – 8 человек, в лечении которых использовались только физиотерапевтические методики. Пациентам основной подгруппы ЦД1 производились инъекции ботулотоксина в мышцы шеи, участие которых в формировании

дистонического паттерна было установлено применением ЭНМГ; последующее физиотерапевтическое лечение включало в себя точечный массаж и ЛФК.

При анализе динамики показателей в подгруппах до и после лечения были получены следующие результаты.

По опроснику TWSTRS (Таблица 25) в подгруппе ЦД1 была получена статистически достоверная положительная динамика по всем разделам: у пациентов уменьшились степень наклона или поворота, выраженность болевых ощущений; пациентам стало легче осуществлять бытовое самообслуживание, читать, смотреть телевизор, водить машину. Они стали испытывать меньше сложностей при осуществлении своей профессиональной деятельности, стали более социально активными.

Таблица 25 – Динамика по данным TWSTRS в подгруппе ЦД1

Шкала опросника TWSTRS	Полученные результаты			
	До лечения	После лечения	Значение t-критерия Стьюдента	Достоверность различий
Тяжесть спастической кривошеи	17,90±3,60	9,60±4,67	7,1850	p < 0,001
Инвалидизация	13,60±6,20	8,80±4,13	3,2727	p < 0,01
Интенсивность боли	7,10±3,12	4,40±2,02	3,0088	p < 0,05
Общий балл	38,60±10,66	22,80±9,20	5,0146	p < 0,001

В подгруппе ЦД2 динамика была статистически незначимой.

По шкале повседневной жизненной активности Шваба и Ингланда в подгруппе ЦД1 отмечалась статистически значимая динамика (p < 0,05); в подгруппе ЦД2 динамика была статистически незначимой, что показано на Рисунке 16.

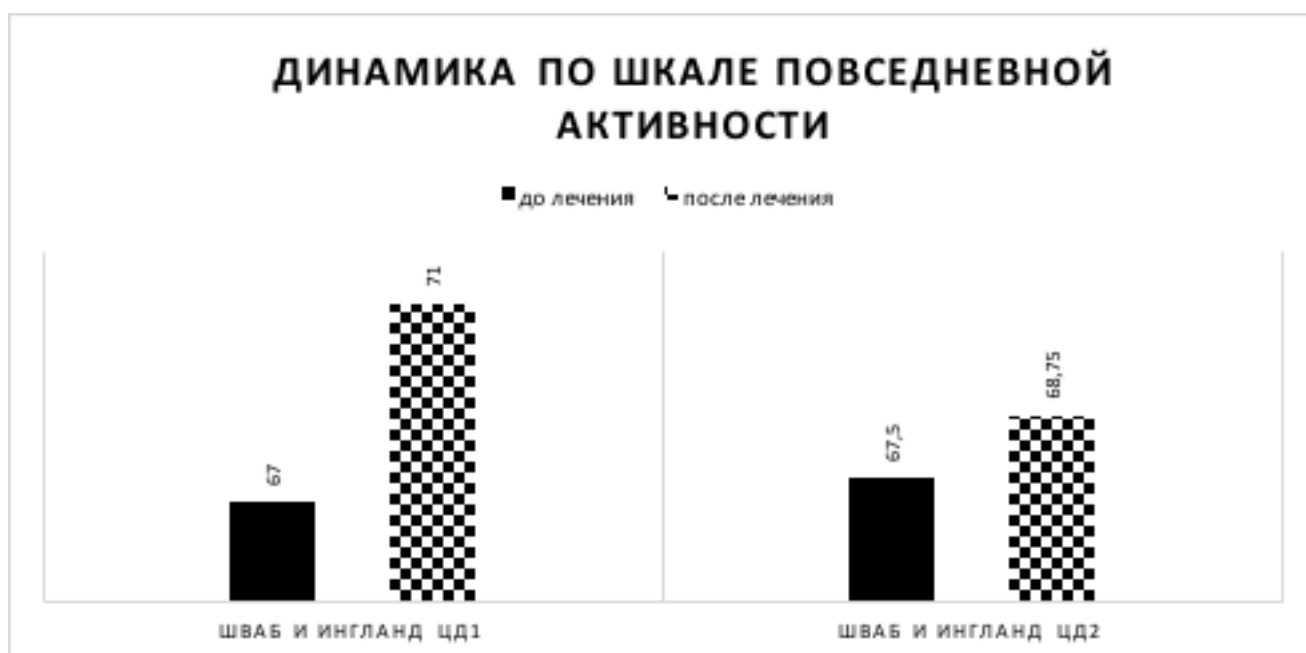


Рисунок 16 – Динамика по шкале повседневной активности в подгруппах ЦД1 и ЦД2

По опроснику UPDRS в подгруппе ЦД1 отмечалось статистически значимое улучшение по шкалам «повседневная активность» ($p < 0,01$), «двигательные нарушения» ($p < 0,001$), «общий балл UPDRS» ($p < 0,001$), что отражено в Таблице 26. Пациенты легче осуществляли гигиенические процедуры, им было проще одеться, они отмечали улучшение ходьбы и осанки.

Таблица 26 – Динамика по шкалам UPDRS в подгруппе ЦД1

Шкала UPDRS	Полученные результаты			
	До лечения	После лечения	Значение t-критерия Стьюдента	Достоверность различий
Мышление	4,20±1,69	4,40±1,96	-0,3273	$p > 0,05$
Повседневная активность	19,40±6,48	17,50±5,82	3,9428	$p < 0,01$
Двигательные нарушения	38,4±9,09	36,3±9,42	4,8462	$p < 0,001$
Общий балл	62,0±15,31	58,20±15,87	4,5932	$p < 0,001$

В подгруппе ЦД2 по опроснику UPDRS динамика была статистически незначимой, что показано в Таблице 27.

Таблица 27 – Динамика по шкалам UPDRS в подгруппе ЦД2

Шкала UPDRS	Полученные результаты	
	До лечения	После лечения
Мышление	3,88±1,36	4,0±1,85
Повседневная активность	19,5±6,07	19,38±6,48
Двигательные нарушения	38,37±5,73	38,13±6,24
Общий балл	61,75±10,85	61,50±12,14

В подгруппе пациентов с ЦД1 средняя интенсивность боли до лечения составляла 2,4±2,46 балла по шкале ВАШ; после лечения средний балл по этой шкале составил 0,6±0,7 ($p < 0,05$). В подгруппе ЦД2 средняя интенсивность боли до лечения составляла 2,38±2,2 балла по шкале ВАШ; после лечения средний балл составил 1,75±0,46; динамика была статистически незначимой. Полученные результаты показаны на Рисунке 17.



Рисунок 17 – Динамика ВАШ в подгруппах ЦД1 и ЦД2

При оценке постуральных нарушений в подгруппе ЦД1 до лечения были получены следующие результаты: по шкале Берга средний балл составил $30,9 \pm 4,82$; после лечения – $33,5 \pm 5,38$ ($p < 0,001$); по тесту TUG до лечения – $18,4 \pm 3,41$ секунды, после лечения – $16 \pm 2,94$ секунды ($p < 0,001$). В подгруппе ЦД2 по шкале Берга средний балл до лечения составил $29,88 \pm 5,46$; после лечения – $29,5 \pm 5,2$; динамика была статистически незначимой; по тесту TUG до лечения – $19,13 \pm 3,27$ секунды, после лечения – $18,86 \pm 3,2$ секунды; динамика была статистически незначимой. Полученные в обеих подгруппах результаты по динамике постуральных нарушений отражены на Рисунке 18.

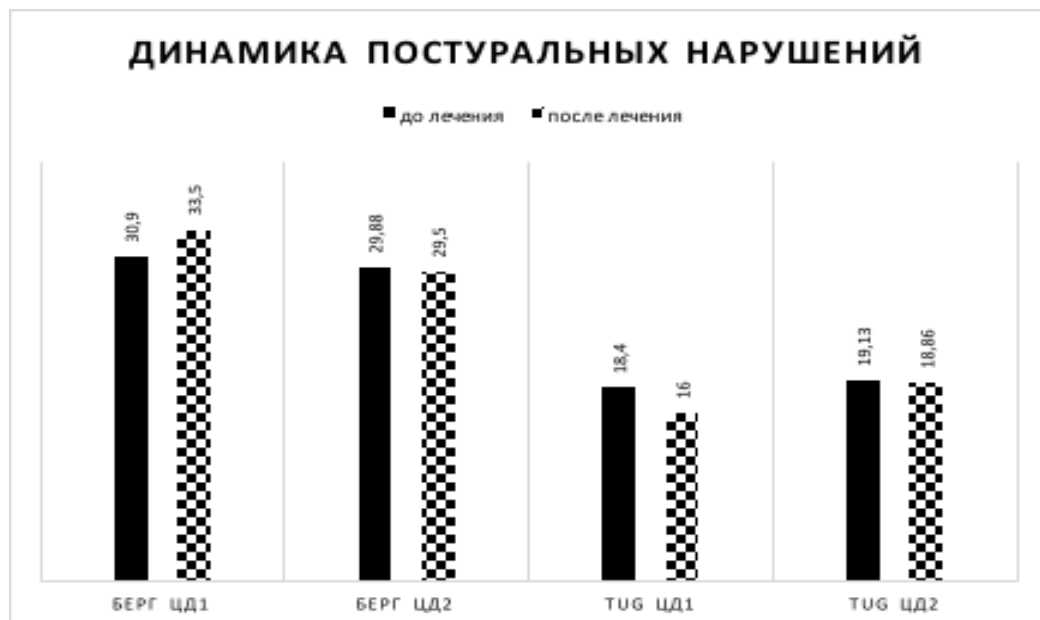


Рисунок 18 – Динамика постуральных нарушений в подгруппах ЦД1 и ЦД2

При оценке КЖ по опроснику PDQ-39 у пациентов с цервикальной дистонией отмечались сложности с передвижением, с реализацией повседневной активности; пациенты испытывали выраженные болевые ощущения, переживания по поводу наличия у них заболевания; у этих больных наблюдались трудности в коммуникативной сфере.

При оценке КЖ в подгруппе ЦД1 после лечения статистически значимая положительная динамика отмечалась по шкалам «мобильность», «телесный дискомфорт», «общее КЖ» (Таблица 28) – пациентам стало легче перемещаться по

дому и в общественных местах; уменьшилась необходимость сопровождения их при выходе их из дома.

Таблица 28 – Динамика КЖ в подгруппе ЦД1

Шкала опросника PDQ-39	Полученные результаты			
	До лечения	После лечения	Значения t-критерия Стьюдента	Достоверность различий
Мобильность	65,25±24,65	61,0±22,98	3,0424	p < 0,01
Повседневная активность	65,0±16,57	62,08±17,51	1,4126	p > 0,05
Эмоциональное благополучие	47,08±23,33	48,33±21,80	-0,8955	p > 0,05
Стигма	65,63±24,87	60,00±27,67	1,8676	p > 0,05
Социальная поддержка	21,67±28,38	18,33±24,47	1,3093	p > 0,05
Когнитивная сфера	37,50±17,18	35,63±15,04	1,4056	p > 0,05
Коммуникабельность	40,0±29,34	39,17±28,88	1,0000	p > 0,05
Телесный дискомфорт	58,33±25,79	45,0±19,72	3,2071	p < 0,01
Общее КЖ	53,78±17,81	50,32±17,33	7,0770	p < 0,001

В подгруппе ЦД2 после лечения не отмечалось статистически значимой положительной динамики, а по некоторым шкалам, таким как «мобильность», «эмоциональное благополучие», «стигма», «общее КЖ» даже отмечалась небольшая отрицательная динамика.

По данным опросника самостигматизации наибольшие значения отмечались в блоке «я», т. е. пациенты испытывали значительные переживания в связи с наличием у них дистонии; также они испытывали сложности с построением отношений с людьми из неблизкого им окружения, заведомо ожидая негативной реакции с их стороны на внешний дефект, обусловленный постуральной деформацией. Наименее уязвимой оказалась сфера семейных отношений; также не столь были выражены переживания, связанные с работой и сексуальными отношениями.

После проведенного в подгруппе ЦД1 лечения отмечалась статистически значимая положительная динамика по блокам «я», «неблизкое окружение», «окружающая среда», «работа» и «сексуальные отношения», что отражено в Таблице 29.

Таблица 29 – Динамика по шкалам самостигматизации в подгруппе ЦД1

Блок шкалы самостигматизации	Полученные результаты			
	До лечения	После лечения	Значение t-критерия Стьюдента	Достоверность различий
Я	4,03±0,79	3,10±0,79	5,7155	p < 0,001
Семья	2,30±0,89	2,0±0,75	1,9640	p > 0,05
Неблизкое окружение	3,56±1,04	3,08±1,06	2,7941	p < 0,05
Окружающая среда	2,80±0,76	2,40±0,73	3,3425	p < 0,01
Работа	2,63±1,16	2,23±1,18	3,0870	p < 0,01
Сексуальные отношения	2,75±1,06	2,40±0,99	2,3333	p < 0,05
Общий балл	18,26±4,45	16,47±4,40	—	—

В подгруппе ЦД2 после проведенного лечения не отмечалось статистически значимой положительной динамики по данным этого опросника.

По шкале общего клинического впечатления (CGI) в подгруппе ЦД1 10% пациентов отметили весьма значительное улучшение; 80% – значительное улучшение и еще 10% – минимальное улучшение. В подгруппе ЦД2 по шкале общего клинического впечатления (CGI) 22% пациентов отметили минимальное улучшение, у оставшихся 78% динамика отсутствовала.

4.5. Динамика психологического состояния в процессе реабилитации

Для изучения эффективности лечения было проведено исследование динамики у больных БП с постуральными осложнениями до и после лечения.

Больных случайным образом разделили на 2 группы. В 1-ю группу (84 человека) вошли больные, у которых проводилась комплексная терапия, состоящая из ботулинотерапии и физиолечения; во 2-ю (50 человек) – вошли пациенты, у которых применялась только физиотерапия без инъекций ботулотоксина.

Показатели Гиссенского теста после лечения во 2-й группе в основном не претерпели существенных изменений (достоверных различий не выявлено в 5 из 6 шкал Гиссенского теста), за исключением шкалы «социальные способности» (различия достоверны на уровне $p < 0,05$), что показано на Рисунке 19.



Рисунок 19 – Показатели Гиссенского теста в динамике лечения у пациентов 2-й группы

Сравнительный анализ шкальных значений Гиссенского теста до и после лечения в 1-й группе (см. Рисунок 20) отражает более ощутимые изменения: различия достоверны по шкалам «социальное одобрение» ($p < 0,001$), «доминантность» ($p < 0,01$), «открытость–замкнутость» ($p < 0,05$) и «социальные способности» ($p < 0,05$). Исключение составили 2 шкалы («контроль» и «настроение»), значения которых достоверно не изменились.

Улучшение моторных функций в процессе лечения позволило больным увеличить объем самообслуживания и активности в повседневной жизни; стать более самостоятельными; почувствовать себя более уверенно, что положительно

повлияло на субъективное представление больных о своей репутации, возможности успешно взаимодействовать с окружением. Сохранился приоритет неагрессивных форм поведения: уступчивость, покладистость, терпеливость при межличностном взаимодействии. В то же время результаты отразили заострение таких особенностей, как замкнутость, недоверчивость, отстраненность от других людей.



Рисунок 20 – Показатели Гиссенского теста в динамике лечения с применением ботулинотерапии у пациентов 1-й группы

Сравнительный анализ данных, полученных после проведенной терапии по опроснику SCL-90-R, свидетельствует о более выраженной позитивной динамике симптомов в 1-й группе пациентов (различия после лечения достоверны почти по всем шкалам SCL-90-R на уровне $p < 0,01$, за исключением шкал «враждебность» и «обсессивно-компульсивные расстройства»), что отражено на Рисунке 21. После лечения у пациентов улучшились настроение, сон, общее самочувствие; они предъявляли меньше соматических жалоб.

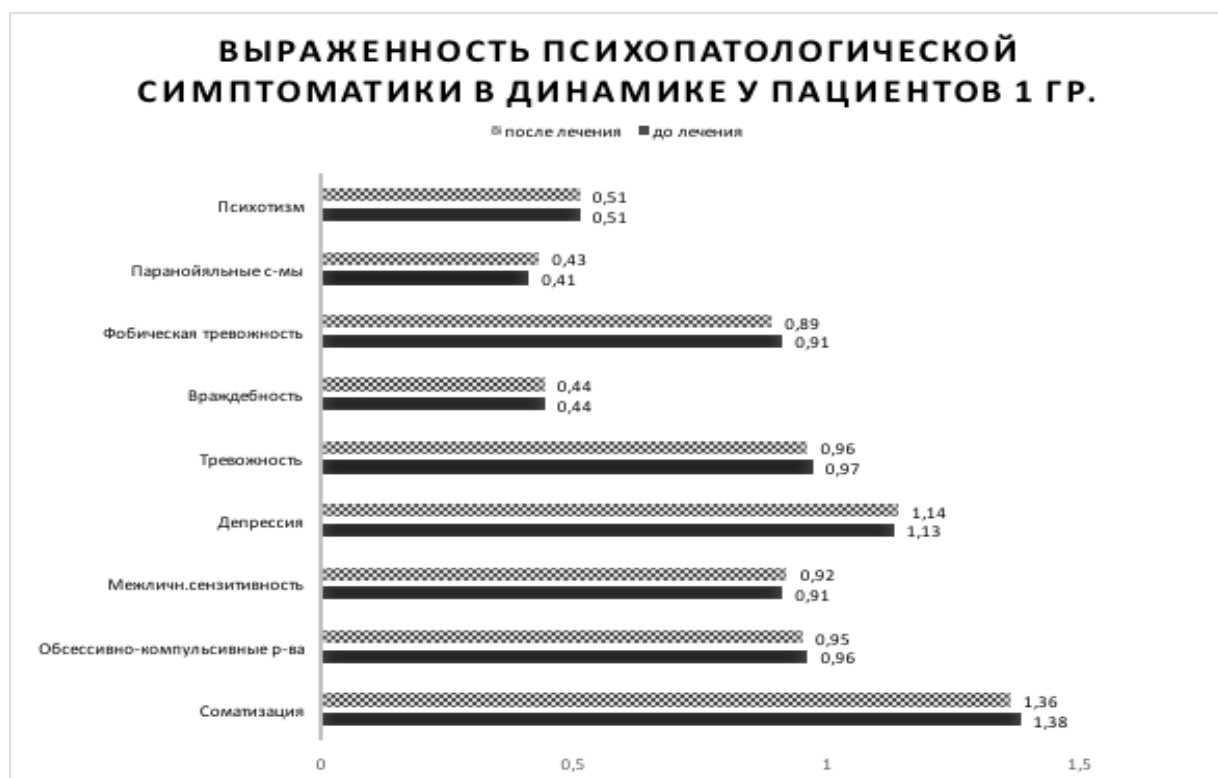


Рисунок 21 – Выраженность психопатологической симптоматики в динамике у пациентов 1-й группы

Изменений во 2-й группе пациентов, в лечении которых применялись только стандартные противопаркинсонические медикаментозные препараты, не наблюдалось (различия оценок по шкалам SCL-90-R не достоверны).

Таким образом, комплексная терапия с использованием ботулотоксина оказывает несомненное положительное воздействие на психологическое состояние пациентов. Однако влияние постуральных деформаций на психологический статус больных, их фиксация на данном симптоме, неизбежная реакция пациентов на наличие у них прогрессирующего неизлечимого заболевания указывают на необходимость включения в структуру лечебных мероприятий также психотерапевтических методов лечения, работы с больными БП клинических психологов.

4.6. Клинические случаи

Клинический случай № 1.

Больной М., 71 год.

Жалобы: на скованность, замедленность движений, больше выраженные справа, произвольный наклон головы вперед

История заболевания: Считает себя больным около 5 лет, когда впервые отметил скованность в правой руке, стало трудно писать. Обратился к неврологу в Военно-медицинскую академию, был поставлен диагноз болезнь Паркинсона, назначен Мирепекс, через некоторое время был переведен на Мирепекс ПД. С 2015 года наблюдается в НИПНИ им. В. М. Бехтерева. В 2016 году проходил курс стационарного лечения в 6 отд. В конце августа 2017 года постепенно стал отмечать чувство слабости в мышцах шеи, появился наклон головы вперед, который постепенно прогрессировал, затруднял бытовое самообслуживание, проведение досуга (чтение, просмотр телевизионных передач). Обратился к неврологу в поликлинике по месту жительства, прошел курс ФТЛ, курс НПВС (со слов: "с незначительным положительным эффектом"). Обратился амбулаторно, была произведена коррекция терапии, на сегодняшний день принимает прамипексол 1 мг 3 р/д, мадопар 125 мг 2 р/д, амантадин 100 мг утром и днем. Отметил уменьшение скованности, госпитализируется для проведения инъекций ботулотоксина.

Также в анамнезе: ЯБДПК. ГБ II ст; риск 4. Аденома предстательной железы; перенесенные операции: пластика висцеральной грыжи.

Неврологический статус: Сознание ясное. Ориентирован всесторонне верно. Зрачки D=S, с живыми фотореакциями. Объем движений глазных яблок полный. Лицо симметрично. Язык по средней линии. Глотание, фонация не нарушены. Речь монотонная, маломодулированная. Выраженная олигобрадикинезия, повышение мышечного тонуса по экстрапирамидному типу, более выраженное в правой руке, непостоянный среднеамплитудный ритмичный тремор покоя обеих рук. Снижение тонуса мышц-разгибателей шеи. Сухожильные рефлексы средней живости, без

четкой разницы сторон. Парезов конечностей нет. Нарушений чувствительности не выявлено. Патологических стопных знаков нет. Координаторные пробы выполняет верно. В позе Ромберга устойчив. Проба на постуральную неустойчивость отрицательна. Ходьба в замедленном темпе, инициация не нарушена, шаг укорочен, при ходьбе ограничены синкинезии.

По данным обследований до лечения: По шкале TWSTRS – 41 балл. По шкале Шваба и Ингланда – 80 баллов; по шкале UPDRS – подшкала повседневная активность – 12 баллов, двигательная активность – 27 баллов, общий балл – 44 балла; по шкале ВАШ – на текущий момент – 2 балла, средний уровень боли – 2 балла, минимальный – 0 баллов, максимальный – 4 балла. По шкале Берга – 37 баллов; по шкале TUG – 15 баллов.

По опроснику самостигматизации – блок Я – 4 балла, семья – 2,5 баллов, неблизкое окружение – 3,8 баллов, окружающая среда – 3 балла, работа – 2,3 балла, сексуальные отношения – 3 балла. По опроснику PDQ-39 – шкала мобильность – 42,5 баллов, повседневная активность – 45,9 баллов, эмоциональность – 16,7 баллов, стигма – 62,5 баллов, социальные проблемы – 0 баллов, когнитивная – 18,75 баллов, коммуникабельность – 16,7 баллов, соматическая боль – 41,7 баллов, общее качество жизни – 33,3 балла.

На основании проведенного обследования можно заключить, что у пациента имеются постуральные нарушения, болевой синдром, связанный с дистонией, феномен самостигматизации (фиксация на постуральной деформации).

Пациенту были проведены инъекции ботулотоксина в мышцы шеи, проведен курс физиотерапевтических процедур.

После лечения были получены следующие результаты: По шкале TWSTRS – 24,5 баллов. По шкале Шваба и Ингланда – 80 баллов; по шкале UPDRS – подшкала повседневная активность – 10 баллов, двигательная активность – 24 балла, общий балл – 35 баллов; по шкале ВАШ – на текущий момент – 0 баллов, средний уровень боли – 0 баллов, минимальный – 0 баллов, максимальный – 4 балла. По шкале Берга – 40 баллов; по шкале TUG – 13 баллов.

По опроснику самостигматизации – блок Я – 3 балла, семья – 2 балла, неблизкое окружение – 3,4 баллов, окружающая среда – 2,3 балла, работа – 2,3 балла, сексуальные отношения – 2 балла. По опроснику PDQ-39 – шкала мобильность – 37,5 баллов, повседневная активность – 41,7 баллов, эмоциональность – 16,7 баллов, стигма – 50 баллов, социальные проблемы – 0 баллов, когнитивная – 18,75 баллов, коммуникабельность – 16,7 баллов, соматическая боль – 41,7 баллов, общее качество жизни – 30,1 балла. По опроснику CGI-I – значительное улучшение.

После проведенной терапии пациенту стало легче осуществлять гигиенические процедуры, читать, смотреть телевизор, улучшилось эмоциональное состояние, настроение, он стал активнее проводить досуг, уменьшились боли.

Клинический случай № 2

Больная В., 57 лет.

Жалобы при поступлении на скованность, замедленность движений, дрожание конечностей, больше левой; подворот левой стопы. История заболевания: Болеет около 4 лет, когда стала отмечать боль в левом плече, неловкость в левой руке, лечилась с диагнозом «ДДЗП». Около 3 лет назад стала отмечать дрожание в левой руке. Обратилась к неврологу, был назначен мадопар с положительным эффектом. Позже терапия менялась сейчас принимает тидомет-форте 250 мг по 1 * 4 раза; ПК-Мерц 100 мг по 1 утром и 1 днем, мирапекс 1 мг по 1 * 3 раза. Около года назад стала отмечать подворот левой стопы при ходьбе, боль в ноге. Поступила в НМИЦ ПН им. В. М. Бехтерева для проведения ботулинотерапии.

Неврологический статус: Сознание ясное. Контактна. Ориентирована всесторонне верно. Зрачки D=S, с живыми фотореакциями. Объем движений глазных яблок полный. Лицо симметрично. Язык по средней линии. Гипомимия. Глотание, фонация не нарушены. Олигобрадикинезия, больше выраженная в левых конечностях. Мышечный тонус повышен по экстрапирамидному типу, больше слева. Отмечается подворот левой стопы. Сухожильные рефлексy средней живости, без четкой разницы сторон. Парезов конечностей нет. Чувствительность - норма. Патологических стопных знаков нет. Координаторные пробы выполняет

верно. В позе Ромберга устойчива. Проба на постуральную неустойчивость отрицательна. Ходьба в замедленном темпе, инициация не нарушена, шаг укорочен, опора на наружную поверхность левой стопы, при ходьбе ограничены синкинезии.

По данным обследований до лечения: По шкале Шваба и Ингланда – 70 баллов; по шкале UPDRS – подшкала повседневная активность – 22 балла, двигательная активность – 39 баллов, общий балл – 66 баллов; по шкале ВАШ – на текущий момент – 1 балл, средний уровень боли – 4 балла, минимальный – 1 балл, максимальный – 5 баллов. По шкале Берга – 35 баллов; по шкале TUG – 16 баллов.

По опроснику самостигматизации – блок Я – 3 балла, семья – 4 балла, неблизкое окружение – 4 балла, окружающая среда – 3 балла, работа – 3,7 балла, сексуальные отношения – 3 балла. По опроснику PDQ-39 – шкала мобильность – 37,5 баллов, повседневная активность – 29,2 баллов, эмоциональность – 87,5 баллов, стигма – 100 баллов, социальные проблемы – 58,3 балла, когнитивная – 56,25 баллов, коммуникабельность – 75 баллов, соматическая боль – 50 баллов, общее качество жизни – 57,7 баллов.

На основании проведенного обследования можно заключить, что у пациентки имеются сложности с самообслуживанием, постуральные нарушения, болевой синдром, связанный с дистонией, феномен самостигматизации (фиксация на постуральной деформации).

Пациентке были проведены инъекции ботулотоксина в мышцы шеи, проведен курс физиотерапевтических процедур.

После лечения были получены следующие результаты: По шкале Шваба и Ингланда – 70 баллов; по шкале UPDRS – подшкала повседневная активность – 19 баллов, двигательная активность – 39 баллов, общий балл – 62 балла; по шкале ВАШ – на текущий момент – 0 баллов, средний уровень боли – 1 балл, минимальный – 0 баллов, максимальный – 2 балла. По шкале Берга – 36 баллов; по шкале TUG – 14 баллов.

По опроснику самостигматизации – блок Я – 1,3 балла, семья – 2 балла, неблизкое окружение – 2,8 баллов, окружающая среда – 2,7 баллов, работа – 3,3

балла, сексуальные отношения – 3 балла. По опроснику PDQ-39 – шкала мобильность – 32,5 баллов, повседневная активность – 25 баллов, эмоциональность – 58,3 балла, стигма – 100 баллов, социальные проблемы – 58,3 баллов, когнитивная – 56,25 баллов, коммуникабельность – 75 баллов, соматическая боль – 50 баллов, общее качество жизни – 51,3 баллов.

После лечения у пациентки отмечалось улучшение опорной функции стопы, уменьшение болевых ощущений, улучшение эмоционального фона, увеличение социальной активности.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Болезнь Паркинсона является вторым по распространенности нейродегенеративным заболеванием пожилого возраста после болезни Альцгеймера (Cacabelos R., 2017). Частым осложнением при данной нозологии являются постуральные деформации туловища, шеи и конечностей (Alwardat M. et al., 2019). Дистонии приводят к изменению положения шеи, туловища или конечностей с формированием патологических поз (постуральных деформаций).

Постуральные деформации оказывают выраженное влияние на жизнь пациентов, ухудшая их соматическое, неврологическое и психологическое состояние (Etoom M. et al., 2020).

Современная стратегия лечения постуральных деформаций при болезни Паркинсона предполагает коррекцию основного противопаркинсонического лечения, назначение клозапина, использование ортопедических пособий, однако эффективность этих мероприятий часто бывает недостаточной. Одним из перспективных методов коррекции как дистонической установки, так и болезненности при ней, является применение ботулинического токсина типа А. (Mills R. et al., 2015; Jankovic J., 2017).

Всего в нашем обследовании приняли участие 400 человек. Постуральные деформации туловища, шеи или конечностей наблюдались у 135 человек, что составило 33,5% от общего количества обследованных. Это совпадает с результатами, полученными Ashour и Jankovic (2006), однако, в других источниках данные отличаются, как в большую – 48,57% (Pandey S., Kumar H., 2016) так и в меньшую – 19,7% (Cervantes-Arriaga A. et al., 2016) сторону.

В литературе встречаются различные данные о представленности различных видов постуральных деформаций у пациентов с БП. Так, по данным Ashour и Jankovic [66] стриарные деформации составили 38,2% от количества всех пациентов с постуральными деформациями, туловищные деформации – 36,4%, антеколлис – 36,4%. По данным других авторов (Cervantes-Arriaga A. et al., 2016), также наиболее частым видом деформации явились стриарные деформации (50%),

на втором месте по встречаемости оказался сколиоз (48,7%), камптокормия была диагностирована только в 1% случаев, цервикальная дистония не была выявлена ни одного больного.

Еще в одной работе (Pandey S., Kumar H., 2016) были получены следующие данные: представленность пациентов с камптокормией составила 41% от общего числа всех больных с постуральными деформациями, с антеколисом – 15%, с синдромом Пизанской башни – 15%, сколиозом – 14%, с стриарными конечностями – 15%.

В нашем исследовании наиболее широко представленным видом постуральной деформации оказались туловищные деформации (камптокормия (34%) и синдром Пизанской башни (31%). Дистонии конечностей и цервикальная дистония встречались реже, 21% и 14% соответственно.

В литературных данных имеется информация о более раннем возникновении деформации конечностей в сравнении с другими видами постуральных деформаций (Cervantes-Arriaga A. et al., 2016). В нашей работе мы получили следующие результаты. Средний возраст дебюта дистонии конечностей у пациентов с БП составил 60,5 года; синдрома Пизанской башни – 62,4; цервикальной дистонии – 62,6; камптокормии – 67,4. Статистически достоверная разница ($p < 0,001$) получена только по группе пациентов с камптокормией – эта форма дистонии развивалась в более позднем возрасте.

В литературе встречаются различные данные о зависимости частоты развития постуральных деформаций от формы заболевания. Так, в одном из исследований была выявлена зависимость между частотой встречаемости деформаций по типу «стриарной руки» и выраженностью общей ригидности, но не было обнаружено зависимости от частоты и продолжительности тремора (Krack P. et al., 1999). В нашей работе при анализе общей выборки пациентов с постуральными деформациями не было выявлено зависимости между формой болезни Паркинсона (акинетико-ригидная и дрожательно-ригидная) и видом дистонии.

В литературных источниках нам встретились рассуждения о влиянии пола на развитие постуральных деформаций. Так, имеются наблюдения, демонстрирующие

преобладание лиц женского пола среди пациентов со стриарными конечностями (Di G. et al., 1994), камптокормией (Srivanitchapoom P., Hallet M., 2015) и синдромом Пизанской башни (Zannas AS et al., 2014). В нашем исследовании мы получили статистически достоверные различия по гендерному признаку в группах пациентов с дистонией конечностей (преобладали женщины) и цервикальной дистонией (преобладали мужчины).

Некоторые литературные источники отмечают, что пациенты с постуральными деформациями получают большие дозы леводопы по сравнению с пациентами без постуральных деформаций (Ashour R., Jankovic J., 2006). В нашей работе достоверно большие дозы леводопы получали пациенты с цервикальной дистонией.

В литературных источниках встречается информация, что длительность течения БП до момента развития камптокормии составляет от 6 до 8 лет (Srivanitchapoom P., Hallet M., 2015), в нашей работе мы получили следующие данные: средняя длительность течения БП до возникновения камптокормии – $5,8 \pm 2,77$ лет, синдрома Пизанской башни – $4,3 \pm 2,68$ года, цервикальной дистонии – $5,9 \pm 3,79$ лет, дистонии конечностей – $4,89 \pm 3,07$ года.

По литературным данным, в среднем у 40–70% пациентов с болезнью Паркинсона отмечается болевой синдром (Махнев С.О., Левин О.С., 2013). В нашем исследовании при оценке боли было выявлено, что 82% пациентов с постуральными нарушениями испытывают болевые ощущения. Это позволяет сделать вывод, что постуральные деформации являются дополнительным фактором, вызывающим боль у пациентов с БП, что подтверждается результатами ряда исследований (Alwardat M. et al., 2019). По нашим данным, в группе пациентов с камптокормией 100% больных отмечали наличие болевых ощущений в спине – области, затронутой постуральной деформацией, с синдромом Пизанской башни – 79%, с цервикальной дистонией – 78%, с дистонией конечностей – 61%. Наиболее интенсивные боли фиксировались у пациентов с камптокормией – в этой группе все пациенты отмечали у себя наличие болевых ощущений в спине и значения по шкале ВАШ были достоверно выше ($p > 0,001$), чем показатели всех остальных

групп, исключая подшкалу «максимальная интенсивность боли». Эти значения были также высокими в группах пациентов с цервикальной дистонией (пациенты с ретроколлизом) и с дистонией конечностей (преимущественно пациенты с дистонией ноги). Реже всего на боль в области постуральной деформации жаловались пациенты с дистонией конечностей, преимущественно верхней конечности; в этой группе 39% не испытывали болевых ощущений. У пациентов контрольной группы максимальная интенсивность боли была статистически достоверно (по t-критерию) ниже по сравнению с пациентами остальных групп.

В литературных источниках отмечается, что пациенты с постуральными деформациями имеют более высокий балл по шкале UPDRS (Srivanitchapoom P., Hallet M., 2015; Pandey S., Kumar H., 2016; Cervantes-Arriaga A. et al., 2016) более выраженные по сравнению с пациентами без постуральных деформаций нарушения ходьбы и равновесия (Pereira CB et al., 2014; Miletić V., 2016), что совпадает с данными, полученными в нашем исследовании, однако, в доступной нам литературе мы не обнаружили работ, включающих сравнительный анализ функционального статуса пациентов с различными видами постуральных деформаций. По нашим данным, по шкале повседневной жизненной активности Шваба и Ингланда самые выраженные ограничения в осуществлении повседневной деятельности продемонстрировали пациенты с камптокормией – значения достоверно отличались от данных у пациентов с синдромом Пизанской башни ($p < 0,001$), дистонией конечностей ($p < 0,001$), пациентов контрольной группы ($p < 0,001$). Также выраженные затруднения возникали у пациентов с цервикальной дистонией. По разделу «повседневная активность» шкалы UPDRS значения были близкими у пациентов с синдромом Пизанской башни и пациентов контрольной группы – они в наименьшей степени испытывали сложности в быту и при осуществлении гигиенических процедур; значения достоверно ($p < 0,01$) отличались от результатов остальных групп. По разделу «двигательная активность» шкалы UPDRS пациенты с камптокормией испытывали наибольшие сложности с перемещением; значения достоверно ($p < 0,001$) отличались от данных пациентов остальных групп.

Наличие постуральных деформаций туловища и конечностей увеличивает риски падений. Так, пациенты с цервикальной дистонией ($p < 0,001$), кампто-кормией ($p < 0,001$) и дистонией конечностей ($p < 0,05$) имели статистически достоверные различия по сравнению с пациентами контрольной группы при оценке выраженности постуральных нарушений по шкалам Берга и TUG.

Постуральные деформации оказывают существенное влияние на психологическое состояние пациентов. В целом все больные с БП испытывают сложности в социальном функционировании. Они невысоко оценивают свои социальные способности, чувствуют себя в социуме неуверенно, считают себя социально малоактивными, недостаточно конкурентоспособными, хотя и стремятся быть усердными в делах, выполняя свои обязанности с педантичной скрупулёзностью, что совпадает с литературными данными (Menza M., 2000; Богданов Р.Р. и соавт., 2016). Однако у пациентов с постуральными деформациями, помимо типичных для больных с БП аспектов социального взаимодействия, выявляются и отличительные характеристики по шкалам «доминантность» и «открытость—замкнутость». В отличие от контрольной группы с агрессивными формами поведения для больных БП, течение которой осложнено постуральными деформациями, характерны терпеливость, склонность к подчинению, зависимость от окружающих, некоторая замкнутость и недоверчивость в общении. Дистонические нарушения постепенно, по мере их развития, приводят к большему сужению социальной активности и объему социальных контактов.

Преобладающий фон настроения, как в основной, так и в контрольной группе больных близок к средним значениям, без отчетливых тенденций к гипоманиакальному полюсу или к депрессивному. Тем не менее корреляционный анализ выявляет зависимость преобладающего настроения от способности к успешному взаимодействию с окружением (шкала «преобладающее настроение» отрицательно коррелирует со шкалой «социальное одобрение», $p < 0,01$). Таким образом, чем выше субъективные представления больного о своей социальной репутации и роли, чем он более социально успешен и пользуется уважением окружающих, тем менее возможно развитие депрессивных проявлений.

В доступной нам литературе мы не нашли работ, посвященных исследованию феномена самостигматизации у пациентов с БП, осложненной постуральными деформациями. По нашим данным, у данной категории пациентов формируется фиксация на данном симптоме, возникают сложности в общении с близкими; неловкость при общении друзьями, коллегами и людьми из неблизкого окружения; желание минимизировать взаимодействие с ними. Пациенты предпочитают избегать новых знакомств; реже посещать общественные мероприятия, места культурного досуга; пользоваться общественным транспортом. Это приводит пациентов к вынужденной социальной изоляции. Пациенты также испытывают дискомфорт в общении с противоположным полом. При сравнительном анализе групп, по данным опросника самостигматизации, по шкале «я» наихудшие результаты продемонстрировали пациенты с дистонией конечностей и цервикальной дистонией – эти пациенты в наибольшей степени испытывали дискомфорт, связанный с наличием у них постуральных деформаций; в наименьшей степени влияние данных нарушений наблюдалось у пациентов с синдромом Пизанской башни. Статистически достоверная разница по этому показателю отмечалась между группами пациентов с синдромом Пизанской башни и цервикальной дистонией ($p < 0,05$); синдромом Пизанской башни и дистонией конечностей ($p < 0,01$). По шкале «семья и близкое окружение» достоверных различий между группами не было выявлено. По шкале «неблизкое окружение» наихудшие показатели продемонстрировали пациенты с цервикальной дистонией – они испытывали наибольшие сложности при формировании контактов с незнакомыми людьми; наилучшие – с дистонией конечностей. Статистически достоверные различия были выявлены между группами пациентов с камптокормией и синдромом Пизанской башни ($p < 0,05$); камптокормией и дистонией конечностей ($p < 0,05$); синдромом Пизанской башни и цервикальной дистонией ($p < 0,001$); дистонией конечностей и цервикальной дистонией ($p < 0,01$). По шкале «окружающая среда» наихудшие показатели продемонстрировали пациенты с цервикальной дистонией – они в наибольшей степени ограничивали участие в социальной жизни, реже ходили в общественные

места и пользовались общественным транспортом. Чуть в меньшей степени эти ограничения выявлялись у пациентов с камптокормией; пациенты с дистонией конечностей и синдромом Пизанской башни проявляли несколько большую социальную активность. Статистически достоверные различия по этому показателю наблюдались между группами пациентов с синдромом Пизанской башни и цервикальной дистонией ($p < 0,001$); дистонией конечностей и цервикальной дистонией ($p < 0,01$). По шкалам «работа» и «сексуальные отношения» наилучшие показатели продемонстрировали пациенты с камптокормией. Видимо, это можно объяснить тем, что пациенты в этой группе были старше, чем в остальных, и данные категории были уже не столь актуальны для них. Разница с остальными группами была статистически достоверной ($p < 0,001$). Наихудшие показатели показали пациенты с цервикальной дистонией и дистонией конечностей. Статистически достоверная разница была выявлена между группами пациентов с синдромом Пизанской башни и дистонией конечностей в категории «сексуальные отношения» ($p < 0,05$). По общему баллу наихудшие показатели продемонстрировали пациенты с цервикальной дистонией; значения были достоверно хуже ($p < 0,01$) в сравнении с пациентами всех остальных групп, кроме группы с дистонией конечностей.

У пациентов с БП как с постуральными деформациями, так и без, ухудшается качество жизни, что совпадает с литературными данными (Schrag A. et al., 2000; Miletić V., 2016). Однако при анализе общей выборки достоверные различия с контрольной группой (пациенты с БП без постуральных деформаций) были получены по шкалам «стигма» и «социальные проблемы» – наличие у пациентов постуральных деформаций вызывало у них сложности с социальным функционированием.

Лечение постуральных деформаций при БП является сложной задачей. В литературе встречаются отдельные работы, изучающие эффективность ботулино-терапии при лечении постуральных деформаций, однако результаты их противоречивы Azher S.N., Jankovic J., 2005; Bonanni L. et al., 2007; von Coelln R. et

al., 2008; Oyama A. et al., 2009; Gerton B.K., 2010; Mills R. et al., 2015; Jankovic J., 2017; Jankovic J., Jindal P. 2017; Хасанова Д.Р. и соавт., 2019).

В нашей работе мы оценивали эффективность комплексной терапии в виде инъекций ботулотоксина с последующей физической реабилитацией. Каждая группа пациентов с постуральными деформациями путем случайной выборки была разделена на 2 подгруппы – основную (пациенты, получавшие инъекции ботулотоксина в сочетании с физиолечением) и дополнительную (пациенты, получавшие только физиотерапевтическое лечение). Доза ботулотоксина была подобрана индивидуально (60–300 ЕД ботулинического токсина типа А-Incobotulinumtoxin A). Физическая реабилитация включала в себя массаж, электростимуляцию и ЛФК. После проведенного лечения были получены следующие результаты в группах.

В группе пациентов с камптокормией в основной подгруппе после проведенной терапии отмечалось уменьшение угла наклона в среднем на 48% ($p < 0,001$) и времени, в течение которого наблюдалась камптокормия. Также фиксировалась положительная динамика в степени влияния камптокормии на повседневную активность; снизилась потребность в использовании вспомогательных средств. По опроснику UPDRS в подгруппе K1 получено статистически значимое ($p < 0,01$) улучшение по всем шкалам: пациенты отмечали повышение инициативности, улучшение настроения и функциональности, ходьбы и осанки; им легче было осуществлять гигиенические процедуры и проще одеваться. Пациенты наблюдали уменьшение болевых ощущений в спине, а уменьшение выраженности постуральных нарушений снижало риски падений. При оценке КЖ по опроснику PDQ-39 после лечения в подгруппе K1 статистически значимая положительная динамика отмечалась по шкалам «мобильность» ($p < 0,001$), «стигма» ($p < 0,001$), «телесный дискомфорт» ($p < 0,001$), «общее КЖ» ($p < 0,05$) – пациентам стало легче перемещаться по дому и в общественных местах; уменьшилась необходимость сопровождения пациентов при выходе их из дома. По опроснику самостигматизации после проведенного лечения в подгруппе K1 фиксировалась статистически значимая ($p < 0,001$) положительная динамика по

блокам «я», «семья», «неблизкое окружение», «окружающая среда» – пациенты стали испытывать меньше переживаний в связи с наличием у них постуральных нарушений, смогли более полноценно проводить досуг. В дополнительной подгруппе пациентов с камптокормией, получавших только физиолечение, статистически значимые изменения отмечались в редукции болевых ощущений, улучшении общего КЖ и снижении степени стигматизации, но все эти изменения были значительно менее выраженными, чем у пациентов основной подгруппы.

В группе пациентов с синдромом Пизанской башни в основной подгруппе после лечения отмечалось уменьшение угла наклона в среднем на 50% ($p < 0,001$), фиксировалась положительная динамика по шкале «повседневная активность» ($p < 0,05$). По опроснику UPDRS в основной подгруппе было выявлено статистически значимое улучшение по шкалам «повседневная активность», «двигательные нарушения», «общий балл UPDRS» ($p < 0,001$) – пациенты легче осуществляли гигиенические процедуры, им было проще одеться; они отмечали улучшение ходьбы и осанки. В подгруппе ПБ2 по опроснику UPDRS было получено статистически значимое улучшение по шкалам «повседневная активность», «общий балл UPDRS» ($p < 0,01$). Также пациенты обеих подгрупп отмечали уменьшение боли в спине ($p < 0,001$). При оценке постуральных нарушений наблюдалась статистически значимая положительная динамика у пациентов основной подгруппы ($p < 0,001$). При оценке КЖ по опроснику PDQ–39 после лечения в основной подгруппе статистически значимая положительная динамика отмечалась по шкалам «мобильность» ($p < 0,001$), «повседневная активность» ($p < 0,05$), «эмоциональное благополучие» ($p < 0,001$), «стигма» ($p < 0,01$), «телесный дискомфорт» ($p < 0,001$), «общее КЖ» ($p < 0,001$) – пациентам стало легче перемещаться по дому и в общественных местах, уменьшилась необходимость сопровождения пациентов при выходе их из дома. В подгруппе ПБ2 статистически значимая положительная динамика отмечалась по шкалам «мобильность» ($p < 0,05$), «повседневная активность» ($p < 0,05$), «эмоциональное благополучие» ($p < 0,05$), «общее КЖ» ($p < 0,001$). По данным опросника самостигматизации, после проведенного лечения в основной подгруппе

была получена статистически значимая положительная динамика по блокам «я» ($p < 0,001$), «семья» ($p < 0,05$), «неблизкое окружение» ($p < 0,001$), «окружающая среда» ($p < 0,01$), «работа» ($p < 0,01$) – пациенты стали испытывать меньше переживаний по поводу наличия у них постуральной деформации, им стало легче устанавливать контакты с другими людьми.

Таким образом, следует отметить, что в обеих подгруппах (с использованием ботулотоксина и без) отмечался положительный эффект от проведенного лечения, однако в основной подгруппе динамика была более выраженной. Также в подгруппе ПБ1 была выявлена достоверная связь между реакцией на препараты леводопы и эффективностью проводимой терапии – пациенты, у которых выраженность наклона уменьшалась после приема очередной дозы леводопы, показали более выраженный долгосрочный эффект после проведения ботулинотерапии в сочетании с физиотерапией.

В группе пациентов с дистонией конечностей после лечения в основной подгруппе отмечалась статистически значимая положительная динамика по шкале «повседневная активность» ($p < 0,05$). По опроснику UPDRS в основной подгруппе было выявлено статистически значимое улучшение по шкалам «мышление» ($p < 0,05$), «повседневная активность» ($p < 0,01$), «двигательные нарушения» ($p < 0,001$), «общий балл UPDRS» ($p < 0,001$) – пациенты стали испытывать меньше затруднений при проведении гигиенических мероприятий; отмечали улучшение ходьбы и осанки, уменьшение боли в спине ($p < 0,001$). У них была получена статистически значимая положительная динамика при анализе постуральных нарушений ($p < 0,01$). При оценке КЖ по опроснику PDQ-39 после лечения в основной подгруппе статистически значимая положительная динамика отмечалась по шкалам «мобильность» ($p < 0,001$), «повседневная активность» ($p < 0,01$), «телесный дискомфорт» ($p < 0,001$), «общее КЖ» ($p < 0,01$) – пациентам стало легче перемещаться по дому и в общественных местах.

По опроснику самостигматизации после проведенного лечения в основной подгруппе наблюдалась статистически значимая положительная динамика по блокам «я», «неблизкое окружение», «работа» ($p < 0,001$), «семья», «окружающая

среда» ($p < 0,01$), «сексуальные отношения» ($p < 0,05$) – пациенты стали испытывать меньше переживаний по поводу наличия у них постуральной деформации; у них улучшилось семейное взаимодействие, установление контактов с людьми из неблизкого окружения; уменьшились трудности, испытываемые ими в трудовой деятельности; они стали активнее проводить досуг.

В группе пациентов с цервикальной дистонией в основной подгруппе ЦД1 по опроснику TWSTRS была получена статистически достоверная положительная динамика ($p < 0,05$) по всем разделам – у них уменьшилась степень наклона или поворота, а также выраженность болевых ощущений; пациентам стало легче осуществлять бытовое самообслуживание, читать, смотреть телевизор, водить машину. Они стали испытывать меньше сложностей при осуществлении своей профессиональной деятельности, стали более социально активными. Также у пациентов основной подгруппы отмечалась статистически значимая положительная динамика по шкале «повседневная активность» ($p < 0,05$). По опроснику UPDRS в основной подгруппе было выявлено статистически значимое улучшение по шкалам «повседневная активность», «двигательные нарушения», «общий балл UPDRS» ($p < 0,01$) – пациенты стали испытывать меньше затруднений при проведении гигиенических мероприятий; отмечали улучшение ходьбы и осанки, а также уменьшение боли ($p < 0,05$). У пациентов основной подгруппы уменьшилась выраженность постуральных нарушений ($p < 0,001$).

При оценке КЖ по опроснику PDQ-39 после лечения в основной подгруппе статистически значимая положительная динамика отмечалась по шкалам «мобильность», «соматическая боль», «общее КЖ» ($p < 0,01$) – пациентам стало легче перемещаться по дому и в общественных местах.

По опроснику самостигматизации после проведенного лечения в основной подгруппе была выявлена статистически значимая положительная динамика по блокам «я» ($p < 0,001$), «окружающая среда», «работа» ($p < 0,01$), «неблизкое окружение», «сексуальные отношения» ($p < 0,05$) – пациенты стали испытывать меньше переживаний по поводу наличия у них постуральной деформации;

уменьшились трудности, испытываемые ими в трудовой деятельности; они стали активнее проводить досуг.

Динамику психоэмоционального состояния мы оценивали по изменениям значений Гиссенского теста и опросника SCL-90-R, сравнивая группу пациентов с постуральными деформациями всех локализаций, получавших комплексную терапию (инъекции ботулотоксина и физиолечение), и группу с постуральными деформациями всех локализаций, в лечении которых использовалось только физиолечение.

При сравнительном анализе шкальных значений Гиссенского теста до и после лечения в 1-й группе мы получили достоверные различия по шкалам «социальное одобрение» ($p < 0,001$), «доминантность» ($p < 0,01$), «открытость-замкнутость» ($p < 0,05$) и «социальные способности» ($p < 0,05$). Исключение составили 2 шкалы («контроль» и «настроение»), значения которых достоверно не изменились. Улучшение моторных функций в процессе лечения позволило пациентам увеличить объем самообслуживания и активности в повседневной жизни; стать более самостоятельными; почувствовать себя более уверенно, что положительно повлияло на субъективное представление больных о своей репутации, возможности успешно взаимодействовать с окружением.

Сравнительный анализ данных по опроснику SCL-90-R относительно симптоматического улучшения в процессе различных видов терапии БП, осложненной постуральными нарушениями, показал более выраженную позитивную динамику симптомов у больных, получавших лечение с применением ботулинотерапии (различия до и после лечения достоверны почти по всем шкалам SCL-90-R).

Таким образом, можно сделать вывод о повышении эффективности лечения при использовании ботулинотерапии, что подтверждается рядом других исследований (Mills R. et al., 2015; Jankovic J., 2017). Однако следует заметить, что формирование у пациентов с БП, осложненной постуральными деформациями, феномена самостигматизации, особенностей психологического статуса также указывает на необходимость включения в структуру лечебных мероприятий

психотерапевтических методов лечения, работы с больными БП клинических психологов.

ВЫВОДЫ

1. Постуральные деформации при болезни Паркинсона представлены в большей степени туловищными деформациями (камптокормия, синдром Пизанской башни), реже – цервикальной дистонией и дистонией конечностей. Болевой синдром при постуральных деформациях является частым немоторным симптомом, в большей степени характерным для камптокормии ($p < 0,001$).

2. Функциональное состояние пациентов с постуральными деформациями при БП существенно отличается в разных клинических группах. Наиболее выраженные нарушения отмечаются у пациентов с камптокормией – у них ухудшается способность к передвижению, самообслуживанию ($p < 0,001$), увеличивается риск падений ($p < 0,001$).

3. У пациентов с постуральными деформациями при болезни Паркинсона имеются характерные особенности личности – терпеливость, склонность к подчинению, зависимость от окружающих, приводящие к сужению социальной активности; степень выраженности данных изменений коррелирует ($p < 0,01$) с длительностью дистонии.

4. Пациентам с постуральными деформациями при болезни Паркинсона свойственны ярко выраженные проявления феномена самостигматизации, в значительной мере зависящие от локализации дистонии. В большей степени самостигматизация проявляется у пациентов с цервикальной дистонией ($p < 0,01$).

5. Ботулинотерапия в сочетании с физиотерапевтическими методиками (ЛФК, массаж, электростимуляция) является эффективным методом лечения постуральных деформаций при болезни Паркинсона, способствующим улучшению клинического и психологического характеристик пациентов, уменьшению выраженности феномена самостигматизации и повышению качества их жизни.

ПРАКТИЧЕСКИЕ РЕКОМЕНДАЦИИ

1. Постуральные деформации при болезни Паркинсона являются самостоятельным дезадаптирующим фактором, в связи с чем необходимо проводить дополнительные диагностические мероприятия для верификации выраженности этих состояний и подбора терапевтических методик.

2. Пациентам с постуральными деформациями при болезни Паркинсона рекомендовано проведение комплексной терапии, включающей в себя инъекции ботулинического токсина с последующей физической реабилитацией.

3. В комплексе реабилитационных мероприятий для пациентов с болезнью Паркинсона, имеющих постуральные деформации, рекомендовано привлекать специалистов смежных областей (психологов, психотерапевтов); проводить психокоррекционные беседы, психотерапию с целью снижения уровня тревожности, повышения психосоциальной адаптации.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Айвазян, Т.А. Исследование качества жизни больных гипертонической болезнью / Т.А. Айвазян, В.П. Зайцев // Кардиология. – 1989. – N 9. – С. 43–46.
2. Ахмадеева, Л. Использование ботулинического нейротоксина типа А в лечении фокальных мышечных дистоний / Л.Р. Ахмадеева, С.Ш. Хайрулаева, Э. М. Харисова, Х.П. Деревянко // Медицинский вестник Башкортостана. – 2017. – Т. 12, N. 4 (70). – 2017. – С. 63-65.
3. Балунов, О.А. Особенности показателей качества жизни у больных с дисциркуляторной энцефалопатией / О.А. Балунов, Д.В. Захаров, Л.И. Ситник // Клинические и социально-психологические аспекты качества жизни психоневрологических больных в современном обществе: сб. тез. науч. конф. с междунар. уч. – СПб. : НИПНИ им. В.М. Бехтерева, 2003. – С. 25–26.
4. Баранов, А.А. Изучение качества жизни в медицине и педиатрии / А.А. Баранов, В.Ю. Альбицкий, И.В. Винярская // Вопр. совр. педиатр. – 2005. – Т. 4, N 2. – С. 7–12.
5. Бархатова, В.П. Нейротрансмиттеры и экстрапирамидная патология / В.П. Бархатова. – М. : Медицина, 1988. – 174 с.
6. Бичева, К.Г. Исследование качества жизни родственников, ухаживающих за хроническими больными (на модели болезни Паркинсона) / К.Г. Бичева, Ж.М. Глозман, Н.В. Федорова // Вест. МГУ. Серия 14: Психология. – 1998. – N 3. – С. 63–71.
7. Богачева, В.А. Особенности клинической картины, качества жизни, функционального и психологического состояния больных с дрожательной формой болезни Паркинсона : автореф. дис. ... канд. мед. наук : 14.01.11, 19.00.04 / Вероника Андреевна Богачева. – СПб., 2017. – 23 с.
8. Богданов, Р.Р. Личностный профиль пациентов с начальными проявлениями болезни Паркинсона / Р.Р. Богданов, С.Ю. Борисова, С.В. Котов,

О.О. Заварзина // Альманах клинической медицины. – 2016. - 44 (3). - 329–335.

9. Гамалея, А.А. Камптокормия при болезни Паркинсона: клинические и патогенетические аспекты / А.А. Гамалея, Н.В. Федорова, А.А. Томский и соавт. // *Анналы клинической и экспериментальной неврологии*. – 2012. – Т. 6, №4. – С. 10-16.

10. Голынкина, Е.А. Гиссенский личностный опросник. Использование в психодиагностике для решения дифференциально-диагностических и психотерапевтических задач: методическое пособие / Е.А. Голынкина. – СПб.: ПНИ им. В.М. Бехтерева, 1993. – 21 с.

11. Гоффман, И. Стигма: Заметки об управлении испорченной идентичностью / И. Гоффман / Пер. М.С. Добряковой. – N.Y. : Prentice-Hall, 1963. – Ч. 1, 2. – С. 1–40.

12. Дамулин, И.В. Использование ботулинистического токсина (Диспорта) в неврологической практике / И.В. Дамулин // *Неврол. журн.* – 2000. – N 3. – С. 39–47.

13. Дидур, М.Д. Современные методики определения качества жизни больных бронхиальной астмой / М.Д. Дидур // *Сб. науч. работ.* – СПб., 1998. – Вып. 2. – С. 317–320.

14. Жукова, И.А. Когнитивные нарушения у пациентов с болезнью Паркинсона / И.А. Жукова, Н.Г. Жукова // *Бюл. сиб. мед.* – 2010. – Т. 9, N 4. – С. 54–58.

15. Залялова, З.А. Современные классификации мышечных дистоний, стратегия лечения / З.А. Залялова // *Журн. неврол. и психиатр. им. С.С. Корсакова*. – 2013. – Т. 113, N 3. – С. 85–89.

16. Захаров, Д.В. Динамика функционального состояния и показателей качества жизни у пациентов с дисциркуляторной энцефалопатией в процессе их реабилитации : автореф. дис. ... канд. мед. наук : 14.00.13 / Денис Валерьевич Захаров. – СПб., 2008. – 23 с.

17. Иллариошкин, С.Н. Современные представления об этиологии болезни Паркинсона / С.Н. Иллариошкин // *Неврол. журн.* – 2015. – Т. 4. – С. 4–13.

18. К вопросу о качестве жизни пациентов с болезнью Паркинсона / И.А. Жукова, Ф.Ф. Гашилова, Н.Г. Жукова и соавт. // Бюл. сиб. мед. – 2008. – Прил. 1. – С. 229–230.
19. Кабанов, М.М. Эмпирическая модель стигматизации психически больных / М.М. Кабанов, Г.В. Бурковский // Обзор. психiatr. и мед. психол. – 2000. – N 1. – С. 3–9.
20. Кабанов, М.М. Уменьшение стигматизации и дискриминации в отношении психически больных / М. Кабанов, А. Ломаченков, А. Коцюбинский // Соц. и клин. психiatr. – 1997. – N 2. – С. 23–28.
21. Караваева, Т.А. Развитие посттравматического стрессового расстройства у пациентов с онкологическими заболеваниями / Т.А. Караваева, А.В. Васильева, Е.П. Лукошкина // Онкопсихология : руководство для врачей-онкологов и медицинских психологов / Под ред. А.М. Беляева, В.А. Чулковой, Т.Ю. Семиглазовой, М.В. Рогачева. – СПб. : Любавич, 2017. – 352 с.
22. Кияшко, С.С. Качество жизни больных в отдаленном периоде после хирургического лечения опухолей мосто-мозжечкового угла / Кияшко С.С., Маслова Л.Н., Олюшин В.Е. и соавт. // Рос. нейрохир. журн. им. А.Л. Поленова. – 2017. – Т. 9, N 5. – С. 116.
23. Коваленко, А.П. Использование ботулинотерапии для лечения камптокормии у больных с болезнью Паркинсона : клинический случай / А.П. Коваленко // Болезнь Паркинсона и расстройства движений: руководство для врачей: по Материалам 3-го национального конгресса / Под ред. С.Н. Иллариошкина, О.С. Левина. – М., 2014. – С. 198–200.
24. Левин, О.С. Болезнь Паркинсона / О.С. Левин, Н.В. Федорова. – М.: МЕДпресс-информ, 2014. – 384 с.
25. Левин, О.С. Болезнь Паркинсона. – 3-е изд. / О.С. Левин, Н.В. Федорова. – М. : МЕДпрессинформ, 2012. – 351 с.
26. Левин, О.С. Болезнь Паркинсона: современные подходы к диагностике и лечению / О.С. Левин, Д.В. Артемьев, Е.В. Бриль, Т.К. Кулуа // Предикт. мед. – 2017. – N 1 (102). – С. 45–51.

27. Левин, О.С. Клиническая эпидемиология болезни Паркинсона // Болезнь Паркинсона и расстройства движений: руководство для врачей: по Материалам 2-го национального конгресса / Под ред. С.Н. Иллариошкина, О.С. Левина. – М., 2011. – С. 5–9.
28. Левин, О.С. Экстрапирамидные расстройства, вчера, сегодня, завтра: сборник статей / Под ред. О.С. Левина // М.: МЕДпресс-информ, 2015. – 408 с.
29. Левин, О.С. Эпидемиология паркинсонизма и болезни Паркинсона / О.С.Левин, Л.В. Докадина // Неврол. журн. – 2005. – N 5. – С. 41–49.
30. Литвиненко, И.В. Нарушения сна при болезни Паркинсона и способы их коррекции / И.В. Литвиненко, И.В. Красаков, О.В. Тихомирова и соавт. // Доктор.Ру. – 2012. – N 5 (73). – С. 29–34.
31. Лихачев, С.А. Препараты ботулотоксина типа А в лечении болезней нервной системы / С.А. Лихачев, Ю.Н. Рушкевич. – Режим доступа : www.bsmu.by/medicaljournal.
32. Лобзин, С.В. Патопсихологическое исследование пациентов с хроническрь мигренью и оценкой их качества жизни / С.В. Лобзин, Е.Г. Клочева, В.В. Голдобин и соавт. // Сборник тезисов юбилейного конгресса с международным участием XX Давиденковские чтения к 125-летию создания первой в России кафедры усовершенствования врачей-неврологов. - 2018. - С. 232.
33. Лобзин, С.В. Психоэмоциональное состояние и качество жизни пациентов с хронической мигренью / С.В. Лобзин, Е.Г. Клочева, Л.М. Мирзаева и соавт. // Давиденковские чтения : 18-я Всерос. научно-практ. конф. с междунар. участ. – СПб., 2016. – С. 142–143.
34. Лычева, Н.Ю. Влияние клинических и нейропсихологических факторов на качество жизни больных болезнью Паркинсона: автореф. дис. ... канд. мед. наук: 14.00.13 / Наталья Юрьевна Лычева. – М., 2002. – 24 с.
35. Махнев, С.О. Клинические варианты болевых синдромов / С.О. Махнев, О.С. Левин // Журн. неврол. и психиатр. им. С.С. Корсакова. – 2013. – Т. 113, N 2. – Вып. 2. – С. 39–44.
36. Михайлов, В.А. Актуальные вопросы эпилептологии – стигматизация,

качество жизни и реабилитация больных // Эпилепсия и пароксизм. сост. – 2010. – Т. 2, N 3. – С. 39–44.

37. Михайлов, В.А. Качество жизни, стигматизация и восстановительная терапия больных эпилепсией : автореф. дис. ... д-ра мед. наук : 19.00.04, 14.00.13 / Владимир Алексеевич Михайлов. – СПб., 2008. – 52 с.

38. Оддерсон, И. Ботулинотерапия: карманный справочник / И Оддерсон. – М. : Практика, 2011. – С. 146–149.

39. Орехова, О.А. Влияние камптокормии на качество жизни больных с болезнью Паркинсона : автореф. дис. ... канд. мед. наук : 14.01.11 / Ольга Александровна Орехова. – М., 2013. – 24 с.

40. Орлов, В.А. Проблемы изучения качества жизни в современной медицине: обзорная информация / В.А. Орлов, С.Р. Гиляревский. – М.: Союзмединформ, 1992. – 64 с.

41. Орлова, О.Р. Ботулинический токсин типа А (диспорт) как основа лечения расстройств движений / О.Р. Орлова, С.Л. Тимербаева, С.Е. Хатькова, Е.М. Дутикова // Болезнь Паркинсона и расстройства движений. - 2008. - С. 217-222.

42. Орлова, О.Р. Отставленная дистония: особенности формирования и лечение ботулотоксином / О.Р. Орлова, И.В. Фальковский, Д.А. Красавина // Материалы IV Национального конгресса по болезни Паркинсона и расстройствам движений (с международным участием). // Под ред. С.Н. Иллариошкина, О.С. Левина. - 2017. - С. 230-233.

43. Орлова, О.Р. Фокальные дистонии и их лечение препаратом Диспорт (ботулинический токсин типа А) / О.Р. Орлова, С.Л. Тимербаева, С.Е. Хатькова и соавт. // Журн. неврол. и психиат. – 2012. – N 5. – С. 81–89.

44. Орлова, О.Р. Фокальные дистонии: современные подходы к диагностике и возможности ботулинотерапии / О.Р. Орлова // Нервные болезни. - 2016. - № 4. - С. 3-13.

45. Пасынкова, Ю.Г. Стигматизация больных шизофренией городским населением : Клинико-социологическое исследование : автореф. дис. ... канд. мед. наук : 14.00.18 / Юлия Георгиевна Пасынкова. – М., 2006. – 28 с.

46. Помников, В.Г. Болезнь Паркинсона и вопросы медико-социальной экспертизы / В.Г. Помников, И.И. Белозерцева // Давиденковские чтения : сб. тез. конгр. с междунар. участ. / Под ред. С.В. Лобзина. – СПб., 2017. – С. 37–39.
47. Прудникова, О.Г. Нейрогенные деформации позвоночника взрослых: современные проблемы и подходы к лечению / О.Г. Прудникова, А.О. Гуща, И.Н. Шатина // Хирургия позвоночника. – 2018. - №3. – С. 39-51.
48. Реут, М.Н. Стигматизация – процесс выделения индивидов / М.Н. Реут // Вестн. ТИСБИ. – 2014. – N 2. – С. 19–25.
49. Ржевская, Н.К. Стигма и проблемы организации медицинской помощи лицам с психическими расстройствами, сочетающимися с соматической патологией / Н.К. Ржевская, В.А. Руженков // Науч. вестн. Сер. Медицина. Фармация. – 2012. – N 10, Вып. 18. – С. 5–11.
50. Романова, Е.В. Проблема качества жизни семей пациентов с хроническими психическими расстройствами / Е.В. Романова // Социальные и психологические аспекты семьи. – Владивосток : ВМИИ, 2001. – С. 527–533.
51. Сидоров, П.И. Психосоматическая медицина : руководство для врачей / П.И. Сидоров, А.Г. Соловьев, И.А. Новикова / Под ред. П.И. Сидорова. – М. : МЕДпресс-информ, 2006. – 568 с.
52. Слободин, Т.Н. Современные представления о патогенезе болезни Паркинсона // Нейро News : психоневрол. и нейропсихиатр. – 2011. – N 7 (34). – С. 22–27.
53. Тимербаева, С.Л. Ботулотоксин А – высокоэффективное средство в лечении фокальных дистоний / С.Л. Тимербаева, И.А. Иванова-Смоленская, Е.Д. Маркова и соавт. // Журн. неврол. и психиатр. – 2012. – N 5. – С. 81–89.
54. Тимербаева, С.Л. Ботулотоксин А – высокоэффективное средство для лечения фокальных дистоний / С.Л. Тимербаева, И.А. Иванова-Смоленская, Е.Д. Маркова и соавт. // Журн. неврол. и психиатр. – 2000. – N 5. – С. 32–35.
55. Тюменкова, Г.В. Стигматизация и дискриминация больных эпилепсией / Г.В. Тюменкова, А.А. Портнова, З.И. Кекелидзе // Рос. психиатр. журн. – 2005. – N 4. – С. 51–57.

56. Улитин, А.Ю. Изучение особенностей личностной сферы и когнитивного статуса пациентов с эпилепсией нейрохирургического профиля / А.Ю. Улитин, М.В. Александров, А.В. Василенко и соавт. // Сборник тезисов XXI Давиденковские чтения. - 2019. - С. 334-335.

57. Федорова, Н.В. Аффективные расстройства при болезни Паркинсона / Н.В. Федорова, А.В. Мирецкая // Псих. расстр. в общ. мед. – 2009. – N 2. – С. 36–39.

58. Хасанова, Д.Р. Лечение камптокормии ботулиническим токсином. Описание собственных наблюдений и обзор литературы / Д.Р. Хасанова, З.А. Залялова, Р.Р. Азарова и соавт. // Практ. мед. – 2019. – Т. 17, N 7. – С. 158–163.

59. Хубларова, Л.А. Динамика клинических и психосоциальных показателей у пациентов с поздними нейролептическими двигательными осложнениями в процессе лечения : автореф. дис. ... канд. мед. наук : 19.00.04, 14.01.11 / Ливия Артуровна Хубларова. – СПб., 2018. – 21 с.

60. Хяникяйнен, И.В. Качество жизни у пациентов с ранней стадией хронической ишемии мозга / И.В. Хяникяйнен // Вестн. неврол., психиатр. и нейрохир. – 2018. – N 8. – С. 16–20.

61. Чикина, Е.С. Клинические, фармакоэкономические аспекты болезни Паркинсона и оценка качества жизни больных при применении агонистов дофаминовых рецепторов : автореф. дис. ... канд. мед. наук: 14.00.13 / Елена Сергеевна Чикина. – М., 2004. – 24 с.

62. Чухловина, М.Л. Патогенетические механизмы деменции у пациентов старшего возраста с болезнью Паркинсона / М.Л. Чухловина // Журн. неврол. и психиатр. им. С.С. Корсакова. – 2014. – Т. 114, N 7. – С. 79–82.

63. Шнайдер, Н.А. Генетика болезни Паркинсона / Н.А. Шнайдер, М.Р. Сапронова. – Красноярск : Копирка, 2013. – 108 с.

64. Шнайдер, Н.А. Эпидемиология болезни Паркинсона и синдрома паркинсонизма в зарубежных странах / Н.А. Шнайдер, Г.Я. Мельников, М.Р. Сапронова, С.Н. Волков // Вестник НГУ. – 2010. – Т. 8, N 3. – С. 217–225.

65. Шток, В.Н. Болезнь Паркинсона / В.Н. Шток, Н.В. Федорова //

Экстрапирамидные расстройства: руководство по диагностике и лечению / Под ред. В.Н. Штока, И.А. Ивановой-Смоленской, О.С. Левина. – М.: МЕДпресс-информ, 2002. – С. 87–124.

66. Яблонская, А.Ю. Современные подходы к коррекции вегетативных нарушений у пациентов с болезнью Паркинсона / А.Ю. Яблонская, Н.В. Федорова // Урал. мед. журн. – 2011. – N 2. – С.79–82.

67. Agari, T. Spinal Cord Stimulation for the Treatment of Abnormal Posture and Gait Disorder in Patients With Parkinson's Disease. – T. Agari, I. Date. // Neurol. Med. Chir. – 2012. – N 52. – P. 470–474.

68. Ali, F. Camptocormia. Etiology, diagnosis, and treatment response / F. Ali, J.Y. Matsumoto, A. Hassan // Neurol Clin Pract published online. – 2018.

69. Appleman, E.R. Relation of Subjective Quality of Life to Motor Symptom Profile in Parkinson's Disease / E.R. Appleman, K. Stavitsky, A. Cronin-Golomb // Parkinson's Disease. – Vol. 2011. – P. 1–5.

70. Arias Carrión, O. Pisa Syndrome / O. Arias Carrión, TE. Correa, PL. Alejandro et al. // Clin Neuropharmacol. – 2015. – 38. – P. 135–140.

71. Ariei, Y. Immediate effect of spinal magnetic stimulation on camptocormia in Parkinson's disease / Y. Ariei, Y. Sawada, K. Kawamura et al. // J Neurol Neurosurg Psychiatry. – 2014. – 85. – P. 1221–1226.

72. Asahi, T. Bilateral subthalamic deep brain stimulation for camptocormia associated with Parkinson's disease / T. Asahi, Y. Taguchi, N. Hayashi et al. // Stereotact Funct Neurosurg. – 2011. – 89. – P. 173–177.

73. Ashour, R. Striatal deformities of the hand and foot in Parkinson's disease / R. Ashour, R. Tintner, J. Jankovic et al. // Lancet Neurol. – 2005. – 4. – P. 423–431.

74. Ashour, R. Joint and skeletal deformities in Parkinson's disease, multiple system atrophy and progressive supranuclear palsy / R. Ashour, J. Jankovic // Mov. Disord. – 2006. – N 21(11). – P. 1856–1863.

75. Azher, S.N. Camptocormia: pathogenesis, classification and response to therapy / S.N. Azher, J. Jankovic // Neurol. – 2005. – N 65 (3). – P. 355–359.

76. Baker, G.A. The stigma of epilepsy: a European perspective / G.A. Baker,

J.L. Brooks, D. Buck et al. // *Epilepsia*. – 2000. – V. 41. – P. 98–104.

77. Bal, S. Upper extremity contractures heralding Parkinson's disease / S. Bal, A. Akinci, L. Ozcakar // *Joint Bone Spine*. – 2003. – 70(1). – 86 p.

78. Barker, R. The Social Psychology of Physical Disability / R. Barker // *J. of Soc. Issues*. – 1948. – N 4. – P. 34.

79. Baskind, R. Epilepsy-associated stigma in sub-Saharan Africa: The social landscape of a disease / R. Baskind, G.L. Birbeck // *Epilepsy Behav*. – 2005. – N 7 (1) P. 68–73.

80. Bhatia, K.P. The behavioral and motor consequences of focal lesions of the basal ganglia in man / K.P. Bhatia, C.D. Marsden // *Brain*. – 1994. – N 117. – P. 859–876.

81. Bissonnette, B. Pseudorheumatoid deformity of the feet associated with parkinsonism / B. Bissonnette // *J. Rheumatol*. – 1986. – N 13. – P. 825–826.

82. Bonanni, L. Botulinum Toxin Treatment of Lateral Axial Dystonia in Parkinsonism / L. Bonanni, A. Thomas, S. Varanese et al. // *Mov. Disord*. – 2007. – N 206. – P. 2097–2103.

83. Booth, G. Psychodynamics in Parkinsonism / G. Booth // *Psychosom. Med*. – 1948. – N 10. – P. 1–14.

84. Bozi, M. Paroxysmal exercise-induced dystonia as a presenting feature of young-onset / M. Bozi, K. Bhatia // *Parkinson's disease // Mov. Disord*. – 2003. – N 18. – P. 1545–1547.

85. Braak, H. Staging of brain pathology related to sporadic Parkinson's disease / H. Braak, K. Tredici, U. Rub et al. // *Neurobiol Aging*. – 2003. – Vol. 24. – P. 197–211.

86. Cacabelos, R. Parkinson's Disease: From Pathogenesis to Pharmacogenomics / R. Cacabelos // *International Journal of Molecular Sciences*. – 2017. – 18(3). – 551 p.

87. Camp, C. Paralysis agitans, multiple sclerosis and their treatment / C. Camp // *Modern Treatment of Nervous and Mental Disease* / Ed. J.S. White, H. Kimpton. – Philadelphia : Lea & Febiger, 1913. – Vol. 2. – P. 651–671.

88. Capecchi, M. Postural rehabilitation and Kinesio taping for axial postural disorders in Parkinson's disease / M. Capecchi, C. Serpicelli, L. Fiorentini et al. // Arch Phys Med Rehabil. – 2014. – 95. - 1067–1075.
89. Cattell, R.B. Personality and Mood by Questionnaire / R.B. Cattell. – San Francisco : Jossey-Bass, 1973. – 532 p.
90. Cervantes-Arriaga, A. Frequency and clinical correlates of postural and striatal deformities in Parkinson's disease / A. Cervantes-Arriaga, M. Rodriguez-Violante, H. Morales-Briceno et al. // Clin Neurol Neurosurg. – 2016. – 142. – P. 140–144)
91. Charcot, J.M. Lectures on the diseases of the nervous system : lecture 5 / J.M. Charcot. – London: New Sydenham Society, 1877. – P. 140–147.
92. Charpentier, P. Maladie de Parkinson, camptocormie et myosite focale paraspinale / P. Charpentier, A. Dauphin, T. Stojkovic et al. // Rev. Neurol. – 2005. – N 161. – P. 459–463.
93. Chen, K. Parkinsonism-dementia / K. Chen, T. Chase // Handbook of clinical neurology, extrapyramidal disorders / Ed. P.J. Vinken, G.W. Bruyn, H.L. Klawans. – Amsterdam: Elsevier Science, 1986. – P. 167–183.
94. Colosimo, C. Pisa syndrome in a patient with multiple system atrophy / C. Colosimo // Mov. Disord. – 1998. – N 13. – P. 607– 609.
95. Consky, E.S. Clinical assessments of patients with cervical dystonia / E.S. Consky, A.E. Lang // Therapy with Botulinum Toxin / Ed. J. Jancovic, M. Hallett/ – NY : Marcel Dekker, 1994/ – P. 211–237.
96. Cordivari, C. Treatment of dystonic clenched fist with botulinum toxin / C. Cordivari, V.P. Misra, S. Catania et al. // Mov. Disord. – 2001. – N 16. – P. 907–913.
97. Davidson, M. Pisa syndrome in Alzheimer's disease / M. Davidson, P. Powchilk, K.L. Davis // Biol. Psychiatry. – 1988. – N 23. – P. 213.
98. Deonna, T. Idiopathic fluctuating dystonia: a case of foot dystonia and writer's cramp responsive to L-dopa / T. Deonna, A. Ferreira // Dev. Med. Child. Neurol. – 1985. – N 27. – P. 819–821.
99. Devic, P. Myopathic camptocormia associated with myasthenia gravis / P.

Devic, A. Choumert, S. Vukusic et al. // Clin Neurol Neurosurg. – 2013. – 115. – P.1488–1489.

100. Doherty, K.M. Axial postural deformities in Parkinson's disease : thesis submitted in fulfilment of the degree of Doctor of Medicine / K.M. Doherty, M.D. Karen, R.L. Weston // Institute of Neurological Studies, London. – 2013. – 159 p.

101. Doherty, K.M. Postural deformities in Parkinson's disease / K.M. Doherty, B.P. van de Warrenburg, M.C. Peralta et al. – 2011. – Режим доступа: www.thelancet.com/neurology.

102. Dowsey-Limousin, P. Parkinsonian dystonia / P. Dowsey-Limousin // Rev. Neurol. (Paris). – 2003. – N 159 (10), Pt. 1. – P. 928–931.

103. Duvoisin, R.C. The striatal foot / R.C. Duvoisin, M.D. Yahr, J. Lieberman et al. // Trans. Am. Neurol. Assoc. – 1972. – N 97. – P. 267.

104. Ehrenstein, M.R. Not all stoops are due to osteoporosis / M.R. Ehrenstein, T. Stoll, J.C.W. Edwards // Ann. Rheum. Dis. – 1996. – N 55. – P. 21–28. – Режим доступа: doi: 10.1136/ard.55.1.21.

105. Espay, A.J. Botulinum toxin type A for Levodopa-induced cervical dyskinesias in Parkinson's disease: unfavorable risk-benefit ratio / A.J. Espay, J.E. Vaughan, R. Shukla et al. // Mov. Disord. – 2011. – N 26(5). – P. 913–914. doi: 10.1002/mds.23522.

106. Esquenazi, A. Evaluation and management of spastic gait in patients with traumatic brain injury / A. Esquenazi // J. Head. Trauma. Rehabil. – 2004. – N 19. – P. 109–118.

107. Etoom, M. Therapeutic interventions for Pisa syndrome in idiopathic Parkinson's disease. A Scoping Systematic Review / M. Etoom, M. Alwardat, Ala' S. Aburub et al. // Clinical Neurology and Neurosurgery. – 2020. – 198. – 106242 p.

108. Eysenck, H.J. The scientific study of personality / H.J. Eysenck. – London: Routledge & Kegan Paul. – 1952. – 334 p.

109. Fahn, S. Members of the UPDRS Development Committee : Unified Parkinson's disease rating scale / S. Fahn, R.L. Elton // Recent developments in

Parkinson's disease / Ed. S. Fahn, C.D. Marsden, D.B. Calne, M. Goldstein. – N.J. , 1987. – P. 153–163.

110. From off-period dystonia to peak-dose chorea: the clinical spectrum of varying subthalamic nucleus activity / P. Krack, P. Pollak, P. Limousin et al. // *Brain*. – 1999. – N 122. – P. 1133–1146.

111. Furusawa, Y. Long-term effect of repeated lidocaine injections into the external oblique for upper camptocormia in Parkinson's disease / Y. Furusawa, Y. Mukai, T. Kawazoe et al. // *Parkinsonism Relat Disord*. – 2013. – 19. – P. 350–354.

112. Gambarin, M. Pisa syndrome without neuroleptic exposure in a patient with Parkinson's disease: case report / M. Gambarin, A. Antonini, G. Moretto et al. // *Mov. Disord*. – 2006. – N 21. – P. 270–273.

113. Gavrylova, N. Camptocormia as presenting sign in dementia with Lewy bodies / N. Gavrylova, N. Limousin, J. Belin et al. // *Clin Neurol Neurosurg*. - 2013. – 115. – P. 2397–2398.

114. Gerton, B.K. Backpack treatment for camptocormia / B.K. Gerton, B. Theeler, A. Samii // *Mov. Disord*. – 2010. – Vol. 25. – P. 247–248.

115. Giannantoni, A. Botulinum Toxin Type A in Patients With Parkinson's Disease and Refractory Overactive Bladder / A. Giannantoni, A. Conte, S. Proietti et al. // *J. Urolog*. – 2011. – Vol. 186. – P. 960–964.

116. Gil, R.A. Botulinum toxin type A for the treatment of gastroparesis in Parkinson's disease patients / R.A. Gil, N. Hwynn, T. Fabian et al. // *Parkins. Relat. Disord*. – 2011. – N 17. – P. 285–287.

117. Gortvai, P. Deformities of the hands and feet in Parkinsonism and their reversibility by operation / P. Gortvai // *J. Neurol. Neurosurg. Psychiatry*. – 1963. – N 26. – P. 33–36.

118. Gowers, W.R. A manual of diseases of the nervous system / W.R. Gowers. – Philadelphia: P. Blakiston, Son & Co. – 1888. – 1400 p.

119. Ha, A.D. Pain in Parkinson's disease / A.D. Ha, J. Jankovic // *Mov Disord*. – 2012. - 27(4). – P. 485–491.

120. Harada, K. Pisa syndrome without neuroleptic exposure in a patient with Parkinson's disease: a case report / K. Harada // *Mov. Disord.* – 2006. – N 21. – P.2264–2265.
121. Hariz, G.-M. Activities of daily living and quality of life in persons with newly diagnosed Parkinson's disease according to subtype of disease, and in comparison to healthy controls / G.-M. Hariz, L. Forsgren // *Acta Neurol. Scand.* – 2011. – Vol. 123, N 1. – P. 20–27.
122. Heberlein, I. Personality, depression, and premorbid lifestyle in twin pairs discordant for Parkinson's disease / I. Heberlein, H. Ludin, J. Scholz et al. // *J. Neurol. Neurosurg. Psychiatry.* – 1998. – N 64. – P. 262–266.
123. Heinzelmann, P. Clawhand deformity presumed secondary to Parkinson's disease / P. Heinzelmann, R. Dow // *J. Hand. Surg.* – 1985. – N 10. – P. 19–21.
124. Herrera-Marschitz, M. Scoliosis in rats with experimentally-induced hemiparkinsonism: dependence upon striatal dopamine denervation / M. Herrera-Marschitz, H. Utsumi, U. Ungerstedt // *J. Neurol. Neurosurg. Psychiatry.* – 1990. – N 53. – P. 39–43.
125. Hoffman, L. Quality of life: the review / L. Hoffman, B. Brin // *J. of the Amer. Optometr. Assoc.* – 1995. – Vol. 66. – P. 281–289.
126. Hu, M.T. Limb contractures in levodopa-responsive parkinsonism: a clinical and investigational study of seven new cases / M.T. Hu, J. Bland, C. Clough et al. // *J. Neurol.* – 1999. – N 246 (8). – P. 671–676.
127. Hughes, A.J. Accuracy of clinical diagnosis of idiopathic Parkinson's disease: a clinico-pathological study of 100 cases / A.J. Hughes, S.E. Daniel, L. Kilford, A.J. Lees // *J. Neurol., Neurosurg. Psychiatry.* – 1992. – Vol. 55. – P. 181–184.
128. Isaza Jaramillo, SP. Accuracy of the Babinski sign in the identification of pyramidal tract dysfunction / SP. Isaza Jaramillo, CS. Uribe Uribe, FA. Garcia Jimenez et al. // *J Neurol Sci.* – 2014. - 343(1–2). – P. 66–68.
129. Jankovic, J. Dystonia and Parkinsonism / J. Jankovic, R. Tintner // *Parkins. Disease Relat. Disord.* – 2001. – N 8. – P. 109–112.
130. Jankovic, J. An update on new and unique uses of botulinum toxin in

movement disorders / J.Jankovic// Toxicon. - 2017.

131. Jankovic, J. Late-onset Hallervorden-Spatz disease presenting as familial parkinsonism / J. Jankovic, J. Kirkpatrick, K. Blomquist et al. // Neurol. – 1985. – N 35. – P. 227–234.

132. Jankovic, J. Camptocormia, head drop and other bent spine syndromes: heterogeneous etiology and pathogenesis of Parkinsonian deformities / J. Jankovic // Mov. Disord. – 2010. – N 25 (5). – P. 527–528.

133. Katzenschlager, R. [123]-FP-CIT-SPECT in the early diagnosis of PD presenting as exercise- induced dystonia / R. Katzenschlager, D. Costa, S. Gacinovic et al. // Neurol. – 2002. – N 59. – P. 1974–1976.

134. Koller, W.C. Classification of Parkinsonism: Handbook of Parkinson's disease / Ed. by W.C. Koller. – N-Y. ; Basel: Marsel Dekker, 1987. – 505 p.

135. Kyriakides, T. Hand contractures in Parkinson's disease / T. Kyriakides, H.R. Langton // J. Neurol. Neurosurg. Psychiatry. – 1988. – N 51. – P. 1221–1223.

136. Lang, A.E. Surgery for Parkinson disease: a critical evaluation of the state of the art / A.E. Lang // Arch. Neurol. – 2000. – N 57. – P. 1118–1125.

137. Lepoutre, A.C. A specific clinical pattern of camptocormia in Parkinson's disease / A.C. Lepoutre, D. Devos, A. Blanchard-Dauphin // J. Neurol. Neurosurg. Psychiatry. – 2006. – N 77. – P. 1229–1234.

138. Limousin, P. Abnormal involuntary movements induced by subthalamic nucleus stimulation in parkinsonian patients / P. Limousin, P. Pollak, D. Hoffmann et al. // Mov. Disord. – 1996. – N 11. – P. 231–235.

139. Lit, A.C. Man behind a mask: an analysis of the psychomotor phenomena of Parkinson's disease / A.C. Lit // Acta Neurol. – 1968. – N 68. – P. 863–874.

140. Lundblad, M. A model of L-dopa-induced dyskinesia in 6-hydroxydopamine lesioned mice: relation to motor and cellular parameters of nigrostriatal function / M. Lundblad, B. Picconi, H. Lindgren et al. // Neurobiol. Dis. – 2004. – N 16. – P. 110–123.

141. Lyons, M. Long-term benefit of bilateral subthalamic deep brain stimulation on camptocormia in Parkinson's disease / M. Lyons, O. Boucher, N. Patel et al. // Turk Neurosurg. – 2012. – 22. – P. 489–492.

142. Ma, H. Sporadic inclusion body myositis presenting with severe camptocormia / H. Ma, KM. McEvoy, M. Milone // *J Clin Neurosci.* – 2013. – 20. – P. 1628–1629.
143. MacMahon, D.G. Practical approach to quality of life in Parkinson's disease: the nurse's role / D.G. MacMahon, S. Thomas // *J. Neurol.* – 1998. – Vol. 245, suppl. 1. – P. 19–22.
144. Mahjneh, I. Axial myopathy – an unrecognized entity / I. Mahjneh, G. Marconi, A. Paetau et al. // *J. Neurol.* – 2002. – N 249. – P. 730–734. doi: 10.1007/s00415-002-0701-9.
145. McCrae, R.R. Personality trait structure as a human universal / R.R. McCrae, P. Costa // *Am. Psychol.* – 1997. – N 52. – P. 509–516.
146. McRae, C. Reliability of measurements of patient health status: a comparison of physician, patient, and caregiver ratings / C. McRae et al. // *Parkins. Relat. Disord.* – 2002. – N 8 (3). – P. 187–192.
147. Menza, M. The Personality Associated with Parkinson's Disease / M. Menza // *Cur. Psychiatry Rep.* – 2000. – N 2. – P. 421–426.
148. Miletić, V. Pisa syndrome in Parkinson's disease: Diagnostic and management challenges / V. Miletić // *Journal of Parkinsonism and Restless Legs Syndrome.* – 2016. – 6. – P. 29–35.
149. Mills, R. update on the use of botulinum toxin therapy in Parkinson's disease / R. Mills, L. Bahroo, F. Pagan // *Curr. Neurol. Neurosci. Rep.* — 2015. – Vol. 15 (1). — 511 p.
150. Mischel, W. Toward an integrative science of the person / W. Mischel // *Ann. Rev. Psychol.* – 2004. – N 55. – P. 1–22.
151. Mitscherlich, M. The psychic state of patients suffering from Parkinsonism / M. Mitscherlich // *Adv. Psychosom. Med.* – 1960. – N 1. – P. 317–324.
152. Moore, T. Operative management of foot and ankle equinovarus associated with focal dystonia / T. Moore, W. Evans, D. Murray // *Foot. Ankle. Int.* – 1998. – N 19. – P. 229–231.

153. Myopathic localisée aux muscles spinaux: une cause de cyphose lombaire acquise de l'adulte / M. Laroche, M.B. Delisle, B. Mazieres et al. // *Rev. Rhum. Mal. Osteoartic.* – 1991. – N 58. – P. 829–838.
154. Nausieda, P. Dystonic foot response of parkinsonism / P. Nausieda, W. Weiner, H. Klawans // *Arch. Neurol.* – 1980. – 37. – P. 132–136.
155. Nils, G. Camptocormia in Idiopathic Parkinson's Disease: A Focal Myopathy of the Paravertebral Muscles / G. Nils, N. Margraf, A. Wrede, A. Rohr et al. // *Mov. Disord.* – 2010. – Vol. 25, N 5. – P. 542–551.
156. Oh, YS. Camptocormia: as the first sign of Parkinson's disease / YS. Oh, JS. Kim, SW. Chung, et al. // *Can J Neurol Sci.* – 2011. – 38. – P. 370–372.
157. Ohye, C. Lesioning the thalamus for dyskinesia / C. Ohye, T. Shibazaki // *Stereotact. Funct. Neurosurg.* – 2001. – N 77. – P. 33–39.
158. Onofrj, M. Severe worsening of parkinsonism in Lewy body dementia due to donepezil / M. Onofrj, A. Thomas // *Neurol.* – 2003. – N 61. – P. 1452.
159. Oyama, A. Mechanism and treatment of dropped head syndrome associated with parkinsonism / A. Oyama, G. Hayashi, Y. et al. // *Parkins. Relat. Disord.* – 2009. – N 15. – P. 181–186.
160. Padhan, P. Parkinsonism mimicking rheumatoid arthritis / P. Padhan, D Danda // *J Rheumatol.* – 2010. - 37(6). – 1266 p.
161. Pandey, S. Assessment of striatal & postural deformities in patients with Parkinson's disease / S. Pandey, H Kumar // *Indian J Med Res.* – 2016. – 144. – P. 682–688.
162. Parkinson's disease with camptocormia / F. Bloch, J.L. Houeto, S.T. du Montcel et al. // *J. Neurol. Neurosurg. Psychiatry.* – 2006. – N 77. – P. 1223–1228.
163. Pereira, CB. Correlation of impaired subjective visual vertical and postural instability in Parkinson's disease / CB. Pereira, AK. Kanashiro, FM. Maia et al. // *J Neurol Sci.* – 2014. - 346(1–2). – P. 60–65.
164. Pisa syndrome as a motor complication of Parkinson's disease / J.S. Kim, J.W. Park, S.W. Chung et al. // *Parkins. Relat. Disord.* – 2007. – N 13. – P. 126–128.

165. Poewe, W. Premorbid personality of Parkinson patients / W. Poewe, F. Gerstenbrand, G. Ransmayr et al. // J. Neurol. Transmission. – 1983. – Suppl. 19. – P. 215–224.
166. Poewe, W.H. Dystonia in Parkinson's disease: clinical and pharmacological features / W.H. Poewe, A.J. Lees, G.M. Stern // Ann. Neurol. – 1988. – N 23. – P. 73–78.
167. Poewe, W.H. The pharmacology of foot dystonia in parkinsonism / W.H. Poewe, A.J. Lees // Clin. Neuroph. – 1987. – N 10. – P. 47–56.
168. Prichard, J.S. The effects of stress and the results of medication in different personalities with Parkinson's disease / J.S. Prichard, R.S. Schwab, W.A. Tillann // Psychosom. Med. – 1951. – N 13. – P. 106–111.
169. Purves-Stewart, J. Paralysis agitans, with an account of a new symptom / J. Purves-Stewart // Lancet. – 1898. – N 2. – P. 1258–1260.
170. Quinn, N. Multiple system atrophy – the nature of the beast / N. Quinn // J. Neurol. Neurosurg. Psychiatry. – 1989. – N 52 (suppl). – P. 78–89.
171. Quinn, N.P. Contractures of the extremities in parkinsonian subjects: a report of three cases with a possible association with bromocriptine treatment / N.P. Quinn, H. Ring, M. Honavar et al. // Clin. Neuropharm. – 1988. – N 11. – P. 268–277.
172. Quinn, N. Disproportionate antecollis in multiple system atrophy / N. Quinn // Lancet. – 1989. – N 1. – P. 844.
173. Reichel, G. Camptocormia-segmental dystonia: proposal of a new definition for an old disease / G. Reichel, U. Kirchhofer, A. Stenner // Nervenarzt. – 2001. – N 72. – P. 281–285.
174. Reynolds, F. Hand deformities in parkinsonism / F. Reynolds, G. Petropoulos // J. Chronic. Dis. – 1965. – N 18. – P. 593–595.
175. Ricciardi, L. Long-term effects of pedunculopontine nucleus stimulation for Pisa syndrome / L. Ricciardi, C. Piano, AR. Bentivoglio et al. // Parkinsonism Relat Disord. – 2014. – 20(12). – P. 1445–1446.
176. Rivest, J. Dystonia in Parkinson's disease, multiple system atrophy and progressive supranuclear palsy / J. Rivest, N. Quinn, C. Marsden // Neurol. – 1990. – N 40. – P. 1571–1578.

177. Rizzo, M. Metacarpophalangeal joint arthritis / M. Rizzo // *J Hand Surg Am.* - 36(2). – P. 345–353.
178. Roediger, J. Effect of subthalamic deep brain stimulation on posture in Parkinson's disease: a blind computerized analysis / J. Roediger, CA. Artusi, A. Romagnolo et al. // *Parkinsonism Relat Disord.* – 2019. – Режим доступа: <https://doi.org/10.1016/j.parkreldis>
179. Sandler, S.A. Camptocormia or the functional bent back / S.A. Sandler // *Psychosomat. Med.* – 1947. – N 9. – P. 197–204.
180. Sands, I.J. The type of personality susceptible to Parkinson's disease / I.J. Sands // *J. Mt. Sinai Hosp.* – 1942. – N 9. – P. 792–794.
181. Santangelo, G. Personality and Parkinson's disease: a meta-analysis / G. Santangelo, F. Garramone, Ch. Baiano et al. // *Parkinsonism and Related Disorders.* - 2018.
182. Santiago, MB. Jaccoud arthropathy in systemic lupus erythematosus: analysis of clinical characteristics and review of the literature / MB. Santiago, V. Galvao // *Medicine (Baltimore).* – 2008. - 87(1). – P. 37–44.
183. Schabitz, W.R. Severe flexion forward of the trunk in Parkinson's disease: focal myopathy of the paraspinal muscles mimicking camptocormia / W.R. Schabitz, K. Glatz, C. Schuhan // *Mov. Disord.* – 2003. – N 18. – P. 408–414.
184. Schapira, A.H. Etiology and pathogenesis of Parkinson's disease: implications for treatment / A.H. Schapira // *Nat. Rev. Neurol. Clin.* – 2009. – Vol. 30 – P. 583–603.
185. Schrag, A. What contributes to quality of life in patients with Parkinson's disease? / A. Schrag, M. Jahanshahi, N. Quinn // *J. Neurol. Neurosurg. Psychiatry.* – 2000. – Vol. 69, N 3. – P. 308–312.
186. Schulz-Schaeffer, WJ. Effect of neurostimulation on camptocormia in Parkinson's disease depends on symptom duration / WJ. Schulz-Schaeffer, NG. Margraf, S. Munser et al. // *Mov Disord.* – 2015. – 30. – P. 368–372.

187. Serratrice, G. Bent spine syndrome / G. Serratrice, J. Poujet, J.F. Pelissier // J. Neurol. Neurosurg. Psychiatry. – 1996. – N 60. – P. 51–54. – Режим доступа: doi: 10.1136/jnnp.60.1.51.
188. Shinfuku, M. Pisa syndrome caused by an acetylcholinesterase inhibitor in a patient with dementia with Lewy bodies / M. Shinfuku, S. Nakajima, H. Uchida et al. // Psychiatry Clin Neurosci. – 2011. - 65(3). – 299 p.
189. Souques, A. Contractures ou pseudo-contractures hystero-traumatiques A. Souques // Rev. Neurol. – 1914–1915. – N 28. – P. 430–431.
190. Souques, A. La camptocormie, incurvation du tronc, consecutive aux traumatismes du tronc et des lombes, considérations morphologiques / A. Souques, B. Rosanoff-Saloff // Rev. Neurol. – 1914–1915. – N 28. – P. 937–939.
191. Srivanitchapoom, P. Camptocormia in Parkinson's disease: definition, epidemiology, pathogenesis and treatment modalities / P. Srivanitchapoom, M. Hallet // J Neurol Neurosurg Psychiatry. – 2015. - vol. 0. – P. 1–11.
192. Suarez, G.A. The dropped head syndrome / G.A. Suarez, J.J. Kelly // Neurol. – 1992. – N 42. – P. 1625–1627.
193. Tassorelli, C. Pisa Syndrome in Parkinson's Disease: Clinical, Electromyographic and Radiological Characterization / C. Tassorelli, A. Furnari, S. Buscone et al. // Mov. Disord. – 2012. – Vol. 27, N. 2. – P. 227–235.
194. Taylor, K. Heterogeneity in male to female risk for Parkinson's disease / K. Taylor, J. Cook, C. Counsell // J. Neurol. Neurosurg. Psychiatry. – 2007. – N 78. – P. 905–906.
195. Thibaut, L. Camptocormia : the bent spine syndrome, an update / L. Thibaut, N. Guedj, P. Boulu et al. // Eur. Spine. J. – 2010. – N 19 (8). – P. 1229–1237.
196. Tiple, D. Camptocormia in Parkinson's disease: an epidemiological and clinical study / D. Tiple, G. Fabbrini, C. Colosimo et al. // J. Neurol. Neurosurg. Psychiatry. – 2009. – N 80. – P. 145–148.
197. Tolosa, E. Dystonia in Parkinson's disease / E. Tolosa, Y. Compta // J Neurol. – 2006. - 253(Suppl 7). – P. 7-13.
198. Townley, WA. Dupuytren's contracture unfolded / WA. Townley, R. Baker,

N. Sheppard, AO. Grobbelaar// BMJ. – 2006. - 332(7538). – P. 397–400.

199. Umapathi, T. Head drop and camptocormia / T. Umapathi, V. Chaudhry, D. Cornblath et al. // J. Neurol. Neurosurg. Psychiatry. – 2002. – N 73. – P. 1–7.

200. Vanacore, N. Pisa syndrome in a cohort of Alzheimer's disease patients / N. Vanacore, G. Suzzareddu, M. Maggini et al. // Acta Neurol Scand. – 2005. - 111(3). – P. 199–201.

201. Vanek, Z. Dystonia in corticobasal degeneration / Z. Vanek, J. Jankovic // Mov. Disord. – 2001. – N 16. – P. 252–257.

202. Ventegodt, S. Lifestyle, quality of life, and health / S. Ventegodt, J. Merrick // Sci. World. J. – 2003. – N 22 (3). – P. 811–825.

203. von Coelln, R. Ultrasound-guided injection of the iliopsoas muscle with botulinum toxin in camptocormia / R. von Coelln, A. Raible, T. Gasser, F. Asmus // Mov. Disord. – 2008. – Vol. 23. – P. 889–892.

204. Ward, C.D. Parkinson's disease in twins / C.D. Ward, R.C. Duvoisin, S.E. Ince et al. / Ed. R.G. Hassler, F. Christ // Advances in Neurology. – N-Y. : Raven Press, 1984. – Vol 40. – P. 341–344.

205. Wenger, N.K. Assessment of quality of life in clinical trials of cardiovascular therapies / N.K. Wenger, M.L. Mattson, C.D. Furberg et al. // Amer. J. of Cardiol. – 1984. – N 54. – P. 908–913.

206. Wijemanne, S. Hand, foot and spine deformities in parkinsonian disorders / S. Wijemanne, J. Jankovic // Journal of Neural Transmission. – 2019. - Vol. 126, Is 3. – P. 253-264.

207. Winkler, AS. The frequency and significance of 'striatal toe' in parkinsonism / AS.Winkler, I. Reuter, G. Harwood et al. // Parkinsonism Relat Disord. – 2002. - 9(2). – P. 97–101.

208. Wunderlich, S. Camptocormia in Parkinson's disease mimicked by focal myositis of the paraspinal muscles / S. Wunderlich, I. Csoti, K. Bliniers et al. // Mov. Disord. – 2002. – N 17. – P. 598–600.

209. Zannas, AS. Cholinesteraseinhibitors and Pisa syndrome: a pharmacovigilance study / AS. Zannas, Y. Okuno, PM. Doraiswamy// Pharmacotherapy.

– 2014. - 34(3). – P. 272–278.

210. Zenone, T. Camptocormia as a clinical manifestation of polymyositis/systemic sclerosis overlap myositis associated with anti-Ku / T. Zenone, N. Streichenberger, M. Puget // *Rheumatol Int.* – 2013. – 33. – P. 2411–2415.

Приложение 1

Анкета пациента

Общие данные

1. Ф.И.О. _____

I. Социальные и бытовые факторы

2. Возраст (число лет) _____

3. Пол

- мужской 1
- женский 2

4. Образование

- начальное 1
- неполное среднее 2
- среднее 3
- незаконченное высшее 4
- высшее 5

5. Семейное положение

- состоит в браке 1
- холост 2
- разведен 3
- вдов 4

6. Проживает

- один 1
- с семьей 2

7. Внутрисемейные отношения

- хорошие

- с излишней опекой 2
- безразличные 3
- недоброжелательные 4

8. Взаимоотношения с окружающими

- хорошие 1
- нейтральные 2
- конфликтные 3

9. Трудоспособность и трудовая деятельность в настоящее время

Трудоспособность	Трудовая деятельность		
	Работает или учится	Не работает, не учится, не является пенсионером по возрасту	Пенсионер по возрасту, не работает
Без ограничений	1	2	3
1 группа	4	5	6
2 группа	7	8	9
3 группа	10	11	12

II. Сведения о настоящем заболевании

10. Дата начала заболевания _____

11. Форма заболевания ____

- ригидно-дрожательная 1
- акинетико-ригидная 2

12. Стадия заболевания по Хен – Яру _____

13. Темп прогрессирования заболевания:

- быстрый 1
- умеренный 2

- медленный 3

14. Вид дистонии:

- камптокормия (наклон туловища вперед) 1
- пизанская башня (наклон туловища вбок) 2
- цервикальная дистония (наклон, поворот или запрокидывание головы) 3
- подворот стопы 4
- дистония руки 5
- другое (_____) 6

15. Дата первого проявления дистонии _____

16. Принимаемая терапия: _____

- леводопа 1
- агонисты 2
- амантадины 3
- холинолитики 4
- ингибиторы МАО 5
- другое 6

17. Связь появления дистонии с изменением терапии

- да 1
- нет 2
- затрудняюсь ответить 3

18. Зависимость выраженности дистонии от приема лекарств

- нет 1
- уменьшается после приема лекарств 2
- усиливается после приема лекарств 3

III. Сопутствующие или перенесенные заболевания

19. Гипертоническая болезнь

- нет 1
- I степень 2

- II степень 3
- III степень 4

20. Нарушения сердечного ритма

- нет 1
- экстрасистолия 2
- пароксизмальная аритмия 3
- постоянная аритмия 4

21. Сахарный диабет

- нет 1
- инсулинзависимый 2
- инсулиннезависимый 3

22. ОНМК

- нет 1
- да 2

23. ЧМТ

- нет 1
- да 2

24. Хроническая интоксикация никотином

- нет 1
- была в анамнезе 2
- есть в настоящее время 3

25. Хроническая алкогольная интоксикация

- нет 1
- была в анамнезе 2
- есть в настоящее время 3

26. Другие сопутствующие заболевания, существенно отражающиеся на функциональном состоянии больного

- нет 1
- да 2

Какие именно _____

Приложение 2

Унифицированная рейтинговая шкала оценки болезни Паркинсона
(Unified Parkinson's Disease Rating Scale - UPDRS)

Шкала **UPDRS** используется для оценки длительного течения болезни Паркинсона. Она состоит из разделов: 1. мышление, поведение, настроение, 2. повседневная деятельность, 3. движение и 4. осложнения лечения. Все эти показатели оцениваются во время собеседования. До 59 баллов – 1 степень, 60-118 – 2 степень, 119 – 203 – 3 степень

I. МЫШЛЕНИЕ

1. Интеллектуальные нарушения:

1.0. отсутствуют;

1.1. легкие; сочетание забывчивости с частичным воспоминанием событий, другие нарушения отсутствуют;

1.2. умеренные нарушения памяти с дезориентацией и умеренными трудностями при решении сложных проблем; легкие, но несомненные нарушения действий по дому, иногда пациент нуждается в подсказках;

1.3. выраженные нарушения памяти с дезориентацией во времени и часто в месте; серьезные затруднения при решении проблем;

1.4. выраженные нарушения памяти с сохранением ориентации только в собственной личности; неспособность рассуждать или решать проблемы; требует значительной помощи по уходу; совершенно не может жить один.

2. Нарушения мышления (вследствие деменции или лекарственной интоксикации):

2.0. отсутствуют;

2.1. яркие сновидения;

2.2. «доброкачественные» галлюцинации с сохранением критического отношения к ним;

2.3. редкие и частые галлюцинации или бред, критика отсутствует; могут нарушать повседневную деятельность;

2.4. постоянные галлюцинации, бред и психоз; неспособен к самообслуживанию.

3. Депрессия:

3.0. отсутствует;

3.1. периоды пониженного настроения или вины более выражены, чем в норме, но никогда не затягиваются на несколько дней или недель;

3.2. затяжная депрессия (1 неделя и более);

3.3. затяжная депрессия с вегетативными симптомами (бессонница, анорексия, снижение массы тела, снижение интереса);

3.4. затяжная депрессия с вегетативными симптомами и суицидальными мыслями или попытками.

4. Мотивации/Инициативность:

4.0. норма;

4.1. менее активен, чем обычно; более пассивен;

4.2. снижение инициативы или интереса в отдельных (необычных) сферах деятельности;

4.3. снижение инициативы или интереса в повседневной (обычной) деятельности;

4.4. полная потеря мотивации и инициативы.

II. ПОВСЕДНЕВНАЯ ДЕЯТЕЛЬНОСТЬ (как для периодов «on», так и для «off»)

5. Речь:

5.0. норма;

5.1. легкие нарушения; речь пациента остается понятной;

5.2. умеренные нарушения; пациента иногда просят повторить сказанное;

5.3. тяжелые нарушения; пациента часто просят повторить сказанное;

5.4. речь почти неразборчива.

6. Саливация:

6.0. норма;

6.1. незначительное, но несомненное скопление слюны во рту; может быть ночное

слюноотечение;

6.2. умеренная гиперсаливация; может быть минимальное слюноотечение;

6.3. выраженная гиперсаливация с небольшим слюноотечением;

6.4. выраженное слюноотечение, требуется постоянно использование салфетки или носового платка.

7. Глотание:

7.0. норма;

7.1. редкое поперхивание;

7.2. частое поперхивание;

7.3. возможно глотание только мягкой пищи;

7.4. питание только через назогастральный зонд или гастростому.

8. Почерк:

8.0. норма;

8.1. небольшая замедленность или микрография;

8.2. умеренная замедленность или микрография, все слова понятны;

8.3. выраженные нарушения; не все слова понятны;

8.4. большая часть написанных слов непонятна.

9. Разрезание продуктов и обращение с посудой:

9.0. норма;

9.1. довольно медленные и неловкие движения, но помощь не требуется;

9.2. может резать большинство продуктов, хотя медленно и неловко; нуждается в небольшой помощи;

9.3. нарезать продукты не может, но пищу принимает сам, медленно;

9.4. нуждается в кормлении.

10. Одевание:

10.0 норма;

10.1. несколько замедленное, но помощь не требуется;

10.2. иногда требуется помощь в застегивании пуговиц, продевании рук в рукава;

10.3. требуется значительная помощь, но некоторые действия может выполнять самостоятельно;

10.4. беспомощен.

11. Гигиена:

11.0. норма;

11.1. выполнение замедлено, но помощь не требуется;

11.2. нуждается в помощи при принятии душа или ванны, или выполняет гигиенические процедуры очень медленно;

11.3. требуется помощь при умывании, чистке зубов, причесывании, посещении ванной комнаты (туалета);

11.4. нуждается в катетере Фолея или других пособиях.

12. Повороты в постели и приведение постельных принадлежностей в порядок:

12.0. норма;

12.1. несколько замедленны, но постоянная помощь не требуется;

12.2. самостоятельно поворачивается поправляет простыни, но с большим трудом;

12.3. начинает поворачиваться или заправлять постель сам, но не может завершить действие;

12.4. нуждается в посторонней помощи.

13. Падения (не связанные с застываниями):

13.0. отсутствуют;

13.1. редкие;

13.2. периодические падения, реже одного раза в день;

13.3. падает в среднем один раз в сутки;

13.4. падает чаще, чем один раз в сутки.

14. Застывания во время ходьбы:

14.0. отсутствуют;

14.1. редкие; может быть затруднено начало движения;

14.2. периодические застывания во время ходьбы;

14.3. частые застывания; иногда падает вследствие застываний;

14.4. частые падения вследствие застываний.

15. Ходьба:

15.0. норма;

15.1. легкие затруднения; могут отсутствовать содружественные движения руками, либо шаркает ногами;

15.2. умеренные затруднения, но помощь не требуется или минимальна;

15.3. выраженные нарушения ходьбы, требуется помощь;

15.4. ходьба невозможна, даже при посторонней помощи.

16. Тремор:

16.0. отсутствует;

16.1. небольшой, возникает редко;

16.2. умеренный, мешает пациенту;

16.3. выраженный, мешает выполнению многих движений;

16.4. очень выраженный, препятствует выполнению большинства движений.

17. Нарушения чувствительности, связанные с паркинсонизмом:

17.0. отсутствуют;

17.1. изредка возникает онемение, ощущение ползания мурашек или небольшая боль;

17.2. онемение, ощущение ползания мурашек или небольшая боль возникают часто, но легко переносятся;

17.3. частые болезненные ощущения;

17.4. мучительная боль.

III. ИССЛЕДОВАНИЕ ДВИГАТЕЛЬНЫХ ФУНКЦИЙ

18. Речь:

18.0. норма;

18.1. небольшое снижение выразительности, нарушение дикции и/или громкости речи;

18.2. умеренные нарушения речи: речь монотонная, смазанная, но понятная;

18.3. выраженное нарушение речи, трудно понять пациента;

18.4. речь непонятна.

19. Мимика:

19.0. норма;

19.1. небольшая гипомимия, может наблюдаться и в норме [«лицо покера»];

- 19.2. небольшое, но несомненное снижение выразительности;
- 19.3. умеренная гипомимия; рот иногда приоткрыт;
- 19.4. маскообразное или «»фиксированное» лицо с грубым нарушением или отсутствием мимики; рот приоткрыт на 0,5 см и более.
- 20. Тремор покоя (голова, руки и ноги):
 - 20.0. отсутствует;
 - 20.1. незначительный и непостоянный;
 - 20.2. постоянный низкоамплитудный; или умеренный по амплитуде, но непостоянный;
 - 20.3. почти постоянный тремор средней амплитуды;
 - 20.4. почти постоянный высокоамплитудный тремор.
- 21. Тремор действия или постуральный тремор:
 - 21.0. отсутствует;
 - 21.1. легкий; наблюдается при движении;
 - 21.2. средний по амплитуде, наблюдается при движениях;
 - 21.3. средний по амплитуде, наблюдается как при движениях, так и при удержании позы;
 - 21.4. высокоамплитудный тремор; мешает приему пищи.
- 22. Ригидность (оценивается у сидящего расслабленного пациента при пассивных движениях в крупных суставах; феномен «зубчатого колеса» не учитывается):
 - 22.0. отсутствует;
 - 22.1. легкая или выявляемая только при разнонаправленных движениях;
 - 22.2. легкая или умеренная;
 - 22.3. выраженная ригидность, но легко достигается полный объем движения;
 - 22.4. тяжелая ригидность, полный объем движения достигается с трудом.
- 23. Проба с постукиванием пальцами (пациент быстро постукивает кончиком указательного пальца по большому):
 - 23.0. норма;
 - 23.1. легкое замедление и/или снижение амплитуды;
 - 23.2. умеренные нарушения; несомненная и быстрая утомляемость; иногда

возможны остановки;

23.3. тяжелые нарушения; частые затруднения при начале движения или остановки во время движения;

23.4. проба выполняется с трудом.

24. Движения кистей:

24.0. норма;

24.1. легкое замедление и/или снижение амплитуды;

24.2. умеренные нарушения; несомненная и быстрая утомляемость; иногда возможны остановки;

24.3. тяжелые нарушения; частые затруднения при начале движения или остановки во время движения;

24.4. проба выполняется с трудом.

25. Быстрые противоположенные движения кистей рук (пронация-супинация, вертикальные и горизонтальные движения с максимальной амплитудой одновременно двумя руками):

25.0. норма;

25.1. легкое замедление и/или снижение амплитуды;

25.2. умеренные нарушения; несомненная и быстрая утомляемость; иногда возможны остановки;

25.3. тяжелые нарушения; частые затруднения при начале движения или остановки во время движения;

25.4. проба выполняется с трудом.

26. движения в стопе (постукивание пяткой по полу с максимальной амплитудой, поднимая всю ногу; амплитуда должна быть не менее 7 – 8 см):

26.0. норма;

26.1. легкое замедление и/или снижение амплитуды;

26.2. умеренные нарушения; несомненная и быстрая утомляемость; иногда возможны остановки;

26.3. тяжелые нарушения; частые затруднения при начале движения или остановки во время движения;

26.4. проба выполняется с трудом.

27. Вставание со стула (пациент пытается встать со стула с прямой спинкой, скрестив руки на груди):

27.0. норма;

27.1. медленно или не с первой попытки;

27.2. встает с помощью рук;

27.3. может упасть обратно на стул, может потребоваться несколько попыток, однако встает самостоятельно;

27.4. не может встать самостоятельно.

28. Осанка:

28.0. нормальная, прямая;

28.1. не совсем прямо, небольшая сутулость (для пожилых может считаться нормой);

28.2. умеренная, несомненно патологическая сутулость; туловище может быть немного отклонено в сторону;

28.3. выраженная сутулость с кифозом; туловище может быть немного отклонено в сторону;

28.4. значительное сгибание туловища, крайняя степень нарушения позы.

29. Походка:

29.0. норма;

29.1. походка замедленная, шаркающая, мелкими шагами, но не семенящая (поспешные шаги), без пропulsий;

29.2. ходит с трудом, мелкими шажками, несколько семенящая, могут быть пропulsии, помощь не требуется или минимальна;

29.3. выраженные нарушения походки; требуется посторонняя помощь;

29.4. ходьба невозможна, даже с посторонней помощью.

30. Постуральная устойчивость (реакция на внезапный толчок назад, осуществляемый давлением на плечи больного, находящегося в положении стоя, с открытыми глазами, немного расставленными ногами; пациент должен быть предупрежден о проведении пробы):

30.0. норма;

30.1. ретропульсия, но самостоятельно восстанавливает равновесие;

30.2. не может сохранять равновесие самостоятельно, без поддержки падает;

30.3. выражена неустойчивость; теряет равновесие спонтанно;

30.4. не может стоять без посторонней помощи.

31. Туловищная брадикинезия и гипокинезия (сочетание замедленности, неустойчивости, уменьшения содружественных движений рук, уменьшения амплитуды и скудности движений):

31.0. отсутствует;

31.1. минимальная замедленность, придающая движениям неторопливый характер; для некоторых людей может быть нормой; возможно снижение амплитуды;

31.2. небольшое, но очевидное замедление и скудность движений или уменьшение их амплитуды;

31.3. умеренная замедленность, скудность или уменьшение амплитуды движений;

31.4. выраженная замедленность, скудность или уменьшение амплитуды движений.

IV. ОСЛОЖНЕНИЯ ЛЕЧЕНИЯ

A. ДИСКИНЕЗИИ

32. Длительность: какую часть дня наблюдается дискинезия (по данным анамнеза):

32.0. отсутствуют;

32.1. 1% - 25%;

32.2. 26% - 50%;

32.3. 51% - 75%;

32.4. 76% - 100%.

33. Инвалидизация: насколько дискинезии инвалидизируют пациента? (данные анамнеза; возможно уточнение во время осмотра):

33.0. не инвалидизируют;

33.1. слегка инвалидизируют;

33.2. умеренно инвалидизируют;

33.3. сильно инвалидизируют;

33.4. полная инвалидизация.

34. Боль при дискинезии: насколько болезненными являются дискинезии:

34.0. болезненные;

34.1. легкая болезненность;

34.2. умеренная болезненность;

34.3. тяжелая болезненность;

34.4. очень тяжелая болезненность.

35. Наличие утренней дистонии (по данным анамнеза):

35.0. нет;

35.1. есть.

В. КЛИНИЧЕСКИЕ ФЛЮКТУАЦИИ

36. Имеются ли предсказуемые периоды «выключения»?

36.0. нет;

36.1. да.

37. Имеются ли непредсказуемые периоды «выключения»?

37.0. нет;

37.1. да.

38. Имеются ли возникающие внезапно, в течение нескольких секунд, периоды «выключения»?

38.0. нет;

38.1. да.

39. Какую часть дня (когда пациент бодрствует) в среднем занимают периоды «выключения»?

39.0. отсутствуют;

39.1. 1% - 25%;

39.2. 26% - 50%;

39.3. 51% - 75%;

39.4. 76% - 100%.

С. ДРУГИЕ ОСЛОЖНЕНИЯ

40. Имеются ли у пациента анорексия, тошнота или рвота?

40.0. нет;

40.1. да.

41. Имеются ли нарушения сна, такие, как инсомния или гиперсомния?

41.0. нет;

41.1. да.

42. Имеются ли у пациента ортостатические реакции (если да, запишите артериальное давление, рост и массу тела):

42.0. нет;

42.1. да.

Приложение 3

Шкала повседневной жизненной активности Шваба и Ингланда

Schwab and England Activities of Daily Living

Оценка может осуществляться исследователем или самим пациентом:

100% полностью независим; выполняет все обязанности, затруднения или нарушения отсутствуют.

90% - полностью независим; справляется с повседневными обязанностями несколько замедленно, с некоторыми затруднениями или нарушениями; выполнение обязанностей может занимать в 2 раза больше времени, чем обычно;

80% - независим при выполнении большинства повседневных обязанностей; выполнение обязанностей занимает в 2 раза больше времени, чем обычно; осознает наличие трудностей и замедления;

70% - не полностью независим; выполнение повседневных обязанностей требует больше усилий; тратит на них в 3-4 раза больше времени, чем обычно, может затрачивать на них большую часть дня;

- 60% - частичная зависимость; с большинством повседневных обязанностей справляется сам, но медленно, прилагая значительные усилия; некоторые действия выполняет с ошибками или не может выполнять;
- 50% - более зависим; в половине случаев нуждается в посторонней помощи; все повседневные обязанности выполняет с трудом;
- 40% - очень зависим от посторонней помощи; может помогать в выполнении всех повседневных обязанностей, но самостоятельно может выполнять лишь некоторые из них;
- 30% - с трудом выполняет (или начинает выполнять) лишь отдельные повседневные обязанности самостоятельно; нуждается в значительной посторонней помощи;
- 20% - не в состоянии делать ничего самостоятельно; немного помогает в выполнении некоторых обязанностей; тяжелая инвалидизация;
- 10% - полная зависимость, беспомощен;
- 0% - нарушены такие вегетативные функции, как глотание, мочеиспускание и дефекация; прикован к постели.

Приложение 4

Опросник камптокормии Марграфа

1. Степень наклона (в градусах):

нет наклона	0-29	30-59	60-89	≥ 90
0	1	2	3	4

2. Зависимость появления камптокормии от положения тела:

4 – есть в положении сидя

3 – возникает сразу после вставания

2 – возникает после прохождения дистанции около 50 метров

1 – возникает только после значительного времени стояния или ходьбы

0 – нет ни в каком положении

3. Как часто в течение дня существует камптокормия?

4 – весь день

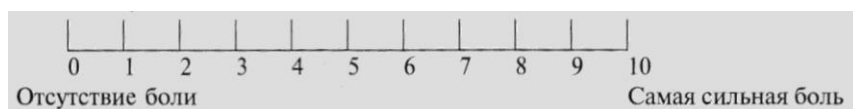
3 – несколько часов в течение дня

2 – только в вечернее время/при значительной усталости

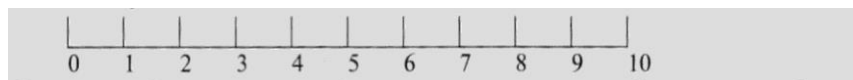
1 – только изредка

0 – нет никогда

4. Есть ли у Вас боль в спине?



5. Как ограничивает камптокормия вашу повседневную активность?



Нет ограничений

Очень

ограничивает

6. Как давно у вас развилась камптокормия.

7. Усиливается ли со временем степень камптокормии?

2 – да

1 – нет

8. Используете ли Вы вспомогательные приспособления во время ходьбы?

2 – да

1 – нет

9. Меняется ли степень камптокормии после приема противопакинсонических препаратов?

2 – нет

1 – да

Приложение 5

Модифицированный опросник Марграфа

1. Степень наклона (в градусах от вертикали):

нет наклона	0-29	30-59	60-89	≥ 90
0	1	2	3	4

2. Зависимость появления камптокормии от положения тела:

4 - есть в положении сидя

3 - возникает сразу после вставания

2 - возникает после прохождения дистанции около 50 метров

1 - возникает только после значительного времени стояния или ходьбы

3. Если камптокормия возникает во время ходьбы (на каком шаге или через сколько метров)? _____

4. Форма камптокормии:

- грудопоясничная

- пояснично-крестцовая

5. Вид камптокормии:

- изолированная

- в сочетании с антеколлизом

- в сочетании с синдромом «пизанской башни»

Сторона наклона:	Степень наклона «башни» (в градусах от вертикали)		
влево			
вправо	0-15	15-30	30-45

6. Как часто в течение дня существует камптокормия?

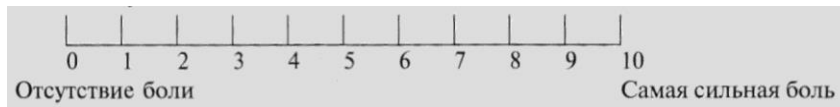
4 - весь день

3 - несколько часов в течение дня

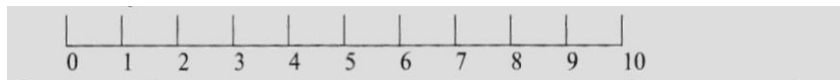
2 - только в вечернее время/при значительной усталости

1 - только изредка

7. Есть ли у Вас боль в спине?



8. Как ограничивает камптокормия вашу повседневную активность?



Нет ограничений

Очень ограничивает

9. Как давно у вас развилась камптокормия?

10. Усиливается ли со временем степень камптокормии?

11. Используете ли Вы вспомогательные приспособления во время ходьбы?

12. Меняется ли степень камптокормии после приема противопакинсонических препаратов?

Приложение 6

Шкала спастической кривошеи TWSTRS

Рейтинговая шкала спастической кривошеи западного Торонто
(Toronto Western Spasmodic Torticollis Rating Scale, Consky E., 2010)

I. Шкала тяжести спастической кривошеи (максимальная сумма баллов – 35)	
A. Максимальное отклонение головы от среднего положения Оценивают максимальное отклонение от среднего положения в покое; чтобы больной не пытался выпрямить голову, при проведении обследования можно использовать отвлекающие внимание приемы. Если результат оказывается между двумя баллами, выбирают более высокий.	Баллы
1. Спастическая кривошея с ротацией головы (вправо или влево) 0=Отсутствует(0°); 1 = Незначительная (<1/4 максимальной амплитуды движений, 1-22°); 2 = Легкая (1/4-1/2 амплитуды, 23-45°); 3 = Умеренная (1/2-3/4 амплитуды, 46-67°); 4 = Выраженная (> 3/4 амплитуды, 68-90°)	0-4
2. Спастическая кривошея с наклоном головы к плечу (вправо или влево, исключить поднятие плеча) 0= Отсутствует (0°); 1=Легкий (1-15°); 2=Умеренный(16-35°); 3= выраженный (>35)	0-3
3. Спастическая кривошея с наклоном головы вперед или запрокидыванием головы назад (а или б)	0-3
а. Наклон головы вперед 0= Отсутствует; 1=Легкий; 2=Умеренный (до половины максимальной амплитуды); 3= выраженный (подбородок почти прижат к груди)	0-3

б. Запрокидывание головы назад 0= Отсутствует; 1= Легкое отклонение темени назад с поднятием подбородка; 2=Умеренное (до половины максимальной амплитуды); 3 = Выраженное (максимальная амплитуда)	0-3
---	------------

4. Боковое смещение (вправо или влево) 0= Отсутствует; 1=Присутствует	0-1
5. Продольное смещение (вперед или назад)	0-1
Б. Частота появления (баллы умножаются на 2) 0= Отсутствует; 1= Возникает изредка (<25% времени), обычно не достигает максимума; 2 = Возникает изредка (<25% времени) и часто достигает максимума, либо возникает периодически (25-50% времени) и обычно не достигает максимума; 3 = возникает периодически (25-50% времени) и часто достигает максимума, либо возникает часто (50-75% времени) и обычно не достигает максимума; 4= возникает часто (50-75% времени) и часто достигает максимума, либо наблюдается постоянно(>75% времени) и обычно не достигает максимума; 5 = Наблюдается постоянно(>75% времени) и часто достигает максимума	2-10
В. Эффективность приемов, ослабевающих дистонию 0= полное исчезновение симптомов после одного или нескольких приемов; 1= частичное ослабление симптомов; 2= приемы не помогают совсем или незначительно	0-2
Г. Поднятие плеча и его смещение вперед 0=отсутствует; 1= легкое (<1/3 максимальной амплитуды), наблюдается периодически или постоянно; 2= Умеренное (1/3-2/3	0-3

максимальной амплитуды) и постоянное(>75% времени) либо тяжелое(>2/3 максимальной амплитуды) и периодическое; 3= Тяжелое и постоянное	
Д. Амплитуда движений (без использования приемов, ослабляющих дистонию; если движение ограничено более чем в одной плоскости, выбирают наивысший балл) 0=больной может повернуть голову в крайнее противоположное положение; 1=больной поворачивает голову далеко за среднее положение, но не до крайнего противоположного; 2= больной лишь слегка может повернуть голову за среднее положение; 3= больной поворачивает голову в направлении среднего положения, но не далее; 4= поворот головы почти невозможен	0-4
Е. Время в течение которого больной может удерживать голову повернутой на 10° от обычного положения, не прибегая к приемам для уменьшения дистонии (среднее из 2 попыток) 0=>60с; 1= 46-60с; 2=31-45с; 3=16-30с; 4=< 15 с	0-4
Общий балл	
II. Шкала инвалидизации (максимальная сумма баллов – 30)	
А. Работа (профессиональная деятельность или ведение домашнего хозяйства) 0=без затруднений; 1=работоспособность не снижена, все необходимые действия выполняются достаточно эффективно, есть небольшие затруднения, вызванные спастической кривошеей; 2= большинство действий не вызывает затруднений; некоторые выполняются с трудом, однако достаточно эффективно; 3= работоспособность снижена; большинство действий вызывает затруднения, в некоторых случаях результатов добиться не удастся;	0-5

4= профессиональная деятельность невозможна; сохранена способность выполнять, хотя и не очень эффективно некоторые действия, связанные с ведением домашнего хозяйства; 5= профессиональная деятельность и ведение домашнего хозяйства почти или совсем невозможны	
Б. Самообслуживание (еда, одевание, гигиенические процедуры, в том числе мытье, бритье, уход за лицом и т.п.) 0=без затруднений; 1= без затруднений, однако спастическая кривошея доставляет некоторые неудобства; 2=отдельные действия выполняются с трудом, но возможны благодаря приемам, уменьшающим дистонию; 3= большинство действий выполняются с трудом и может потребовать приемов для уменьшения дистонии; 4= все действия затруднены, некоторые из них невозможны без посторонней помощи; 5= большинство действий, связанных с самообслуживанием, невозможны без посторонней помощи	0-5
В. Управление автомобилем 0= без затруднений (или больной не водит машину); 1= Способность управлять автомобилем не снижена, но спастическая кривошея доставляет больному неудобства; 2= способность управлять автомобилем не снижена, но больной вынужден использовать приемы для ослабления дистонии (например, периодически или постоянно прикасаться к лицу, опираться затылком на подголовник); 3= способен вести автомобиль лишь на небольшие расстояния; 4= как правило, не может управлять автомобилем из-за спастической кривошеи; 5=из-за спастической кривошеи не только не может управлять автомобилем, но не способен долгое время ехать в качестве пассажира	0-5

Г. Чтение 0= без затруднений; 1= может читать, сидя в обычной позе, но спастическая кривошея доставляет неудобства; 2=может читать сидя в обычной позе, но для ослабления дистонии прибегает к определенным приемам; 3= может читать сидя, но для ослабления дистонии требуются энергичные усилия , либо не может читать сидя, но читает в другом положении(например, лежа); 4= читать трудно, несмотря на использование приемов для уменьшения дистонии; 5= из-за спастической кривошеи больной не в состоянии прочесть больше нескольких предложений	0-5
Д. Просмотр телевизора 0= без затруднений; 1= может смотреть телевизор, сидя в обычной позе, но спастическая кривошея доставляет неудобства; 2=может смотреть телевизор сидя в обычной позе, но прибегает к приемам для ослабления дистонии; 3= может смотреть телевизор сидя, но для ослабления дистонии требуются энергичные усилия , либо не может смотреть телевизор сидя, но смотрит его в другом положении(например, лежа); 4= смотреть телевизор трудно из-за спастической кривошеи; 5= из-за спастической кривошеи больной не может смотреть телевизор дольше нескольких минут	0-5
Ж. Действия, требующие выхода за пределы дома(прогулки, поездки в магазины, кино, рестораны и т.п.) 0= без затруднений; 1= не ограничены, но спастическая кривошея доставляет больному неудобства; 2= не ограничены, но больной вынужден прибегать к приемам для ослабления дистонии;3= выходит из дома лишь в сопровождении других лиц; 4= ограничены, а определенные действия из-за спастической кривошеи невозможны,	0-5

или больной				
отказывается от них; 5= редко выходит из дома или не выходит совсем				
Общий балл				
III. Шкала интенсивности боли				
<i>(максимальная сумма баллов – 20)</i>				
А. Интенсивность боли	наименьшая	наибольшая	обычная	0-10
Оценивают интенсивность боли при спастической кривошее за неделю, предшествующую опросу, в баллах от 0 до 10 (где 0 означает отсутствие боли, а 10 – крайне мучительную боль). Результат рассчитывается так: (наименьшая интенсивность боли + наибольшая интенсивность боли + (2* обычная интенсивность боли))/4				
Б. Продолжительность боли				0-5
0= нет боли; 1= менее 10% времени; 2= 10-25% времени; 3= 26-50% времени; 4= 51-75% времени; 5= >75% времени				
В. Нетрудоспособность вследствие боли				0-5
0= боль отсутствует; 1= боль беспокоит, но не нарушает трудоспособности; 2= боль мешает выполнять некоторые действия, но не является заметной причиной нетрудоспособности; 3= нетрудоспособность отчасти (менее чем наполовину) обусловлена болью; 4= боль является одной из основных помех при выполнении многих действий, кроме того, нетрудоспособность отчасти (менее чем наполовину) обусловлена патологическим положением головы; 5= боль – основная причина нетрудоспособности, в ее отсутствие даже действия, связанные с наибольшими затруднениями, выполняются нормально, несмотря на патологическое положение головы				
Общий балл				
Общая оценка по шкале TWSTRS				

Приложение 7

Шкала равновесия Берга

Шкала равновесия Берга	min0	1	2	3	4max
1. Из положения сидя в положение стоя					
2. Положение стоя без поддержки					
3. Положение сидя без поддержки (ноги на полу)					
4. Из положения стоя в положение сидя					
5. Перемещение					
6. Положение стоя без поддержки с закрытыми глазами					
7. Положение стоя без поддержки, ноги вместе					
8. Движение вперед с вытянутыми руками					
9. Поднять предмет с пола					
10. Обернуться и посмотреть через левое и правое плечо					
11. Оборот на 360 градусов					
12. Вести счет каждой ступени, на которую наступает пациент, на табурете стремянке					
13. Положение стоя без поддержки, одна нога впереди					
14. Положение стоя на одной ноге					
Общее количество баллов					

Приложение 8

Визуальная аналоговая шкала (ВАШ)

1. Какова Ваша боль прямо сейчас?										
0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Нет боли			Максимальная невыносимая боль							
2. Каков Ваш наиболее типичный или средний уровень боли?										
0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Нет боли			Максимальная невыносимая боль							
3. Каков Ваш уровень боли в наилучшие периоды болезни (как близко к нулю)?										
0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Нет боли			Максимальная невыносимая боль							
4. Каков Ваш уровень боли в наихудшие периоды болезни (как близко к десяти)?										
0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Нет боли			Максимальная невыносимая боль							

Рисунок 5. Четырехсоставная визуально-аналоговая шкала боли

Приложение 9

Гиссенский личностный опросник

Фамилия

Профессия

Дата рождения

Дата

исследования

В этом опроснике речь идет о том, как Вы сами себя видите и оцениваете. Пожалуйста, отметьте свое мнение о себе, обведя соответствующую цифру в шкале. Центр шкалы — 0, вправо и влево она простирается от 1 до 3.

«0» означает, что Вы считаете свое поведение не отличающимся от поведения других людей. Например, в пункте 1: если у Вас такое впечатление, что Вы в сравнении с другими людьми ни нетерпеливы, ни терпеливы, то обведите, пожалуйста, кружком «0». Если Ваше поведение отклоняется в ту или иную сторону, то обведите, пожалуйста, соответственно 1, 2 или 3.

1	У меня впечатление, что я скорее нетерпеливый человек	3	2	1	0	1	2	3	скорее терпеливый человек
2	Я полагаю, что я скорее стремлюсь к общению	3	2	1	0	1	2	3	скорее избегаю общения

3	Я считаю, что я скорее предпочитаю руководить другими людьми	3	2	1	0	1	2	3	предпочитаю, чтобы мною руководили
4	Я думаю, что изменение внешних условий моей жизни очень сильно повлияло бы на мое душевное состояние	3	2	1	0	1	2	3	очень мало повлияло бы на мое душевное состояние
5	У меня впечатление, что я довольно редко	3	2	1	0	1	2	3	довольно часто обеспокоен своими внутренними проблемами
6	Мне кажется, что я скорее склонен (склонна) подавлять гнев и досаду	3	2	1	0	1	2	3	склонен (склонна) проявлять гнев и досаду
7	Мне кажется, что для меня очень важно	3	2	1	0	1	2	3	почти совсем не важно в чем-то превосходить других людей
8	Я считаю себя совсем не склонным к тревоге человеком	3	2	1	0	1	2	3	очень склонным к тревоге человеком
9	У меня впечатление, что другие, в общем, скорее высоко оценивают результаты моей работы	3	2	1	0	1	2	3	скорее невысоко оценивают

10	Я полагаю, что к другим людям я скорее испытываю полное доверие	3	2	1	0	1	2	3	у меня скорее очень мало доверия к другим людям
11	У меня впечатление, что я проявляю большую	3	2	1	0	1	2	3	необходимую потребность в любви
12	Я полагаю, что скорее избегаю	3	2	1	0	1	2	3	скорее ищу тесных контактов
13	Я полагаю, что по сравнению с . другими я скорее хорошо умею	3	2	1	0	1	2	3	скорее плохо умею обращаться с деньгами
14	Я редко чувствую себя подавленным (ой)	3	2	1	0	1	2	3	часто чувствую себя подавленным (ой)
15	У меня впечатление, что, в общем, я очень откровенен (откровенна)	3	2	1	0	1	2	3	мало откровенен (откровенна)
16	Я считаю, что мне скорее трудно	3	2	1	0	1	2	3	легко понравиться другим людям
17	Я полагаю, что мне скорее легко	3	2	1	0	1	2	3	скорее трудно долгое время быть связанным(ой)

								с другим человеком
18	Я полагаю, что с правдой я скорее обращаюсь достаточно свободно	3	2	1	0	1	2	3 скорее сверхточно
19	У меня впечатление, что я, как правило, легко	3	2	1	0	1	2	3 как правило, трудно выхожу из себя
20	Я полагаю, что по сравнению со своими сверстниками произвожу впечатление человека более молодого	3	2	1	0	1	2	3 более старого
21	У меня впечатление, что я скорее не очень аккуратный человек	3	2	1	0	1	2	3 скорее слишком аккуратный и упорядоченный
22	Я считаю, что у меня очень часто	3	2	1	0	1	2	3 очень редко бывают конфликты с другими людьми
23	Я полагаю, что привык(ла) к тому, что меня скорее мало ценят	3	2	1	0	1	2	3 скорее высоко ценят
24	У меня впечатление, что я скорее сам (а) усложняю себе жизнь	3	2	1	0	1	2	3 скорее облегчаю себе жизнь
25	Я думаю, что чувствую себя скорее очень далеким (ой) от других людей	3	2	1	0	1	2	3 скорее очень близким(ой) к другим людям

26	Я полагаю, что по сравнению с другими я скорее очень склонен (склонна) к фантазиям	3	2	1	0	1	2	3	я совсем не склонен (склонна) к фантазиям
27	Я полагаю, что совсем не придаю значения	3	2	1	0	1	2	3	придаю очень большое значение тому, чтобы хорошо выглядеть
28	У меня впечатление, что мне скорее трудно	3	2	1	0	1	2	3	скорее легко работать в тесном контакте с другими людьми
29	Я думаю, что редко	3	2	1	0	1	2	3	часто упрекаю сам(а) себя
30	Я полагаю, что способен (способна) очень сильно любить	3	2	1	0	1	2	3	не способен (способна) очень сильно любить
31	Я полагаю, что по сравнению с другими я более покладист(а)	3	2	1	0	1	2	3	я более упрям(а)
32	Я полагаю, что я сравнительно редко	3	2	1	0	1	2	3	сравнительно часто беспокоюсь о других людях
33	У меня впечатление, что мне скорее плохо	3	2	1	0	1	2	3	скорее хорошо удается

								отстаивать свои интересы в жизненной борьбе
34	Я полагаю, что по сравнению с другими я способен (способна) очень сильно любить	3	2	1	0	1	2	3 не способен (способна) очень сильно любить
35	Я думаю, что у меня очень хорошие	3	2	1	0	1	2	3 очень плохие актерские способности
36	Я полагаю, что меня как правило, считают сильным человеком	3	2	1	0	1	2	3 как правило, считают слабым человеком
37	У меня впечатление, что мне очень трудно	3	2	1	0	1	2	3 очень легко быть привлекательн ым (ой) для других
38	Я полагаю, что по сравнению с другими мне скорее легко	3	2	1	0	1	2	3 скорее трудно не отвлекаться от дела
39	Я полагаю, что мне очень трудно	3	2	1	0	1	2	3 очень легко вести себя непринужденно
40	Я чувствую себя свободно в общении с лицами другого пола	3	2	1	0	1	2	3 очень скованно

Приложение 10

SCL-90-R

Ниже приведен перечень проблем и жалоб, иногда возникают у людей.

Пожалуйста, читайте каждый пункт внимательно. Обведите кружком номер того ответа, который наиболее точно описывает степень Вашего дискомфорта или встревоженности в связи с той или иной проблемой в течение последней недели, включая сегодня. Обведите только один из номеров в каждом пункте (так, чтобы цифра внутри каждого кружка была видна), не пропуская ни одного пункта.

НАСКОЛЬКО СИЛЬНО ВАС ТРЕВОЖИЛИ	Совсем нет	Немно го	Умеренн о	Сильн о	Очень сильно
1. Головные боли					
2. Нервозность или внутренняя дрожь					
3. Повторяющиеся неприятные неотвязные мысли					
4. Слабость или головокружения					
5. Потеря сексуального влечения или удовольствия					
6. Чувство недовольства другими					
7. Ощущение, что кто-то другой может управлять Вашими мыслями					
8. Ощущение, что почти во всех Ваших неприятностях виноваты другие					
9. Проблемы с памятью					
10. Ваша небрежность или неряшливость					

11. Легко возникающая досада или раздражение					
12. Боли в сердце или в грудной клетке					
13. Чувство страха в открытых местах или на улице					
14. Упадок сил или заторможенность					
15. Мысли о том, чтобы покончить с собой					
16. То, что Вы слышите голоса, которых не слышат другие					
17. Дрожь					
18. Чувство, что большинству людей нельзя доверять					
19. Плохой аппетит					
20. Слезливость					
21. Застенчивость или скованность в общении с лицами другого пола					
22. Ощущение, что Вы в западне или пойманы					
23. Неожиданный и беспричинный страх					
24. Вспышки гнева, которые Вы не могли сдержать					
25. Боязнь выйти из дома одному					
26. Чувство, что Вы сами во многом виноваты					
27. Боли в пояснице					

28. Ощущение, что что-то Вам мешает сделать что-либо					
29. Чувство одиночества					
30. Подавленное настроение, «хандра»					
31. Чрезмерное беспокойство по разным поводам					
32. Отсутствие интереса к чему бы то ни было					
33. Чувство страха					
34. То, что Ваши чувства легко задеть					
35. Ощущение, что другие проникают в Ваши мысли					
36. Ощущение, что другие не понимают Вас или не сочувствуют Вам					
37. Ощущение, что люди недружелюбны или Вы им не нравитесь					
38. Необходимость делать все очень медленно, чтобы не допустить ошибки					
39. Сильное или учащенное сердцебиение					
40. Тошнота или расстройство желудка					
41. Ощущение, что Вы хуже других					
42. Боли в мышцах					
43. Ощущение, что другие наблюдают за Вами или говорят о Вас					
44. То, что Вам трудно заснуть					
45. Потребность проверять и перепроверять то, что вы делаете					

46. Трудности в принятии решения					
47. Боязнь езды в автобусах, метро или поездах					
48. Затруднённое дыхание					
49. Приступы жара или озноба					
50. Необходимость избегать некоторых мест или действий, т.к. они Вас пугают					
51. То, что Вы легко теряете мысль					
52. Онемение или покалывание в различных частях тела					
53. Комок в горле					
54. Ощущение, что будущее безнадежно					
55. То, что Вам трудно сосредоточиться					
56. Ощущение слабости в различных частях тела					
57. Ощущение напряжённости или взвинченности					
58. Тяжесть в конечностях					
59. Мысли о смерти					
60. Переедание					
61. Ощущение неловкости, когда люди наблюдают за Вами или говорят о Вас					
62. То, что у Вас в голове чужие мысли					
63. Импульсы причинять телесные повреждения или вред кому-либо					
64. Бессонница по утрам					

65. Потребность повторять действия: прикасаться, мыться, перечитывать и т.д. и т.п.					
66. Беспокойный и тревожный сон					
67. Импульсы ломать или крушить что-нибудь					
68. Наличие у вас идей или верований, которые не разделяют другие					
69. Чрезмерная застенчивость при общении с другими					
70. Чувство неловкости в людных местах (магазинах, кинотеатрах)					
71. Чувство, что всё, что бы Вы ни делали, требует больших усилий					
72. Приступы ужаса или паники					
73. Чувство неловкости, когда Выт едите и пьёте на людях					
74. То, что Вы часто вступаете в спор					
75. Нервозность, когда Вы остались одни					
76. То, что другие недооценивают Ваши достижения					
77. Чувство одиночества, даже когда Вы с другими людьми					
78. Такое сильное беспокойство, что Вы не могли усидеть на месте					
79. Ощущение собственной никчемности					

80. Ощущение, что с Вами произойдёт что-то плохое					
81. То, что Вы кричите или швыряетесь вещами					
82. Боязнь, что Вы упадёте в обморок на людях					
83. Ощущение, что люди злоупотребляют Вашим доверием, если Вы им позволите					
84. Нервировавшие Вас сексуальные мысли					
85. Мысли, что Вы должны быть наказаны за ваши грехи					
86. Кошмарные мысли или видения					
87. Мысли о том, что с вашим телом что-то не в порядке					
88. То, что Вы не чувствуете близости ни к кому					
89. Чувство вины					
90. Мысли о том, что с Вашим рассудком творится что-то неладное					

Приложение 11

Опросник самостигматизации для больных с дискинезиями

Блок «я»

1. Меня расстраивают, угнетают мои непроизвольные движения

Совсем нет – 1, Немного – 2, Умеренно – 3, Сильно – 4, Очень сильно – 5

2. Непроизвольные движения мешают мне полноценно отдыхать

Совсем нет – 1, Немного – 2, Умеренно – 3, Сильно – 4, Очень сильно – 5

3. Мои произвольные движения ухудшают качество моей жизни

Совсем нет – 1, Немного – 2, Умеренно – 3, Сильно – 4, Очень сильно – 5

Блок «семья и близкое окружение»

1. Я испытываю чувство стыда перед близкими и друзьями из-за своих произвольных движений

Совсем нет – 1, Немного – 2, Умеренно – 3, Сильно – 4, Очень сильно – 5

2. Мои произвольные движения вызывают у родственников раздражение, а порой и желание отдалиться от меня.

Совсем нет – 1, Немного – 2, Умеренно – 3, Сильно – 4, Очень сильно – 5

Блок «неблизкое окружение»

1. Я испытываю неприятное чувство неловкости, когда мои произвольные движения привлекают внимание посторонних людей

Совсем нет – 1, Немного – 2, Умеренно -3, Сильно- 4, Очень сильно – 5

2. Когда мне приходится выступать перед группой людей, я смущаюсь из-за своих произвольных движений

Совсем нет – 1, Немного – 2, Умеренно – 3, Сильно – 4, Очень сильно – 5

3. Мне приходится при встрече с новыми людьми оправдываться за свои произвольные движения

Совсем нет – 1, Немного – 2, Умеренно – 3, Сильно – 4, Очень сильно – 5

4. Из-за моих произвольных движений некоторые люди избегают проводить со мной время (избегают меня)

Совсем нет – 1, Немного – 2, Умеренно – 3, Сильно – 4, Очень сильно – 5

5. Я избегаю активного общения с людьми из-за своих произвольных движений

Совсем нет – 1, Немного – 2, Умеренно – 3, Сильно- 4, Очень сильно – 5

Блок «окружающая среда»

1. После появления произвольных движений мне стали отказывать в приеме в различные группы (например, спортивные секции, кружки и т.д.)

Совсем нет – 1, Немного – 2, Умеренно – 3, Сильно – 4, Очень сильно – 5

2. Из-за своих непроизвольных движений я стесняюсь пользоваться общественным транспортом

Совсем нет – 1, Немного – 2, Умеренно – 3, Сильно – 4, Очень сильно – 5

3. Из-за своих непроизвольных движений я не посещаю культурные мероприятия - театр, кино

Совсем не верно – 1, Отчасти верно – 2, Верно – 3

Блок «работа»

1. Мои непроизвольные движения сказываются на моей профессиональной карьере

Совсем нет – 1, Немного – 2, Умеренно – 3, Сильно – 4, Очень сильно – 5

2. Если бы не было непроизвольных движений, я мог бы зарабатывать больше денег

Совсем нет – 1, Немного – 2, Умеренно – 3, Сильно – 4, Очень сильно – 5

3. Мои непроизвольные движения влияют на характер отношений коллег по работе ко мне

Совсем нет – 1, Немного – 2, Умеренно – 3, Сильно – 4, Очень сильно – 5

Блок «сексуальные отношения»

1. Мои непроизвольные движения мешают мне устанавливать близкие отношения с лицами противоположного пола

Совсем нет – 1, Немного – 2, Умеренно – 3, Сильно – 4, Очень сильно – 5

2. Моя сексуальная жизнь сильно зависит от моих непроизвольных движений.

Совсем нет – 1, Немного – 2, Умеренно – 3, Сильно – 4, Очень сильно – 5

Минимально – 18 баллов.

Максимально – 88 баллов.

Приложение 12

Опросник по качеству жизни при болезни Паркинсона – PDQ-39

Из-за того, что у Вас болезнь Паркинсона, как часто Вы испытывали перечисленные ниже состояния в течении последнего месяца?

Отметьте цифрой: 1.Никогда. 2. Редко. 3.Иногда. 4. Часто. 5.Всегда.

N	Вопрос	Ваш вариант ответа
1	Вам было тяжело проводить свободное время так, как хотелось бы?	
2	Вам было трудно заниматься домашними делами, например, работой по дому, мелким ремонтом, приготовлением еды?	
3	Вам было трудно нести сумки с покупками?	
4	Вам было тяжело пройти один километр?	
5	Вам было тяжело пройти 100 метров?	
6	Вам было тяжело передвигаться по дому так свободно, как хотелось?	
7	Вам было трудно передвигаться в общественных местах?	
8	Вам было нужно, чтобы кто-либо сопровождал Вас, когда Вы выходили из дома?	
9	Вы чувствовали страх или беспокойство по поводу того, что можете упасть в общественном месте?	
10	Вы были прикованы к дому больше, чем вам бы хотелось?	
11	Вам было трудно умываться?	
12	Вам было трудно одеваться?	
13	Вам было трудно застегивать пуговицы или завязывать шнурки на ботинках?	
14	Вам было тяжело писать разборчиво?	
15	Вам было трудно резать пищу во время еды?	
16	Вам было трудно держать питье, не расплескивая?	
17	Вы чувствовали себя подавленным (-ой)?	

18	Вы чувствовали себя оторванным (-ой) от других людей и одиноким (-ой)?	
19	Вы чувствовали себя слезливым (-ой) или готовым (-ой) расплакаться?	
20	Вы испытывали злость или горечь?	
21	Вы чувствовали тревогу?	
22	Вы волновались по поводу Вашего будущего?	
23	Вы чувствовали, что нужно скрывать Вашу болезнь от людей?	
24	Вы избегали ситуаций, когда надо есть и пить в общественном месте?	
25	Вы смущались в общественных местах из-за Вашей болезни Паркинсона?	
26	Вы волновались по поводу того, как другие люди реагируют на Вас?	
27	У Вас были трудности в отношениях с близкими?	
28	Вы получали недостаточно нужной Вам поддержки от Вашего супруга(-и) или партнера?	
	Если у Вас нет супруга (-и) или партнера, отметьте, пожалуйста, эту клетку.	
29	Вы получали недостаточно нужной вам поддержки от членов семьи или близких друзей?	
30	Неожиданно засыпали днем?	
31	Вам было трудно сосредоточиться, например, когда Вы читали или смотрели телевизор?	
32	Вы чувствовали, что у Вас плохая память?	
33	Вы видели дурные сны или галлюцинации?	
34	У Вас были трудности с речью?	
35	Вы чувствовали, что не можете нормально объясниться с людьми?	

36	Вы чувствовали, что Вас игнорируют?	
37	У Вас были болезненные судороги и спазмы в мышцах?	
38	У Вас ныли или болели суставы или тело?	
39	Вы чувствовали неприятный жар или холод?	

Приложение 13

Опросник общего клинического впечатления

Clinical Global Impression (CGI-I)

Rate total improvement whether or not, in your clinical judgment, it is due entirely to drug treatment.

Compared to his/her condition at baseline, how much has he/she changed?

- ☐ 0 = Not assessed – Оценка не проводилась
- ☐ 1 = Very much improved – Весьма значительное улучшение
- ☐ 2 = Much improved – Значительное улучшение
- ☐ 3 = Minimally improved – Минимальное улучшение
- ☐ 4 = No change – Без изменений
- ☐ 5 = Minimally worse – Минимальное ухудшение
- ☐ 6 = Much worse – Значительное ухудшение
- ☐ 7 = Very much worse – Весьма значительное ухудшение

Список пациентов

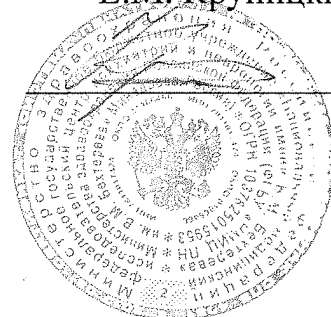
№ п/п	ФИО	№ и/б	год	№ п/п	ФИО	№ и/б	год
1	2	3	4	5	6	7	8
1	А-ов В.С.	1245	2016	38	Г-ва Л.В.	67	2017
2	А-ин А. В.	334	2015	39	Г-ва Н. И.	223	2017
3	А-ов В.П.	259	2018	40	Г-ий С. К.	1298	2016
4	А-ва Г.А.	1310	2016	41	Г-ин А.О.	474	2015
5	А-ва Л.В.	343	2015	42	Г-ва С.А.	186	2018
6	А-ва О. В.	566	2016	43	Г-ев Н.Н.	399	2017
7	А-ва Т.В.	429	2014	44	Г-на В.С.	419	2015
8	А-ов С.М.	443	2016	45	Д-ий В.М.	480	2015
9	А-ов А. П.	1367	2017	46	Д-ий Л.В.	324	2017
10	А-ва Е.И.	391	2015	47	Д-ва Л.П.	315	2017
11	А-ва М.В.	1212	2018	48	Д-ва Т.П.	342	2015
12	Б-ва М.В.	249	2017	49	Д-ая Г.Г.	362	2015
13	Б-ва В.С.	95	2018	50	Д-ва З. А.	841	2016
14	Б-ов А.Ф.	104	2014	51	Е-ко Т.С.	322	2017
15	Б-ов С.И.	388	2015	52	Е-ий И.Я.	408	2016
16	Б-ев В.А.	326	2016	53	Е-на Т. А.	519	2015
17	Б-ва Л.В.	447	2015	54	Е-ян В. С.	288	2015
18	Б-на И.В.	119	2014	55	З-ая Л.А.	1133	2018
19	Б-ва С.Е.	184	2017	56	З-ая Л.Е.	394	2015
20	Б-ва А.Т.	201	2018	57	И-ов А.П.	283	2015
21	Б-ин В.К.	350	2015	58	И-ов Ю. Н.	444	2016
22	Б-ов А.И.	1301	2018	59	И-ва Л. В.	287	2014
23	Б-ев А.В.	101	2017	60	И-ев В. И.	1199	2014
24	Б-на Т.А.	1279	2015	61	К-на А. В.	377	2016
25	В-ва О.А.	261	2014	62	К-ий И.П.	340	2015
26	В-ва В.П.	1112	2014	63	К-ов Е.В.	295	2014
27	В-ев А.В.	336	2015	64	К-ва Е.А.	1415	2014
28	В-ва Т.И.	953	2016	65	К-ва А.В.	334	2016
29	В-ин И.М.	309	2018	66	К-ин П.С.	471	2015
30	В-ев П.А.	1324	2015	67	К-ов В.В.	348	2014
31	В-на Н. И.	453	2016	68	К-ва В.И.	1325	2014
32	В-га Ю.В.	124	2017	69	К-ва О.В.	874	2014
33	В-ин К.С.	118	2017	70	К-ва А. Т.	921	2015
34	В-ва М.С.	557	2016	71	К-ин Е.Г.	297	2014
35	В-ец А.В.	125	2015	72	К-ев В.Н.	441	2016
36	Г-ва В. П.	965	2015	73	К-ая И.Л.	1342	2015
37	Г-на С.И.	431	2016	74	К-ов З. П.	777	2015

1	2	3	4	5	6	7	8
75	К-ва Т.С.	357	2016	117	П-ва И.П.	1318	2014
76	К-ва К.А.	79	2018	118	П-ий В.В.	116	2016
77	К-на Л.С.	423	2017	119	П-ва В.И.	1209	2017
78	К-ва И. П.	399	2015	120	П-ов В.Д.	303	2016
79	К-ов А.И.	163	2017	121	Р-ва В.В.	384	2015
80	К-ва Н. С.	411	2014	122	Р-ва В.О.	436	2016
81	Л-ов И. Е.	901	2015	123	Р-ва А.В.	288	2017
82	Л-ва Е.М.	377	2015	124	Р-ин В.Н.	420	2014
83	Л-ов В.А.	330	2016	125	Р-ов А.А.	114	2017
84	Л-ва А.А.	485	2015	126	С-ва И.Л.	1114	2016
85	Л-ов А.В.	467	2015	127	С-ов В.И.	847	2017
86	Л-ов Ю. М.	119	2016	128	С-ва А.В.	484	2014
87	М-ур Л.С.	418	2017	129	С-ва В.И.	378	2015
88	М-ва А.И.	396	2015	130	С-ев А. А.	919	2016
89	М-ва А. С.	780	2016	131	С-ва В. Я.	277	2014
90	М-ин В.Н.	306	2018	132	С-ых Л. В.	002	2017
91	М-ук В. П.	400	2018	133	С-ва В.Г.	452	2016
92	М-ев В.П.	1109	2016	134	С-ва Т.Е.	308	2014
93	М-ов А. И.	311	2014	135	С-ва А.В.	189	2018
94	М-ая В.В.	368	2015	136	С-ин П. Ф.	409	2015
95	М-на Л. И.	1188	2016	137	С-ва Е. О.	069	2017
96	М-ов А. М.	493	2017	138	С-ва О.А.	1331	2018
97	М-ва Г.Н.	1276	2018	139	С-ов П. В.	024	2014
98	М-ва Н. Н.	221	2016	140	С-ец С. А.	480	2018
99	М-ев С.Н.	450	2015	141	С-ев А. В.	1178	2015
100	М-ов Ю.В.	1247	2017	142	С-ва Н.В.	175	2014
101	М-на И.В.	428	2017	143	Т-ий А.Д.	363	2014
102	М-ов В.Н.	426	2017	144	Т-ев В.А.	439	2016
103	Н-на Т. О.	799	2014	145	Т-на С.А.	259	2016
104	Н-ва Т.Н.	154	2017	146	Т-на А.Н.	278	2018
105	Н-ов В. А.	455	2016	147	Ф-ев В.Б.	312	2017
106	О-ов Ю.А.	098	2016	148	Ф-ва Н.А.	166	2016
107	О-ко М.В.	398	2014	149	Ф-ва Т.П.	291	2017
108	П-ин С. М.	1109	2018	150	Ф-за Ю. И.	1032	2018
109	П-ов В.В.	1216	2018	151	Х-на В.А.	120	2016
110	П-ов С.В.	489	2016	152	Х-ок М.И.	369	2015
111	П-ов П.Р.	488	2015	153	Х-ва М.С.	416	2017
112	П-на А. А.	790	2017	154	Х-на А.В.	329	2016
113	П-ов В.А.	352	2015	155	Ч-ан В.А.	403	2015
114	П-ва Л.Н.	402	2018	156	Ш-ов В.И.	328	2014
115	П-ва Е.А.	1347	2017	157	Ш-ан Т.Е.	456	2015
116	П-ва Е. С.	100	2017	158	Ш-не Т.К.	410	2018

1	2	3	4	5	6	7	8
159	Ш-як С.И.	80	2018	163	Я-ва Р.М.	443	2016
160	Э-ор А.П.	459	2015	164	Я-ев Г.А.	96	2017
161	Э-ва Н.Н.	379	2016	165	Я-ая В.А.	449	2018
162	Я-ва И.Д.	280	2018	166	Я-ов С.А.	73	2018

УТВЕРЖДАЮ

Заместитель директора
ФГБУ «Национальный медицинский
исследовательский центр психиатрии и неврологии
им. В.М. Бехтерева» МЗ РФ
доктор медицинских наук, профессор
Е.М. Крупницкий



Акт о внедрении результатов научной работы в практику

Название предложения для внедрения

Оптимизация диагностического процесса и реабилитационных мероприятий постуральных деформаций у пациентов с болезнью Паркинсона с использованием диагностического алгоритма и последующими проведением ботулинотерапии у данной категории больных.

Автор предложения:

Фурсова Ирина Викторовна, младший научный сотрудник отделения интегративной терапии больных нейропсихиатрического профиля ФГБУ «Национальный медицинский исследовательский центр психиатрии и неврологии им. В.М. Бехтерева» МЗ РФ

Название темы, при выполнении которой сделано предложение:

«Динамика показателей клинического и психологического статусов, качества жизни и стигматизации в процессе лечения пациентов с болезнью Паркинсона, осложненной постуральными деформациями».

Научные консультанты: кандидат медицинских наук Захаров Денис Валерьевич, Федеральное государственное бюджетное учреждение «Национальный медицинский исследовательский центр психиатрии и неврологии имени В.М. Бехтерева» Министерства здравоохранения Российской Федерации, ведущий научный сотрудник отделения интегративной терапии больных нейропсихиатрического профиля; д.м.н., главный научный сотрудник, руководитель отдела нейропсихиатрии ФГБУ «Национальный медицинский исследовательский центр психиатрии и неврологии им. В.М. Бехтерева» МЗ РФ Михайлов Владимир Алексеевич.

Предложение реализуется в обучении врачей-неврологов отделения интегративной терапии больных нейропсихиатрического профиля современным алгоритмам диагностики постуральных деформаций у пациентов с болезнью Паркинсона, оценки нарушений психологического спектра, возникающих под влиянием имеющих дистонических феноменов,

позволяющих выбирать соответствующую тактику лечения для достижения оптимального терапевтического эффекта.

Форма внедрения: предложение реализовано в сфере здравоохранения в виде проведения обучающих семинаров, выступлений с докладами на съездах и конференциях.

Уровень внедрения: всероссийский

Наименование учреждения и его подразделения, где данное предложение используется: ФГБУ «Национальный медицинский исследовательский центр психиатрии и неврологии им. В.М. Бехтерева» МЗ РФ.

Структурное подразделение: отделения интегративной терапии больных нейropsychиатрического профиля.

Количество наблюдений, в которых применено предложение: 43 пациента с постуральными деформациями при болезни Паркинсона.

Краткое заключение об эффективности, пользе предложения:

Своевременное выявление постуральных деформаций у пациентов с болезнью Паркинсона с правильной оценкой нарушений функционального и психологического статусов, возникающих под влиянием имеющихся дистонических феноменов, с последующим проведением ботулинотерапии позволило оптимизировать терапевтический процесс, повысить эффективность реабилитации.

Ответственные за внедрение:

/ Главный врач ФГБУ НМИЦ
ПН им. В.М. Бехтерева, к.м.н.



Кондинский А.Г.

Ведущий научный сотрудник отделения
интегративной терапии больных
нейropsychиатрического профиля,
ФГБУ НМИЦ ПН им. В.М. Бехтерева



Коцюбинская Ю. В.

Автор предложения для внедрения,
младший научный сотрудник
отделения интегративной терапии
больных нейropsychиатрического профиля
ФГБУ НМИЦ ПН им. В.М. Бехтерева



Фурсова И. В.

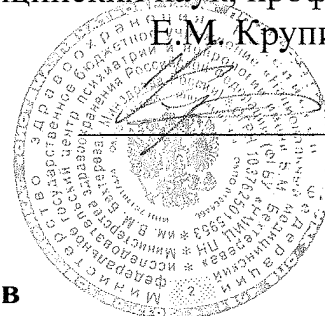
Научный консультант темы:
главный научный сотрудник,
руководитель отдела нейropsychиатрии
ФГБУ НМИЦ
ПН им. В.М. Бехтерева, д.м.н.



Михайлов В.А.

УТВЕРЖДАЮ

Заместитель директора
ФГБУ «Национальный медицинский
исследовательский центр психиатрии и неврологии
им. В.М. Бехтерева» МЗ РФ
доктор медицинских наук, профессор
Е.М. Крупницкий



Акт о внедрении результатов научной работы в практику

Название предложения для внедрения

Оптимизация диагностического процесса и реабилитационных мероприятий постуральных деформаций у пациентов с болезнью Паркинсона с использованием диагностического алгоритма и последующими проведением ботулинотерапии у данной категории больных.

Автор предложения:

Фурсова Ирина Викторовна, младший научный сотрудник отделения интегративной терапии больных нейропсихиатрического профиля и ФГБУ «Национальный медицинский исследовательский центр психиатрии и неврологии им. В.М. Бехтерева» МЗ РФ

Название темы, при выполнении которой сделано предложение:

«Динамика показателей клинического и психологического статусов, качества жизни и стигматизации в процессе лечения пациентов с болезнью Паркинсона, осложненной постуральными деформациями».

Научные консультанты: кандидат медицинских наук Захаров Денис Валерьевич, Федеральное государственное бюджетное учреждение «Национальный медицинский исследовательский центр психиатрии и неврологии имени В.М. Бехтерева» Министерства здравоохранения Российской Федерации, ведущий научный сотрудник отделения интегративной терапии больных нейропсихиатрического профиля; д.м.н., главный научный сотрудник, руководитель отдела нейропсихиатрии ФГБУ «Национальный медицинский исследовательский центр психиатрии и неврологии им. В.М. Бехтерева» МЗ РФ Михайлов Владимир Алексеевич.

Предложение реализуется в обучении врачей-неврологов центра экстрапирамидных расстройств современным алгоритмам диагностики постуральных деформаций у пациентов с болезнью Паркинсона, выделении

патогномоничных клинических паттернов, позволяющих в большинстве случаев провести своевременное разграничение симптоматических двигательных расстройств различных по нозологии и схожих с ними состояний, влияющее на выбор тактики лечения.

Форма внедрения: предложение реализовано в сфере здравоохранения в виде проведения обучающих семинаров, выступлений с докладами на съездах и конференциях.

Уровень внедрения: всероссийский

Наименование учреждения и его подразделения, где данное предложение используется: ФГБУ «Национальный медицинский исследовательский центр психиатрии и неврологии им. В.М. Бехтерева» МЗ РФ,

Структурное подразделение: центр экстрапирамидных расстройств.

Количество наблюдений, в которых применено предложение: 34 пациента с постуральными деформациями при болезни Паркинсона.

Краткое заключение об эффективности, пользе предложения:

Своевременное выявление постуральных деформаций шеи, туловища и конечностей у пациентов с болезнью Паркинсона с последующим проведением ботулинотерапии позволило существенно уменьшить дистонические проявления и повысить эффективность реабилитационного процесса.

Ответственные за внедрение:

Главный врач ФГБУ НМИЦ
ПН им. В.М. Бехтерева, к.м.н.



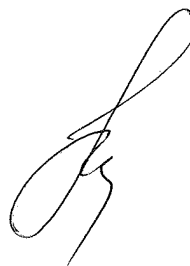
Кондинский А.Г.

Автор предложения для внедрения,
младший научный сотрудник
отделения интегративной терапии
больных нейропсихиатрического профиля
ФГБУ НМИЦ ПН им. В.М. Бехтерева



Фурсова И. В.

Научный консультант темы:
главный научный сотрудник,
руководитель отдела нейропсихиатрии
ФГБУ НМИЦ
ПН им. В.М. Бехтерева, д.м.н.



Михайлов В.А.