Abdukadirova D.T.

dotsent,

Anvarova S.

magistratura talabasi

Andijon Davlat Tibbiyot Instituti

Nevrologiya kafedrasi

O'zbekiston Respublikasi, Andijon sh.

ERTA BOSQICHLARDA PARKINSON KASALLIGINING O'ZIGA XOS XUSUSIYATLARI

Annotatsiya: Tadqiqot Parkinson kasalligining erta bosqichida motor (rigidlik, gipokineziya, tremor, retropulsiya) va nomotor (uyqu, affektiv, vegetativ, kognitiv) buzilishlarni o'rganishga qaratilgan. Natijalar ko'rsatdiki, nafaqat motor, balki nomotor simptomlar ham bemorlarning hayot sifati va kundalik faolligiga sezilarli ta'sir qiladi. Korrelyatsion tahlil shkalalar o'rtasidagi o'rtacha bog'liqlikni tasdiqladi.

Kalit so'zlar: Parkinson kassaligi (PK), erta bosqich, motor va nomotor simptomlar.

ОСОБЕННОСТИ ТЕЧЕНИЯ БОЛЕЗНИ ПАРКИНСОНА НА РАННИХ СТАДИЯХ

Абдукадирова Д.Т. доцент,

Анварова С.

студент магистратуры

кафедра неврологии

Андижанский Государственный медицинский институт

Республика Узбекистан, г. Андижан

Аннотация: Исследование было направлено на изучение моторных (ригидность, гипокинезия, тремор, ретропульсия) и немоторных (нарушения сна, аффективные, вегетативные, когнитивные) расстройств на ранних стадиях болезни Паркинсона. Результаты показали, что значительное влияние на качество жизни и повседневную активность пациентов оказывают не только моторные, но и немоторные симптомы. Корреляционный анализ подтвердил наличие средней силы взаимосвязи между показателями различных шкал.

Ключевые слова: Болезнь Паркинсона (БР), ранняя стадия, моторные и немоторные симптомы

Kirish. Parkinson kasalligi (PK) — doimiy ravishda progressiv kechadigan, qora moddaning dofaminergik neyronlari faoliyatining buzilishi bilan bog‘liq kasallikdir. PKning erta bosqichlarida harakat simptomlari qattiqlik (rigidlik) va tinch holatdagi tremor bilan namoyon bo‘ladi. Kasallikning rivojlangan bosqichlarida paydo bo‘ladigan postural beqarorlik bemorlarning mustaqil harakatlanishini sezilarli darajada cheklashi mumkin. PKning klinik manzarasi faqat harakat buzilishlari bilan cheklanib qolmaydi, balki keng qo‘lamli nomotor simptomlarni ham o‘z ichiga oladi: vegetativ, sensor buzilishlar, uyqu va uyg‘oqlikning buzilishi, psixotik hamda kognitiv buzilishlar. PKning erta bosqichlaridayoq bemorlarning ijtimoiy moslashuvi darajasi sezilarli darajada pasayadi, hayot sifati va kundalik faolligi yomonlashadi, bu esa asta-sekin nogironlikka olib keladi. Kasallikning boshlang‘ich bosqichlarida PKni tashxislash qiyin bo‘lishi mumkin, chunki bemorlar shifokorga kam murojaat qiladi va parkinsonizm simptomlari yetarlicha yaqqol namoyon bo‘lmaydi**.**

Maqsad. Erta bosqichlarda Parkinson kasalligining o’ziga xos xususiyatlari o’rganish.

Materiallar va usullar. Ushbu tadqiqotda PKning erta bosqichlarida bo‘lgan 30 nafar bemor tekshirildi. Klinik ko‘rsatkichlar (UPDRS shkalasi bo‘yicha kasallik bosqichi ballari, kasallik davomiyligi) bilan hayot sifati va kundalik faollik ko‘rsatkichlari o‘rtasida manfiy korrelyatsion bog‘liqlik mavjudligi aniqlandi. Progressiya sur’ati tadqiqotga kiritilgan faqat 18 nafar bemorda baholandi, chunki 22 nafar bemorda kasallikning faqat birinchi bosqichi Xen–Yar shkalasi (Lindvall modifikatsiyasi) bo‘yicha tashxis qilingan bo‘lib, bu birinchi bosqichdan ikkinchi bosqichga o‘tish tezligini baholash imkonini bermagan. Bundan tashqari, tadqiqotga kasallik debyuti davridagi bemorlar ham kiritilgan bo‘lib, kuzatuv davomiyligining qisqaligi sababli ularda progressiya sur’atini baholash imkoniyati mavjud emas edi (n = 18).

Shunday qilib, hayot sifati ko‘rsatkichlarining yomonlashuvi (PDQ-39 hayot sifati so‘rovnomasi, Boer va EuroQol hayot sifati shkalasi) hamda kundalik faollikning pasayishi (Schwab and England kundalik faollik shkalasi) bilan kasallik og‘irlik darajasining oshishi (UPDRS shkalasi) va BP davomiyligining uzayishi o‘rtasida aniq korrelyatsion bog‘liqlik qayd etildi. Yuqorida aytilganlardan kelib chiqib, kasallikning ertaroq debyuti va bemorlar yoshining nisbatan yosh bo‘lishi holatida BPda hayot sifati ko‘rsatkichlari pastroq bo‘lgani (PDQ-39 hayot sifati so‘rovnomasi bo‘yicha) kuzatildi. Shuningdek, affektiv buzilishlar (tashvish, depressiya, apatiya va angedoniya), uyqu buzilishlari, vegetativ buzilishlar (tez-tez siydik chiqarish va kuchaygan terlash) ifodalanish darajasi bilan kasallik og‘irlik darajasi (kasallik bosqichi, UPDRS shkalasi) o‘rtasida musbat aniq korrelyatsion bog‘liqlik aniqlandi.Harakat buzilishlarining ifodalanish darajasi BPning progressiya sur’atiga bog‘liqligi tahlil qilindi.

18 nafar bemorda birinchi bosqichdan ikkinchi bosqichga o‘tish qayd etildi va aynan shu bemorlarda progressiya sur’atini aniqlash imkoniyati bo‘ldi. U quyidagicha baholandi: agar 1-bosqichdan 2-bosqichga o‘tish uch yil davomida sodir bo‘lgan bo‘lsa — tez progressiya sur’ati deb baholandi; agar uch yildan besh yilgacha bo‘lgan muddatda — o‘rtacha; agar besh yildan keyin — sekin progressiya deb baholandi. Ushbu ishda progressiya sur’atini baholashning asosiy mezoni kasallikning 2-bosqichiga yetish vaqti bo‘ldi.

Tadqiqotda bemorlarning 8%ida tez progressiya sur’ati, 79%ida o‘rtacha sur’at, 12,5%ida esa sekin sur’at aniqlandi.

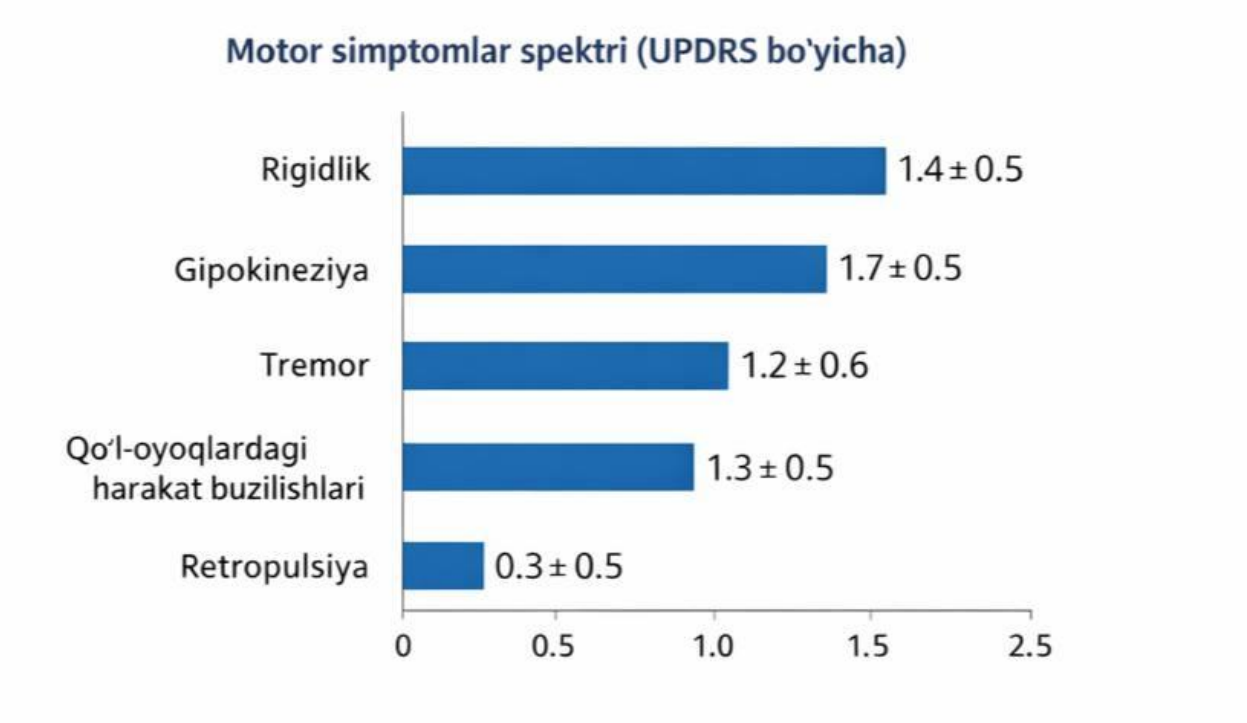
Shu asosda, PKning erta bosqichlarida progressiya sur’ati bilan harakat buzilishlarining UPRDS shkalasi bo‘yicha ifodalanish darajasi o‘rtasida aniq bog‘liqlik ko‘rsatildi ($p < 0,05$,

Kraskil–Uollis mezoni): kasallik qanchalik tez progressiya qilsa, harakat buzilishlari darajasi shunchalik yuqori bo‘lgan.

66,7% (n = 20) holatlarda PK o‘ng tomonlama gemiparkinsonizm bilan debyut qilgan, 33,3% (n = 10) holatlarda esa — chap tomonlama. 56% holatlarda kasallik titroq bilan boshlangan, 37,3% holatlarda — rigidlik bilan, 22,7% holatlarda — gipokineziya bilan. Simptomlarning qaysi tomondan debyut qilishi bemorlarning hayot sifati va kundalik faolligiga ta’sir ko‘rsatishi haqida statistik jihatdan ishonchli ma’lumotlar olinmadi. Biroq simptomlar chap tomondan boshlangan holatlarda EuroQol shkalasi bo‘yicha hayot sifati ko‘rsatkichining pasayish tendensiyasi aniqlandi, o‘ng tomondan boshlangan holatlarga nisbatan (mos ravishda 5,0±1,6 ball va 4,1±1,9 ball, r = 0,07).

Shu tariqa, PKning erta bosqichlarida bemorlarda hayot sifati va kundalik faollik ko‘rsatkichlariga quyidagi klinik parametrlar ta’sir ko‘rsatadi: kasallik og‘irlik darajasi, kasallik davomiyligi, bemor yoshi va kasallik debyuti yoshi.

Natijalar va muhokama qilish. Parkinson kasalligining erta bosqichlarida motor simptomlar spektri. Harakat buzilishlari bahosi Parkinson kasalligi og‘irlik darajasini baholashning Unifikatsiyalangan shkalasi (UPDRS [Fahn et al., 1987]) yordamida o‘tkazildi. Rigidlikning o‘rtacha ko‘rsatkichi (UPDRS III-qismi) 1,4±0,5 ballni, gipokineziya — 1,7±0,5, tremor — 1,2±0,6, qo‘l-oyoqlardagi harakat buzilishlari — 1,3±0,5 ballni tashkil etdi. Postural buzilishlar Parkinson kasalligida faqat Xen–Yar shkalasi (Lindvall modifikatsiyasi) bo‘yicha 2,5-bosqichda paydo bo‘ladi; ushbu ishda ular retropulsiya ko‘rinishida (32,5%) namoyon bo‘lgan. Retropulsiyaning UPDRS III-qismi bo‘yicha o‘rtacha ko‘rsatkichi 0,3±0,5 ballni tashkil etdi.

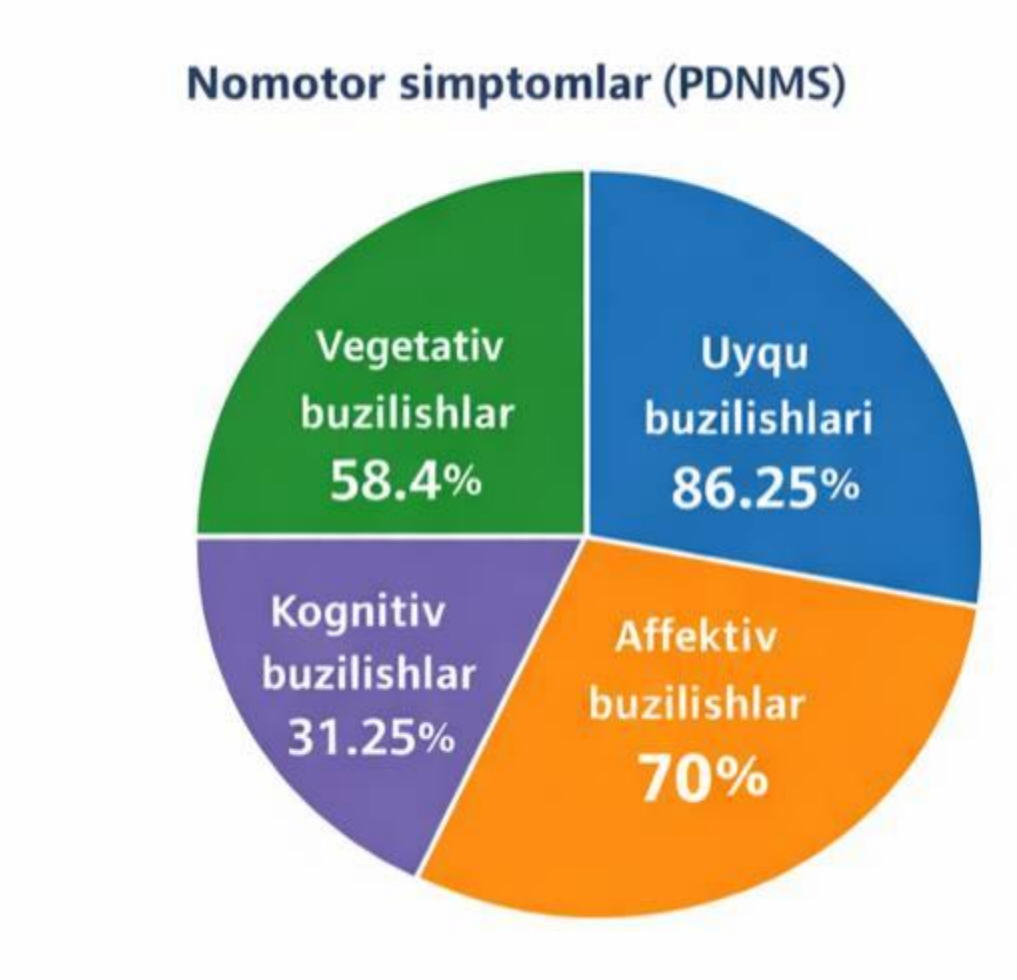


Parkinson kasalligining erta bosqichlarida harakat buzilishlarining umumiy o‘rtacha ko‘rsatkichi 23,3±9,0 ballni tashkil etdi, UPDRS III-qismi bo‘yicha o‘rtacha ko‘rsatkich 14,7±5,0 ball, II-qismi bo‘yicha esa 8,2±3,8 ballni tashkil etdi.

Natijada , hayot sifati va kundalik faollik ko‘rsatkichlari UPDRS III-qismi bo‘yicha yuqori ballga ega bemorlarda (ya’ni rigidlik, gipokineziya, yurish buzilishlari va retropulsiya yaqqolroq namoyon bo‘lgan bemorlarda) qonuniy ravishda past bo‘lgan.

Hayot sifati ko‘rsatkichlari bilan ikkita asosiy motor simptom — gipokineziya va rigidlik o‘rtasida o‘rtacha darajadagi korrelyatsion bog‘liqlik aniqlangan.

Parkinson kasalligining erta bosqichlarida bemorlardagi nomotor buzilishlar bahosi Parkinson kasalligida nomotor simptomlar shkalasi (PDNMS [Chaudhuri K.R. et al., 2004]) yordamida o‘tkazildi.



Nomotor buzilishlar erta bosqichdagi bemorlarning 98,75%ida (n = 79) kuzatildi. Ular orasida vegetativ buzilishlar (qabziyat, gipersalivatsiya, tez-tez siyish) ustunlik qilgan; shuningdek hid bilishning pasayishi, mushak va bo‘g‘im og‘riqlari, uyqu buzilishlari, kognitiv buzilishlar, affektiv buzilishlar (tashvish va depressiya) qayd etilgan.

Erta bosqichdagi bemorlarda nomotor buzilishlarning ifodalanish darajasi 51,3±24,6 ballni tashkil etdi.

Parkinson kasalligining 1-bosqichida vegetativ buzilishlar ko‘proq keksa yoshdagi, kasallik debyuti kechroq boshlangan, harakat buzilishlari yaqqolroq va tashvish darajasi yuqori bo‘lgan shaxslarda uchragan. Bunday simptomlar kombinatsiyasi bemorda kasallikning 1-bosqichidayoq nomotor namoyonlarning deyarli butun spektrini o‘z ichiga oladi va shu bilan bemorning hayot sifati hamda kundalik faolligi darajasining yanada pasayishiga olib keladi ($p < 0,05$). Ayniqsa,

ortostatik gipotenziyaga ega bemorlarda PDQ-39 so‘rovnomasi bo‘yicha hayot sifati ko‘rsatkichi past bo‘lgan (32,1±18,1 va 45,1±29,1, $p < 0,05$), shuningdek siydik chiqarish buzilishlari mavjud bemorlarda Boer so‘rovnomasi bo‘yicha ko‘rsatkichlar past bo‘lgan (148,1±20,1 va 131,1±32,1, $p < 0,05$). Ushbu qonuniyat Parkinson kasalligining barcha erta bosqichlarida kuzatiladi.

Uyqu buzilishlari bemorlarning 86,25%ida (n = 69) kuzatildi, ularning o‘rtacha ko‘rsatkichi 9,7±9,4 ballni tashkil etdi. Insomniya 40% (n = 32) bemorda aniqlanib, uning o‘rtacha ko‘rsatkichi 2,5±3,8 ball bo‘ldi. REM uyqu fazasidagi patologik xulq-atvor (parasomniyalar) erta bosqichdagi bemorlarning 41,25%ida (n = 33) uchradi, uning o‘rtacha ko‘rsatkichi 1,99±3,02 ballni tashkil etdi. Kunduzgi uyquchanlik (gipersomniya) 22,5% (n = 18) bemorda kuzatilib, o‘rtacha ko‘rsatkichi 0,7±1,8 ball bo‘ldi.

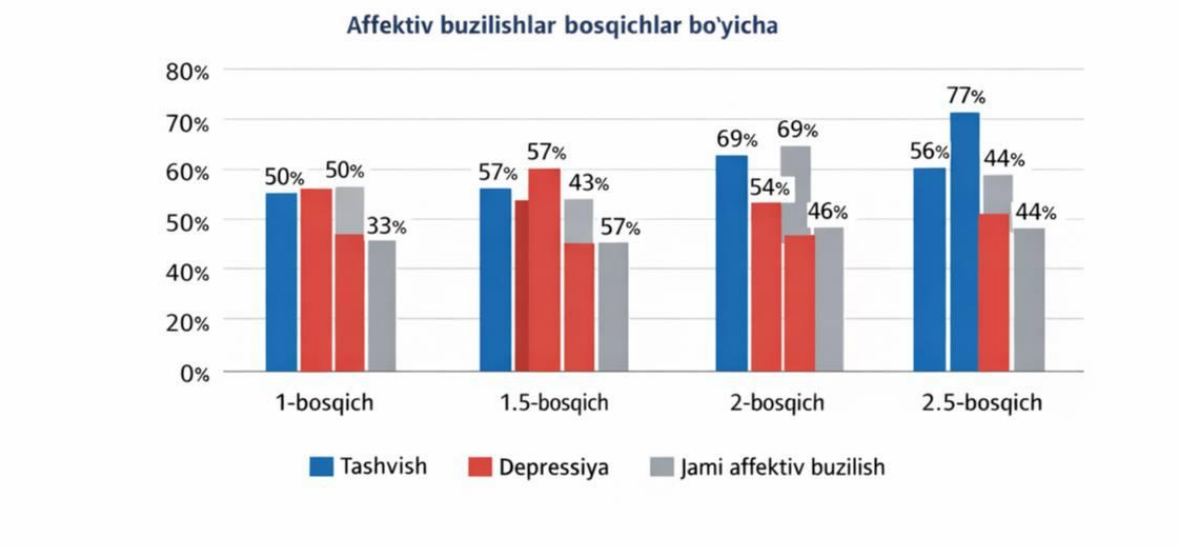
Uyqu buzilishlari vegetativ buzilishlari yanada yaqqolroq bo‘lgan bemorlarda (58,4±44,4 va 22,0±17,5, $p < 0,05$), PDQ-39 so‘rovnomasi bo‘yicha hayot sifati ko‘rsatkichlari pastroq bo‘lgan bemorlarda (42,2±24,7 va 27,4±13,3, $p < 0,05$), Boer so‘rovnomasi bo‘yicha (133,2±29,9 va 155,9±18,3, $p < 0,05$), shuningdek EuroQOL shkalasi bo‘yicha (4,7±1,8 va 3,1±1,5, $p < 0,05$) ko‘proq qayd etildi; ushbu bemorlarda tashvish darajasining yuqoriroq bo‘lish tendensiyasi ham kuzatildi (12,8±7,8 va 9,0±6,3, $p = 0,06$).

PKning erta bosqichlarida affektiv buzilishlarni aniqlash uchun depressiyani baholash bo‘yicha Gamilton shkalasi (Hamilton Psychiatric Rating Scale for Depression, HDS yoki HAM-D, 1959), tashvish buzilishlari darajasini aniqlash uchun esa Gamiltonning tashvishni baholash shkalasi (Hamilton Anxiety Rating Scale, Hamilton M., 1959) qo‘llanildi.

Affektiv buzilishlar 70% (n = 56) bemorda tashxis qilindi, tashvish simptomlari 65% (n = 52) bemorda, depressiya esa 50% (n = 40) bemorda kuzatildi.

Shunday qilib, depressiya titroq shakli ustun bo‘lgan bemorlarda yuqoriroq edi, chunki erta bosqichlarda harakat yetishmovchiligi yaqqol bo‘lmagan holatda titroq eng sezilarli simptom bo‘lib, ba’zan ko‘plab harakatlarni bajarishga xalaqit beradi. Erta bosqichdagi bemorlar faol hayot tarzini olib boradilar, ularning ko‘pchiligi ishlaydi va titroqning paydo bo‘lishi kayfiyatni pasaytirib, depressiyani keltirib chiqaradi. Kasallikning aralash shaklida titroqqa rigidlik va yurish buzilishlari qo‘shiladi, bu esa bemorlarda tashvish darajasini oshiradi.

Bundan kelib chiqib, affektiv buzilishlar PKda progressiya sur’ati tezroq bo‘lgan bemorlarda ko‘proq uchradi.



PKning 1-bosqichida affektiv buzilishlar 33% holatda uchrab, tashvish (50%) va depressiya (50%) bir xil nisbatda namoyon bo‘lgan. BPning 1,5-bosqichida affektiv buzilishlar 57% bemorda uchrab, ular orasida tashvish ustunlik qilgan (mos ravishda tashvish 57% va depressiya 43%). Affektiv buzilishlar tarkibida tashvishning depressiyaga nisbatan ustunligi BPning 2- va 2,5-bosqichlarida ham saqlanib qolgan (2-bosqichda 54% va 46%, 2,5-bosqichda esa 56% va 44%). Shu bilan birga, kasallik bosqichi oshib borgani sari affektiv buzilishlar uchrash chastotasi ham ortib borgan (2-bosqichda 69%, 2,5-bosqichda 77% bemorda), bu esa bemorning kundalik faolligi va hayot sifati darajasiga salbiy ta’sir ko‘rsatgan.

Affektiv buzilishlar va vegetativ buzilishlarning PKning 1-bosqichidayoq birgalikda uchrashi bemorlarning hayot sifatiga salbiy ta’sir ko‘rsatib, ularning kundalik faollik darajasini pasaytirishi qayd etildi ($p < 0,05$). Ushbu qonuniyat BPning barcha erta bosqichlarida kuzatiladi ($p < 0,05$).

PKning erta bosqichlaridagi bemorlarda kognitiv buzilishlarni baholash Monreal kognitiv funksiyalarni baholash shkalasi (MoCA [Nasreddine Z.S. et al., 2004]) yordamida amalga oshirildi.

MoCA shkalasi ma’lumotlariga ko‘ra, BPning erta bosqichlaridagi bemorlarning 31,25%ida ($n = 25$) o‘rtacha darajadagi kognitiv buzilish aniqlangan, o‘rtacha ball 27,1±0,8 ni tashkil etdi.

Ko‘rish-fazoviy funksiyalar buzilishi o‘rtacha kognitiv buzilishi bo‘lgan bemorlarning 67,5%ida ($n = 17$) qayd etildi; xotira buzilishi — 78,75%ida ($n = 19$), diqqat buzilishi — 41,25%ida ($n = 10$), nutq faolligi buzilishi — 12,5%ida ($n = 3$), semantik nutq faolligi buzilishi — 37,5%ida ($n = 9$), abstrakt tafakkur buzilishi — 17,5%ida ($n = 4$), orientatsiya buzilishi esa 5%ida ($n = 1$) bemorda kuzatildi.

Kognitiv buzilishlar po‘stloq-po‘stloqosti xarakterga ega bo‘lib (bradifreniya, qisqa muddatli xotira yetishmovchiligi, topshiriq shartlarini yetarlicha baholamaslik va impulsiv qarorlar qabul qilish natijasida umumlashtirish qobiliyatining buzilishi, idrok buzilishi) namoyon bo‘lgan.

Kasallik debyuti yoshi kognitiv buzilishlarga ta’sir ko‘rsatgan: 60 yoshdan keyingi debyutda o‘rtacha kognitiv buzilishlar ko‘proq kuzatilgan (Mann–Uitni mezoni, $p = 0,014$). Kognitiv buzilishi bo‘lgan bemorlarda UPDRS shkalasi bo‘yicha ballar yuqoriroq va affektiv buzilishlar yaqqolroq bo‘lgan ($p < 0,05$).

Hayot sifati ko‘rsatkichi MoCA shkalasi bo‘yicha yuqoriroq ballga ega bemorlarda yuqoriroq bo‘lgan (p = 0,03); tashvish (p = 0,002) va depressiya (p = 0,02) namoyonlari kamroq bo‘lgan bemorlarda ham hayot sifati yuqoriroq qayd etilgan. Tashvish, depressiya va yaqqol nomotor buzilishlar (PDNMS shkalasi) (p = 0,001) mavjudligi bemorning hayot sifati ko‘rsatkichining pastligi bilan kechgan (p = 0,001).

Shu asosda , nafaqat motor yetishmovchiligi, balki nomotor simptomlar ham BPning erta bosqichida bemorlarning hayot sifati va kundalik faolligiga sezilarli ta’sir ko‘rsatadi.

Korrelyatsion tahlil natijasida turli shkalalar ko‘rsatkichlari o‘rtasida o‘rtacha kuchga ega korrelyatsiya koeffitsiyentlari aniqlandi (Spirman korrelyatsiya koeffitsiyenti qo‘llanildi).

Demak, PKning erta bosqichlaridayoq hayot sifati va kundalik faollik ko‘rsatkichlarini pasaytiruvchi turli xil nomotor buzilishlar spektri kuzatiladi.

Foydalanilgan adabiyotlar.

1. Базиян, Б. Х. Анализ траектории движений для раннего обнаружения нейродегенеративного процесса при болезни Паркинсона / Б. Х. Базиян, Л. А. Чигалейчик, Е. Л. Тесленко [и др.] // Болезнь Паркинсона и расстройства движений: Руководство для врачей по материалам II Национального конгресса. – М., 2015. – Т. 5. – С. 2015–2018.
2. Бичева, К. Г. Комплексный медико-психологический подход к клиническому и трудовому прогнозу при болезни Паркинсона / К. Г. Бичева, Н. В. Федорова // Современные аспекты диагностики и лечения во врачебно-трудовой экспертизе и реабилитации. – М., 2016. – С. 6–7.
3. Кулуа, Т. К. Качество жизни у пациентов с болезнью Паркинсона / Т. К. Кулуа, Н. В. Федорова, Е. В. Бриль // Фарматека. – М., 2017. – Т. 18 – С. 351.
4. Левин О. С. Клинико-нейропсихологические и нейровизуализационные аспекты дифференциальной диагностики паркинсонизма: автореф. дис. … д-ра мед. наук: 14.01.11 / Левин Олег Семенович. – М., 2018. – С. 36.
5. Abdukadirova D.T Early clinical-neurological indicators of pallidar parkinsonism. Ethiopian international journal of multidisciplinary research eISSN: 2349-5715 pISSN: 2349-5707 Volume: 12, Issue 01, Jan-2025 стр 516-521. https://www.eijmr.org/index.php/eijmr/