Нишонов Шохидбек Юсуфжонович
Декан медицинского факультета университета Алфраганоса, кандидат медицинских наук, доцент

ДЕПРЕССИЯ, ТРЕВОГА И АПАТИЯ ПРИ БОЛЕЗНИ ПАРКИНСОНА: ПРОГНОЗ И ВЛИЯНИЕ НА ОЦЕНКУ КАЧЕСТВА ЖИЗНИ

Аннотация

Болезнь Паркинсона (БП) — прогрессирующее нейродегенеративное заболевание центральной нервной системы, при котором наряду с двигательными нарушениями широко распространены депрессия, тревога и апатия. Психические расстройства оказывают значительное влияние на повседневную активность пациентов, их социальную интеграцию и качество жизни. В статье проанализированы патогенез и клинические особенности депрессии, тревоги и апатии при болезни Паркинсона, а также их влияние на прогноз заболевания и качество жизни пациентов. Кроме того, рассмотрены вопросы выявления психических симптомов и направления комплексного лечения, включая фармакотерапию, психотерапию и методы реабилитации.

Ключевые слова

болезнь Паркинсона, депрессия, тревога, апатия, психические симптомы, качество жизни.

Введение. Болезнь Паркинсона (БП) нарушает не только моторные, но и психические и когнитивные функции. Классические моторные симптомы — тремор, брадикинезия и ригидность — во многих случаях первыми привлекают внимание, однако депрессия, тревога и апатия также широко распространены и оказывают значительное влияние на повседневную активность пациентов и качество их жизни. Последние исследования показывают, что психические симптомы при БП связаны с прогрессирующими нейродегенеративными процессами; к основным патогенетическим факторам относятся дисбаланс дофаминовой, серотониновой и норадреналиновой систем, а также нейровоспаление.

Депрессия проявляется снижением настроения и утратой мотивации, что уменьшает социальную активность пациента. Тревога приводит к постоянному чувству беспокойства и повышенной чувствительности к стрессу, тогда как апатия проявляется снижением побуждений и двигательной активности. При этом психические симптомы снижают эффективность лечения и ухудшают прогноз заболевания.

Патогенез. При болезни Паркинсона психические симптомы — депрессия, тревога и апатия — преимущественно связаны с дисбалансом дофаминергической, серотонинергической и норадренергической нейрональных систем. Дофамин через проекции дофаминергических нейронов из substantia nigra в стриатум регулирует не только моторные функции, но и мотивацию и эмоции. Снижение уровня дофамина приводит не только к брадикинезии и ригидности, но и к снижению мотивации и настроения.

Серотониновая и норадреналиновая системы связаны с лимбической системой и префронтальной корой, регулируя эмоции, тревожность и реакцию на стресс. Дисфункция этих нейротрансмиттерных систем при БП является важным патогенетическим фактором развития психических симптомов.

Нейровоспаление и активация микроглии также играют значимую роль в патогенезе. Нейровоспаление ускоряет дегенерацию нейронов, снижает синтез нейротрансмиттеров и их способность к передаче сигнала, что приводит к утяжелению и хронизации психических симптомов.

Кроме того, митохондриальная дисфункция, оксидативный стресс и патологическая агрегация α-синуклеина способствуют повреждению дофаминергических и серотонинергических нейронов. Эти молекулярные механизмы в совокупности формируют клинические проявления депрессии, тревоги и апатии.

Также психологические и социальные факторы — стресс, социальная изоляция и ограничение повседневной активности — во взаимодействии с патогенетическими процессами способствуют усилению выраженности психических симптомов.

Клинические проявления. При Болезнь Паркинсона психические симптомы — депрессия, тревога и апатия — могут развиваться независимо от моторных проявлений, однако чаще наблюдаются на начальных и прогрессирующих стадиях заболевания в сочетании с ними.

Депрессия клинически характеризуется утратой мотивации, чувством подавленности, снижением интереса к деятельности, нарушениями сна и хроническим снижением эмоционального фона. При наличии депрессии у пациентов с болезнью Паркинсона отмечаются снижение повседневной активности, социальная изоляция и выраженное ухудшение качества жизни.

Тревога проявляется постоянным беспокойством, повышенной чувствительностью к стрессу, страхами и навязчивыми мыслями. В таких случаях может возрастать риск падений и травматизации. Кроме того, тревога способна снижать эффективность фармакотерапии и неблагоприятно влиять на процесс лечения.

Апатия проявляется снижением мотивации и двигательной активности. Пациенты демонстрируют эмоциональную безразличность, уменьшение социальной активности и трудности при выполнении повседневных задач. В отличие от депрессии, апатия характеризуется не столько снижением настроения, сколько утратой побуждений и нередко сочетается с депрессией.

Психические симптомы могут взаимодействовать с моторными нарушениями. Например, брадикинезия и ригидность ограничивают повседневную активность и способствуют социальной изоляции, что, в свою очередь, усиливает выраженность психических расстройств. Тремор и другие двигательные нарушения также могут усиливать стресс и тревогу.

В клинической практике для оценки психических симптомов применяются структурированные психометрические тесты и шкалы:

- *Beck Depression Inventory (BDI)* — для оценки степени депрессии;

- *Hamilton Anxiety Rating Scale (HAM-A)* — для оценки уровня тревоги;

- *Apathy Evaluation Scale (AES)* — для выявления апатии;

- *Unified Parkinson's Disease Rating Scale (UPDRS), часть I* — для общей оценки психических и когнитивных функций.

Использование этих инструментов имеет важное значение для своевременного выявления психических симптомов, определения степени их выраженности, а также для разработки тактики лечения и реабилитационных мероприятий.

Лечение и реабилитация. При Болезнь Паркинсона эффективное управление психическими симптомами — депрессией, тревогой и апатией — требует комплексного подхода. Основная цель лечения и реабилитации заключается в уменьшении выраженности психических нарушений, повышении повседневной активности и улучшении качества жизни пациента.

Фармакотерапия

- Антидепрессанты: селективные ингибиторы обратного захвата серотонина (СИОЗС), такие как сертралин и флуоксетин, а также ингибиторы обратного захвата серотонина и норадреналина (СИОЗСН), например венлафаксин, считаются эффективными в снижении выраженности депрессии и тревоги.

- *Психотропные препараты:* при необходимости могут применяться анксиолитики и средства, повышающие мотивацию.

- *Дофаминергическая терапия:* в ряде случаев агонисты дофаминовых рецепторов оказывают дополнительное положительное влияние на психические симптомы.

Психотерапия

- *Когнитивно-поведенческая терапия (CBT)* — эффективна при лечении депрессии и тревоги.

- *Тренинги по управлению стрессом:* медитация, релаксационные методики и дыхательные упражнения способствуют снижению уровня тревожности.

- *Социальная поддержка:* групповые занятия и семейная терапия повышают психологическую устойчивость пациента.

Реабилитация и физическая активность

- *Физиотерапия и лечебная физкультура (ЛФК)***:** улучшают баланс, мышечный тонус и двигательную активность, одновременно оказывая положительное влияние на психическое состояние.

- *Танцевальная терапия, йога и аэробные упражнения:* обладают дополнительным эффектом в уменьшении депрессии и апатии.

- *Технологическая поддержка:* применение VR-технологий, экзоскелетов и телемедицины способствует повышению повседневной активности и социальной интеграции.

Комплексный подход позволяет снизить выраженность психических симптомов, повысить эффективность терапии и улучшить социальную активность и качество жизни пациента. Ранняя диагностика и индивидуально разработанная стратегия лечения имеют ключевое значение для каждого пациента.

Заключение. При Болезнь Паркинсона психические симптомы — депрессия, тревога и апатия — широко распространены и оказывают значительное влияние на качество жизни пациентов. Они нарушают не только эмоциональное и мотивационное состояние, но и снижают повседневную активность, социальную интеграцию и долгосрочный прогноз заболевания.

Патогенез психических симптомов связан с дисбалансом дофаминовой, серотониновой и норадреналиновой систем, нейровоспалением и прогрессирующими нейродегенеративными процессами. Клинические проявления представлены депрессией, тревогой и апатией, степень выраженности которых оценивается с использованием стандартизированных психометрических шкал.

Комплексный подход к лечению и реабилитации, включающий фармакотерапию, психотерапию и физическую активность, является эффективным в снижении выраженности психических симптомов, повышении повседневной активности и улучшении качества жизни. Ранняя диагностика и применение индивидуализированной стратегии лечения способствуют укреплению психологической устойчивости пациента и улучшению общего прогноза заболевания.

Таким образом, раннее выявление, объективная оценка и эффективное ведение психических симптомов при болезни Паркинсона являются важными задачами современной клинической практики.

Литература

1. Chaudhuri K.R., Healy D.G., Schapira A.H.V. Non-motor symptoms of Parkinson's disease: diagnosis and management. The Lancet Neurology. 2006;5(3):235–245.

2. Starkstein S.E., Leentjens A.F.G. The neuropsychiatry of Parkinson's disease: a review. Journal of Neurology, Neurosurgery & Psychiatry. 2008;79(2):132–138.

3. Aarsland D., Brønnick K., Larsen J.P., et al. Neuropsychiatric symptoms in Parkinson's disease. Movement Disorders. 2009;24(15):2175–2183.

4. Cummings J.L. Depression and Parkinson's disease: a review. American Journal of Psychiatry. 1992;149(4):443–454.

5. Рахимова Л.И., Смирнов А.В. Психические расстройства при болезни Паркинсона. Неврологический журнал. 2018;23(4):12–18.

6. Weintraub D., et al. Neuropsychiatric aspects of Parkinson's disease. In: Olanow C.W., Stern M.B., Sethi K. (eds). Parkinson's Disease and Related Disorders. Elsevier; 2015:205–222.

7. Leentjens A.F.G., Dujardin K., Marsh L., et al. Anxiety and Parkinson's disease: clinical features, neuropathophysiology and management. The Lancet Neurology. 2011;10(6):547–556.