

DOI : 10.31363/2313-7053-2019-4-2-112-117

Постуральные деформации при болезни Паркинсона (клинические и психосоциальные аспекты)

Фурсова И.В.¹, Михайлов В. А.¹, Захаров Д.В.¹, Коваленко А.П.²¹Федеральное государственное бюджетное учреждение «Национальный медицинский исследовательский центр психиатрии и неврологии имени В.М. Бехтерева» Министерства здравоохранения РФ,²Военно-Медицинская академия им. С.М. Кирова МО РФ

Резюме. Постуральные деформации при болезни Паркинсона являются сложнокурабельной проблемой. Проведен анализ динамики функционального и психологического состояния и КЖ пациентов с туловищными деформациями при БП в процессе лечения с использованием Диспорта. Отражены оптимальные схемы введения ботулотоксина при камптокормии и синдроме «пизанской башни».

Ключевые слова: болезнь Паркинсона, постуральные деформации, камптокормия, синдром «пизанской башни», дистония, ботулотоксин, Диспорт.

Postural deformities in patients with Parkinson disease (clinical and social aspects)

Fursova I.V.¹, Mikhailov V.A.¹, Zakharov D.V.¹, Kovalenko A.P.²¹ Bekhterev National Medical Research Center for Psychiatry and Neurology, Saint-Petersburg, Russian Federation² Military Medical Academy S.M. Kirova of the Ministry of Defense of the Russian Federation

Summary. The analysis was presented about the dynamics of the functional and psychological state and quality of life of patients with trunk deformities in Parkinson's disease using Dysport. The optimal regimens was reflected about the administration of botulinum toxin for patients with camptocormia and Pisa syndrome.

Keywords: Parkinson's disease, postural deformities, camptocormia, Pisa syndrome, dystonia, botulinum toxin, Dysport.

Болезнь Паркинсона является вторым по распространенности нейродегенеративным заболеванием пожилого возраста после болезни Альцгеймера [14]. У пациентов с болезнью Паркинсона 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. (10). В литературе данный вид постуральных нарушений также встречается под названием «поза просителя». Однако, у части больных выраженность патологической позы или положений позвоночника достигают значительной степени, что может доставлять пациентам больше страданий, чем симптомы основного заболевания. Выделяют следующие основные виды патологических поз при БП — камптокормия и синдром пизанской башни [10].

Камптокормия — это нарушение позы, проявляющееся значительным произвольным наклоном туловища вперед. Наклон может возникать в поясничном или грудном отделе позвоночника [10], составляет не менее 45 градусов, появляется и нарастает при стоянии и ходьбе, исчезает или уменьшается в положении лежа [3, 5, 16].

Синдром пизанской башни — это нарушение позы, при котором имеется произвольный выраженный боковой изгиб туловища, который может сочетаться с ротацией позвонков [15]. Некоторые авторы при формулировке определения для этого состояния уточняют, что угол наклона туловища должен быть не менее 15 градусов, наклон может усиливаться при ходьбе и уменьшаться

или исчезать в положении лежа. Это состояние может сопровождаться болью и нарушением функции позвоночника и не должно быть связано с какими-либо механическими ограничениями для движения туловища, например, дегенеративными заболеваниями позвоночника [8], наклон полностью нивелируется при пассивной мобилизации или в положении лежа [10].

Постуральные деформации оказывают выраженное влияние на жизнь пациентов, ухудшая их соматическое, неврологическое и психологическое состояние. Резко снижается их работоспособность, больные вынуждены отказываться от привычного образа жизни и досуга. Часто постуральные деформации сопровождаются болевым синдромом. Развитие позных нарушений, помимо влияния на повседневную активность и реализацию трудовой деятельности, является также заметным косметологическим дефектом, что, вероятно, может способствовать формированию у пациентов феномена самостигматизации.

Патогенез постуральных деформаций до конца не ясен, однако, большинство исследователей сходятся во мнении, что данный вид нарушений носит дистонический характер [4, 7, 9, 11, 12], с повышением тонуса в одних мышцах и снижением его в противоположных.

На сегодняшний день также нет единых рекомендаций по лечению постуральных нарушений при БП. Противопаркинсоническая терапия (препараты леводопы, агонисты дофаминовых рецепторов, амантадины), уменьшая основные проявления БП — ригидность, тремор, брадикинезию — не оказывают значимого положительного влияния на

степень выраженности позных нарушений. Более того, в литературе имеются отдельные свидетельства связи между назначением противопаркинсонических препаратов и возникновением камптокормии [3]. Использование ортопедических пособий также часто бывает недостаточным. Ряд авторов предлагает использовать антихолинергические средства и клозапин [6], однако и эти мероприятия зачастую не приносят желаемого результата.

В последнее время появились публикации о применении инъекций ботулинического токсина типа А для коррекции постуральных нарушений при БП. Так, Laura Bonanni с соавт. вводили ботулотоксин под электромиографическим контролем при синдроме Пизанской башни в паравертебральные мышцы ипсилатерально наклону. Авторы сообщают о положительном эффекте в виде уменьшения наклона у 4 пациентов из 6 [8]. С. Tassorelli с соавт. получили положительные результаты после введения ботулотоксина в различные мышцы спины и живота (мышцы-мишени определялись на основании ЭНМГ исследования) и последующей физической реабилитацией. При камптокормии Joseph Jankovic с соавт. отмечали положительный эффект после введения ботулотоксина в прямую мышцу живота [5]. Г. Райхель основной мышцей-мишенью предлагал косые мышцы живота (1). Есть работы, описывающие введение ботулотоксина в подвздошно-поясничную мышцу, однако, результат был негативным [13].

Работы с применением ботулотоксина в коррекции постуральных нарушений при болезни Паркинсона представляют несомненный интерес, который обусловлен следующими фактами:

Препарат оказывает миорелаксирующее действие только в инъецируемой мышце.

Терапевтический эффект дозозависимый и может быть подобран индивидуально в зависимости от формы деформации и включенных мышц.

Отсутствие системного действия и низкий риск развития нежелательных явлений

В опытных руках и при достаточном уровне контроля точности, метод позволяет расслабить практически любую мышцу организма.

Вместе с тем на сегодняшний день подобные работы являются единичными. А в уже существующих исследованиях проанализированы маленькие выборки пациентов и отсутствуют четкие рекомендованные схемы и дозы вводимого препарата.

В нашей работе мы также использовали инъекции ботулинического токсина типа А. В качестве препарата использовался препарат Диспорт, хорошо зарекомендовавший себя высокой эффективностью, длительностью миорелаксирующего действия и широким спектром зарегистрированных показаний. В инъекционный протокол мы включили мышцы, потенциально участвующие в сгибании туловища, а именно глубокие мышцы спины (*m. iliopsoas* 250 ЕД), косые мышцы живота (150 ЕД) и прямая мышца живота (100ЕД), с последующей физической реабилитацией пациентов. Эта схема уже упоминалась ранее в клинических наблюдениях с хорошим эффектом от введения

[2]. При камптокормии инъецировались мышцы с 2х сторон, при синдроме Пизанской башни только ипсилатерально наклону. Введение препарат в глубокие мышцы спины осуществлялось под контролем КТ, в мышцы живота под контролем УЗИ. Общее время процедуры составляло около 30 минут. Все пациенты подписывали информированное согласие.

Из базы данных экстрапирамидного центра на базе ФГБУ НМИЦ ПН им. В. М. Бехтерева было отобрано 88 пациентов с верифицированным диагнозом «болезнь Паркинсона», имеющих постуральные деформации туловища (пациентов с камптокормией — 46 человек, с пизанской башней — 42 человека).

1 группа — пациенты с камптокормией. Численность 46 человек, возраст 62-80 лет (средний возраст $69,93 \pm 5,4$), из которых мужчины — 20 (43%), женщины — 26 (57%). 59% пациентов проживали с семьей. Большая часть (61%) имели высшее образование, 5 человек (11%) продолжали трудовую деятельность. Из них 33 человека (72%) имели ригидно-дрожательную форму заболевания, 13 человек (28%) — акинетико-ригидную. Стадия заболевания у 57% пациентов соответствовала 3 ст. по шкале Хен-Яр, на долю II стадии пришлось 43%. Длительность заболевания составила от 1,5 до 15 лет (в среднем $7,3$ года $\pm 2,78$), длительность дистонии — от 5 до 48 месяцев (в среднем 19 месяцев), длительность лечения — от 1 до 12 лет (в среднем $5,2$ года $\pm 2,7$).

У большей части пациентов (80%) использовалась комбинированная терапия, при этом препараты леводопы получали 44 пациента (96 %). Суточная доза леводопы составляла в среднем 555 мг. Связь с изменением терапии (резкая отмена препаратов леводопы) отметил только 1 человек (2%). 21 человек (46 %) отмечал уменьшение выраженности степени камптокормии после приема противопаркинсонических препаратов, остальные никакой связи не отмечали.

2 группа — пациенты с синдромом «пизанской башни». Численность — 42 человека, возраст — 44-77 лет (средний возраст $63,73 \pm 8,28$), из которых мужчины 17 (40%), женщины — 25 (60%). 27 человек (64 %) имели высшее образование, 29 % продолжали трудовую деятельность. 33 человека (76%) проживали с семьей. Из них — 19 человек (45%) с ригидно-дрожательной формой заболевания, 23 (55%) — с акинетико-ригидной. Большая часть пациентов (71%) имела III стадию заболевания по шкале Хен-Яр, на долю II стадии пришлось 29%. Длительность заболевания составила от 2 до 15 лет (в среднем — $5,43 \pm 3$), длительность дистонии — от 3 до 48 месяцев (в среднем — 15,17), длительность лечения — от 1 до 12 лет (в среднем, $3,93$ года $\pm 2,57$).

18 человек (43 %) получали комбинированную терапию, остальные — монотерапию. Препараты леводопы получали 36 человек (86%), суточная доза леводопы в среднем составила 441 мг. Связь с изменением терапии отмечали 2 человека (5%). 22 человека (52 %) отмечали уменьшение выраженности наклона после приема проти-

вопаркинсонических препаратов, у остальных пациентов прием препаратов не оказывал влияния на степень наклона.

Методом случайной выборки пациенты были разделены на 2 подгруппы: пациенты, получавшие лечение в виде инъекций ботулотоксина и физиотерапию (группа K1- 30 человек) и группа пациентов, в лечении которых использовались только физиотерапевтические методики (группа K2 — 16 человек).

При анализе динамики показателей в группе K1 до и после лечения были получены следующие результаты:

По опроснику Марграффа угол наклона до лечения в среднем составил 58,7 градусов, при этом у 17 человек (57%) отмечалась 2 степень наклона (от 30 до 59 градусов), у 13 человек (43%) — 3 степень наклона (от 60 до 89 градусов). У 5 человек (16,7%) наклон отмечался даже в положении сидя, у 13 человек (43,3%) возникал сразу после вставания, у 6 человек (20%) — после прохождения дистанции около 50 метров, у 6 человек (20%) — после значительного времени стояния или ходьбы (средняя дистанция, после которой возникал наклон туловища составила 350 метров). 22 человека (73% опрошенных) отмечали наличие у них камптокормии в течение всего дня, 7 человек (23%) — несколько часов в течение дня, 1 человек (4%) — только в вечернее время и/или при значительной усталости. По десятибалльной шкале ограничения повседневной активности данного опросника средний балл составил 8 баллов.

После лечения угол наклона в среднем составил 40,03 градусов, таким образом, динамика по этому показателю составила 18,67 градусов. Существенно улучшилось и распределение по градациям степеней наклона: у 10 человек (33%) отмечалась 1 степень наклона (от 0 до 29 градусов), у 19 человек (63%) — 2 степень (от 30 до 59 градусов), у 1 человека (4%) — 3 степень наклона (от 60 до 89 градусов). Изменилось распределение степени выраженности камптокормии от положения тела, так, в положении сидя наклон сохранился только у одного человека (4%), у 9 человек (30%) возникал сразу после вставания, у 11 человек (36%) — после прохождения дистанции около 50 метров, у 9 человек (30%) — лишь после значительного времени стояния или ходьбы (средняя дистанция, после которой возникал наклон туловища составила 475 метров). Также уменьшилось время, в течение которого отмечалась камптокормия. Количество человек, отмечающих у себя наличие камптокормии в течение всего дня уменьшилось до 16 человек (53%), 13 человек (43%) отмечали наличие камптокормии в течении нескольких часов в течение дня, 1 человек (4%) — только в вечернее время и/или при значительной усталости. Также отмечалась положительная динамика в степени влияния камптокормии на повседневную активность, среднее значение по этой шкале составило 6 баллов (динамика 2 балла, $p < 0,000001$). С 19 до 13 уменьшилось количество человек, нуждающихся в использовании вспомогательных средств опоры, динамика составила 30% ($p < 0,01$).

Все опрошенные до лечения отмечали болевые ощущения в спине, средняя интенсивность боли до лечения составила $6,67 \pm 1,6$ баллов по шкале ВАШ, после лечения средний балл по этой шкале составил 3,97 ($p < 0,0000001$).

По шкале повседневной жизненной активности Schwab и England средний балл до лечения — 61, после лечения — 66,33 балла, таким образом, динамика составила 5,3 балла ($p < 0,000019$).

По опроснику UPDRS после введения Диспорта отмечалось статистически значимое улучшение по всем шкалам: шкала UPDRS мышление — до лечения — 4,80 баллов, после лечения — 4,53 балла, динамика составила 0,27 баллов ($p < 0,009$) — пациенты отмечали повышение инициативности, улучшение настроения; шкала UPDRS повседневная активность — до лечения — 20,43 балла, после лечения — 18,53 баллов, динамика составила 1,9 балла ($p < 0,0000001$) — пациенты стали более функциональными, легче осуществляли гигиенические процедуры, им было проще одеться; шкала UPDRS двигательные нарушения — до лечения 51,40 баллов, после лечения — 49,30 баллов, динамика составила 2,1 балла ($p < 0,0000001$) — пациенты отмечали улучшение ходьбы и осанки; общий балл UPDRS до лечения — 76,63 балла, после лечения 72,37 балла, таким образом, отмечалось статистически значимое улучшение этого показателя на 4,26 баллов ($p < 0,0000001$) (Табл.1).

При оценке постуральных нарушений до лечения были получены следующие результаты: по шкале Berg средний балл составил 30,4, после лечения — 33,07, таким образом, динамика составила 2,67 балла ($p < 0,0000001$), по тесту TUG до лечения — 20,23 сек, после лечения — 17,93 сек, динамика составила 2,3 сек. ($p < 0,0000001$), таким образом, уменьшение постуральных нарушений снижало риски падений.

По опроснику КЖ наибольшие сложности пациенты с камптокормией испытывали в связи с ограничением возможности свободного передвижения, нарушалась их повседневная активность, возможность 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 статистически значимая положительная динамика отмечалась по шкалам: мобильность, стигма, соматическая боль, общее качество жизни (Табл.2).

В наибольшей степени пациенты отмечали уменьшение болевых ощущений и улучшение двигательных функций — пациентам стало легче перемещать по дому и в общественных местах, уменьшилась необходимость сопровождения пациентов при выходе их из дома.

По опроснику самостигматизации в группе K1 у всех пациентов был выявлен феномен самостигматизации в связи с наличием у них нарушений позы. В большей степени это касалось оценки пациентами своей внешности и страхов, связанных с восприятия их людьми из неблизкого окружения. В меньшей степени страдала профессиональная деятельность и сексуальная жизнь, что, воз-

можно, связано с небольшой актуальностью этих аспектов жизни в связи с возрастом пациентов.

После проведенного лечения отмечалась статистически значимая положительная динамика по блокам «Я», «семья», «неблизкое окружение», «окружающая среда» (Табл.3).

Особенно выраженная положительная динамика отмечалась в блоке «Я», пациенты стали испытывать меньше переживаний в связи с наличием у них поструральных нарушений, смогли более полноценно проводить досуг.

По шкале общего клинического впечатления (CGI) большая часть пациентов отметило значительное и весьма значительное улучшение.

При анализе динамики показателей в группе K2 по шкале повседневной жизненной активности Schwab и England средний балл не изменился и составил — 62,5. По опроснику UPDRS отмечалось лишь небольшое улучшение по шкале UPDRS в разделе «повседневная активность» и общему баллу соответственно. Динамика составила всего 0,25 балла и была статистически незначимой ($p < 0,1$).

После проведения реабилитационных мероприятий в группе K2 изменения в основном коснулись болевого синдрома, статистически значимая положительная динамика была отмечена по шкале ВАШ (средний балл по этой шкале составил $6,25 \pm 1,88$, после лечения — $4,56 \pm 1,15$ — динамика составила 1,68 балла, $p < 0,003$), по шкалам соматическая боль ($p < 0,05$) и общее качество жизни ($p < 0,03$) опросника PDQ-39 и по блоку «семья» опросника самостигматизация.

По шкале общего клинического впечатления (CGI) 12% отметили значительное улучшение, 25% — минимальное улучшение, оставшиеся 63% динамики в своем состоянии не отметили.

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 Диспорта продемонстрировали более значимую динамику и по значительно более широкому спектру показателей.

Методом случайной выборки пациенты с синдромом «пизанской башни» были разделены на 2 подгруппы: пациенты, получавшие лечение в виде инъекций ботулотоксина и физиотерапию (группа ПБ1- 27 человек) и группа пациентов, в лечении которых использовались только физиотерапевтические методики (группа ПБ2 — 15 человек).

При анализе динамики показателей в группе ПБ1 до и после лечения были получены следующие результаты:

по шкале повседневной жизненной активности Schwab и England средний балл до лечения — $75,93 \pm 9,31$, после лечения — $77,78 \pm 7,51$ балла, таким образом, динамика составила 1,85 баллов ($p < 0,022$),

по опроснику UPDRS отмечалось статистически значимое улучшение по шкалам: повседневная активность, двигательные нарушения, общий балл UPDRS. Так, шкала UPDRS повседневная ак-

тивность — до лечения — $15,56 \pm 3,51$ баллов, после лечения — $13,67 \pm 3,68$ баллов, динамика составила 1,89 балла ($p < 0,0000001$) — пациенты стали испытывать меньше затруднений при проведении гигиенических мероприятий; шкала UPDRS двигательные нарушения — до лечения $35,63 \pm 7,48$ балла, после лечения — $33,89 \pm 7,36$ баллов, динамика составила 1,74 балла ($p < 0,0000001$) — пациенты отмечали улучшение ходьбы и осанки; общий балл UPDRS до лечения — $55,11 \pm 10,68$ балла, после лечения $51,48 \pm 10,81$ балла, таким образом, отмечалось статистически значимое улучшение этого показателя на 3,63 балла ($p < 0,0000001$) (Табл.4).

Угол наклона до лечения в среднем составил $22,59 \pm 3,76$ градуса, 7 человек (26%) имели левосторонний наклон, 20 человек (74%) — правосторонний. У 8 человек (30%) наклон сопровождался сколиотической деформацией позвоночника. После лечения угол наклона в этой группе в среднем составил $11,30 \pm 5,48$ градусов ($p < 0,00000001$).

В этой группе только 15% не отмечали болевых ощущений в спине, средняя интенсивность боли до лечения составила $3,74 \pm 2,14$ баллов по шкале ВАШ, после лечения средний балл по этой шкале составил $2,04 \pm 1,09$ ($p < 0,0000001$).

При оценке поструральных нарушений в группе ПБ1 до лечения были получены следующие результаты: по шкале Berg средний балл составил $34,74 \pm 4,04$, после лечения — $36,70 \pm 3,57$, таким образом, динамика составила 1,96 баллов ($p < 0,00001$), по тесту TUG до лечения — 17,19 сек, после лечения — 15,04 сек, динамика составила 2,15 сек. ($p < 0,0000001$).

При оценке КЖ в наибольшей степени пациентов с синдромом «пизанской башни» беспокоили сложности с передвижением, нарушалась повседневная активность. Большинство пациентов испытывали эмоциональные переживания в связи с наличием у них заболевания.

При оценке КЖ после лечения статистически значимая положительная динамика отмечалась по шкалам: мобильность, эмоциональность, стигма, соматическая боль, общее качество жизни (Табл.5).

Наилучший результат отмечался в регрессе болевых ощущений, что положительным образом сказывалось на эмоциональном состоянии пациентов.

По опроснику самостигматизации у всех пациентов выявлялся феномен самостигматизации в связи с развитием у них поструральной деформации. Отмечались сложности с формированием контактов с близким окружением, в меньшей степени страдали трудовая деятельность и сфера сексуальных отношений.

После проведенного лечения отмечалась статистически значимая положительная динамика по блокам «Я», «неблизкое окружение» — пациенты стали испытывать меньше переживаний по поводу имеющихся у них поструральных деформаций, им стало легче взаимодействовать с людьми из близкого окружения, устанавливать новые контакты (Табл.6).

Была выявлена достоверная связь между реакцией на препараты леводопы и эффективностью

Шкала	До лечения	После лечения	Динамика	P<
UPDRS мышление	4,80	4,53	0,27	0,009
UPDRS повседневная активность	20,43	18,53	1,9	0,0000001
UPDRS двигательные нарушения	51,40	49,30	2,1	0,0000001
общий балл UPDRS	76,63	72,37	4,26	0,0000001

Подшкала	Значение	Динамика	P
Мобильность	64,33±19,83	7,83	0,00004
Стигма	54,79±24,49	5,84	0,001
Соматическая боль	41,67±15,16	7,22	0,00009
Общее КЖ	47,32±15,66	3,7	0,012

Подшкала	Значение	Динамика	P
Стигматизация блок «Я».	3,17±0,87	0,7	0,0000001
Стигматизация блок «семья»	2,08±0,74	0,32	0,00018
Стигматизация блок «неблизкое окружение»	2,79±0,88	0,35	0,000001
Стигматизация блок «окружающая среда»	2,19±0,68	0,22	0,00016

Шкала	До лечения	После лечения	Динамика	P<
UPDRS повседневная активность	15,56±3,51	13,67±3,68	1,89	0,0000001
UPDRS двигательные нарушения	35,63±7,48	33,89±7,36	1,74	0,0000001
общий балл UPDRS	55,11±10,68	51,48±10,81	3,63	0,0000001

Подшкала	Значение	Динамика	P
Мобильность	51,20±23,50	5,65	0,0000001
Эмоциональность	43,98±19,49	4,48	0,0007
Стигма	50,00±24,51	3,70	0,001
Соматическая боль	41,36±15,93	7,72	0,000017
Общее КЖ	45,42±15,01	3,5	0,0000001

Подшкала	Значение	Динамика	P
Стигматизация блок «Я».	3,06±0,87	0,38	0,000004
Стигматизация блок «неблизкое окружение»	2,40±0,92	0,25	0,000027

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.

При анализе динамики показателей в группе ПБ2 до и после лечения были получены следующие результаты: по шкале повседневной жизненной активности Schwab и England средний балл до лечения — $76,67 \pm 8,16$, после лечения — динамика по этому показателю не отмечено.

После проведенного лечения отмечалась статистически значимая положительная динамика по шкале ВАШ (до лечения $3,87 \pm 1,96$ баллов, после лечения — $3,2 \pm 1,66$ ($p < 0,00001$)) и по шкале общего качества жизни опросника PDQ-39.

Надо отметить, что в обеих группах (с использованием ботулотоксина и без) отмечался положительный эффект от проведенного лечения, однако, в первой группе динамика была более выраженной.

Таким образом, развитие туловищных деформаций (камптокормия, синдром «пизанской башни») у пациентов с болезнью Паркинсона является отягощающим фактором, существенно влияющим на повседневную деятельность, двигательную активность и качество жизни больных, а также приводящим к формированию у них феномена самостигматизации. Применение ботулотоксина типа А (Диспорт) в сочетании с физиотерапевтическими методиками является эффективным терапевтическим мероприятием и может быть рекомендовано пациентам с данными нарушениями.

Литература / References

1. Г. Райхель, *Терапевтическое руководство спастичность-дистонии*. 2013; 153-157.
2. Коваленко А.П. *Использование ботулинотерапии для лечения камптокормии у больных с болезнью Паркинсона (клинический случай) // Болезнь Паркинсона и расстройства движения. Руководство для врачей. По мат. III Национального конгресса по болезни Паркинсона и расстройствам движения (с международным участием) / Под ред. проф. С.Н. Иллариошкина и проф. О.С. Левина. Москва. 2014; 198-200.*
3. Ashour R., Jankovic J. *Joint and skeletal deformities in Parkinson's disease, multiple system atrophy and progressive supranuclear palsy. Mov. Disorders* 2006; 21: 1856-1863.
4. Ashour R., Tintner R., Jankovic J., *Striatal deformities of the hand and foot in Parkinson's disease, <http://neurology.thelancet.com>. 2005; 4:423-43.*
5. Azher SN, Jankovic J. *Camptocormia: pathogenesis, classification and response to therapy. Neurology*. 2005; 65:355-359.
6. Bhattacharya KF, Giannakikou I, Munroe N, Chaudhuri KR. *Primary anticholinergic-responsive Pisa syndrome. MovDisord* 2000; 15: 1285-87
7. Bloch F, Houeto JL, Tezenadu Montcel S, et al. *Parkinson's disease with camptocormia. J Neurol Neurosurg Psychiatry*. 2006; 77:1223-1228;
8. Bonanni L., Thomas A., Varanese S., Scorrano V., and Onofrij M.; *Botulinum Toxin Treatment of Lat-eral Axial Dystonia in Parkinsonism. Movement Disorders*. 2007; 206:2097-2103.
9. Jankovic J, Tintner R. *Dystonia and Parkinsonism. Parkinson Dis Relat Disord*. 2001; 8:109-112.
10. Karen M Doherty, Bart P van de Warrenburg, Maria Cecilia Peralta, Laura Silveira-Moriyama, Jean-Philippe Azulay, Oscar S Gershanik, Bastiaan R Bloem. *Postural deformities in Parkinson's disease. www.thelancet.com/neurology Published online. 2011. DOI:10.1016/S1474-4422(11)70067-9*
11. Lepoutre AC, Devos D, Blanchard-Dauphin A. *A specific clinical pattern of camptocormia in Parkinson's disease. J Neurol Neurosurg Psychiatry*. 2006; 77:1229-1234.
12. Reichel G, Kirchhofer U, Stenner A. *Camptocormia-segmental dystonia. Proposal of a new definition for an old disease. Nervenarzt*. 2001; 72:281-285.
13. Salvatori FM, *Injection of the iliopsoas muscle with botulinum toxin in camptocormia. Mov.Disord*. 2009; 24:316.
14. Strickland & Bertoni. 2004.
15. Tassorelli C, MD, PhD, Furnari A., MD, Buscone S., MD, Alfonsi E, MD, Pacchetti C., MD, Zangaglia R, MD, Pichicchio A., MD, Bastianello S., MD, Lozza A., MD, Allena M., MD, Bolla M., MD, Sandrini G., MD, Nappi G., MD and Martignoni E., MD. *Pisa. Syndrome in Parkinson's Disease: Clinical, Electromyographic and Radiological Characterization. Movement Disorders*. 2012; 27: 227-235.

Сведения об авторах

Михайлов Владимир Алексеевич — д.м.н., невролог, руководитель отделения реабилитации психосоматических больных ФГБУ «НМИЦ ПН им. В.М. Бехтерева». E-mail:vladmikh@yandex.ru

Захаров Денис Валерьевич — к.м.н., невролог, заведующий отделением реабилитации психоневрологических больных ФГБУ «НМИЦ ПН им. В.М. Бехтерева». E-mail:zaharov_dv@mail.ru

Фурсова Ирина Викторовна — невролог ФГБУ «НМИЦ ПН им. В.М. Бехтерева». E-mail:fursova_iv@mail.ru

Коваленко Александр Павлович — к.м.н., главный реабилитолог ВМА, Военно-Медицинская академия им. С.М. Кирова. E-mail:kvlnko73@gmail.com

ПРОДОЛЖАЕТСЯ ПОДПИСКА

на научно-практический рецензируемый журнал

«Обозрение психиатрии и медицинской психологии им. В.М. Бехтерева»

Учредителем журнала, основанного в 1896 году Владимиром Михайловичем Бехтеревым, является ФГБУ «Национальный медицинский исследовательский центр психиатрии и неврологии им. В.М. Бехтерева» Минздрава России. Издание входит в рекомендованный ВАК РФ перечень научных журналов для опубликования основных научных результатов диссертаций. Выходит 4 раза в год.

В редакционный совет журнала входят известные российские ученые, врачи-психиатры и психологи, а также представители ведущих научных учреждений в области психиатрии и психологии из стран дальнего и ближнего зарубежья.

Подписаться на журнал можно в любом почтовом отделении.
Подписной индекс по каталогу агентства «Роспечать» —

70232 (полугодовая подписка)

Требования к содержанию и оформлению статей, направляемых в журнал «Обозрение психиатрии и медицинской психологии им. В.М. Бехтерева»

К рассмотрению принимаются рукописи, ориентированные на тематические рубрики журнала и соответствующие профилю журнала и настоящим требованиям. Журнал публикует результаты оригинальных исследований, обзорные статьи, статьи проблемного характера, краткие сообщения, дискуссионные работы, информацию в раздел «Психиатрическая газета» и некоторые другие.

Статья должна сопровождаться официальным направлением от учреждения, в котором выполнена работа (хотя бы одним направлением в случае, когда статья представлена несколькими учреждениями); к работам, выполненным по личной инициативе автора (идущим не от учреждения), должно прилагаться подписанное автором письмо с просьбой о публикации. Как в официальном направлении от учреждения, так и в письме с просьбой о публикации должно быть указано, что статья ранее не была опубликована в других изданиях. Ответственность за достоверность этих сведений несут авторы статьи.

В конце статьи представляется следующая информация о каждом авторе: ФИО полностью, ученая степень и звание, иные официальные регалии, должность и полное название учреждения (учреждений), в котором работает автор, адрес действующей электронной почты. Иную информацию указывать не нужно.

Присылаемые статьи должны быть написаны на русском языке, шрифтом Times New Roman, размер шрифта 14, междустрочный интервал — 1,5, примерный объем одной страницы — стандартные 1800 знаков (считая с пробелами).

Правила оформления статей:

- после названия статьи указываются фамилии и затем инициалы всех авторов, далее названия учреждений, которые представляют авторы. В случае, когда соавторы представляют более одного учреждения, рядом с фамилией каждого автора должна стоять цифровая сноска (сноски), указывающая на его принадлежность к конкретному учреждению (учреждениям); такие же сноски приводятся в аннотациях к статье на русском и на английском языках;
- объем проблемной статьи не должен превышать 50 тыс. знаков (считая с пробелами) вместе со списком литературы, аннотациями и информацией об авторах (до 23 страниц без списка литературы); желательно не превышать 40 источников цитирования;
- объем обзорных статей не должен превышать 60 тыс. знаков (считая с пробелами) вместе со списком литературы, аннотациями и информацией об авторах (до 25 страниц без списка литературы); желательно не превышать 70 источников цитирования;
- исследовательские статьи должны быть не более 40 тыс. знаков (до 18 страниц без списка литературы); желательно не превышать 20 источников цитирования;
- все аббревиатуры (кроме общепринятых сокращений) при первом упоминании должны быть раскрыты;
- таблицы должны иметь название и нумерацию, их заголовки точно отображать содержание графа, а все цифровые данные должны соответствовать цифрам в тексте статьи. Таблицы не должны полностью дублировать цифровые показатели, уже приведенные в тексте. Каждый рисунок, диаграмма, график, иллюстрация также должны быть черно-белого цвета, пронумерованы и иметь название, помещающиеся в тексте статьи. Названия таблиц, рисунков, диаграмм, а также сноски к ним приводятся на русском и на английском языках;
- статья, а также таблицы, рисунки (графики), информация об авторах и аннотации подаются единым документом (файлом). Название файла состоит из фамилии первого автора на русском языке. Количество таблиц, рисунков, графиков в статье не должно превышать семи;
- статьи, содержащие результаты оригинальных исследований, должны включать следующие разделы: введение, материалы и методы, результаты, заключение или выводы.
- в разделе «материалы и методы» описываются: общая схема проведения исследования, критерии включения и невключения в исследование, терапевтические интервенции (если таковые имели место), методы оценки результатов исследования, методы статистического анализа должны быть также подробно описаны.

В статьях, содержащих результаты клинических исследований на пациентах или здоровых испытуемых, обязательно указывается наличие подписанного информированного согласия и наличие одобрения локального этического комитета (указать точное название).

Перед текстом самой статьи обязательно должны быть представлены на русском и английском языках аннотации работы, включающие название статьи, фамилии и инициалы авторов, официальное название учреждения (в английской версии — именно официальное название, а не вольный перевод автора), кратко изложенные результаты работы и ключевые слова.

После текста статьи приводится список литературы (References). Не допускаются ссылки на неопубликованные работы. Номер ссылки в тексте статьи заключается в квадратные скобки и должен соответствовать нумерации в списке литературы. В списке литературы перечисляются авторы в алфавитном порядке (сначала приводятся источники, опубликованные на русском языке, а далее — иностранные работы). Библиографические ссылки в тексте статьи даются в квадратных скобках номерами в соответствии со списком литературы. По новым правилам, учитывающим требования международных систем цитирования Web of Science и Scopus, библиографические списки (References) входят в англоязычный блок статьи и должны приводиться не только на языке оригинала, но и на латинице.

Англоязычная часть библиографического описания ссылки должна находиться непосредственно после русскоязычной части в квадратных скобках [...]. **Обращаем внимание на то, что в англоязычном варианте названия статьи точки после инициалов автора (авторов) не ставятся, при транслитерации точки после инициалов остаются** (см. примеры ниже). В конце библиографического описания (за квадратной скобкой) помещают DOI статьи, если таковой имеется. В самом конце англоязычной части библиографического описания в круглые скобки помещают указание на исходный язык публикации. Ссылки на зарубежные источники остаются без изменений.

Журнальные статьи. Фамилии и инициалы всех авторов на латинице и название статьи на английском языке следует приводить так, как они даны в оригинальной публикации. Далее следует название русскоязычного журнала в транслитерации в стандарте BSI, далее следуют выходные данные — год, том, номер, страницы. В круглые скобки помещают язык публикации (In Russ.). В конце библиографического описания за квадратными скобками помещают DOI статьи, если таковой имеется. Если авторов много, то допустимо указание первых шести и далее обозначение «и др.» (возможно указание всех авторов, но не более десяти).

Например:

Литература / References

1. Гасанов Р.Ф., Макаров И.В. Роль моноаминов у детей с гиперкинетическим расстройством. Журнал неврологии и психиатрии им. С.С. Корсакова. 2017;117(11-2):88-91. [Gasanov RF, Makarov IV. Monoamine metabolism in children with hyperkinetic disorder. Zhurnal nevrologii i psikiatrii im. S.S. Korsakova. 2017;117(11-2):88-91. (In Russ.)] doi: 10.17116/jnevro201711711288-91

2. Незнанов Н.Г., Ананьева Н.И., Залуцкая Н.М., Андреев Е.В., Ахмерова Л.Р., Ежова Р.В., Саломатина Т.А., Стулов И.К. Нейровизуализация гиппокампа: роль в диагностике болезни Альцгеймера на ранней стадии. Обзорные психиатрии и медицинской психологии им. В.М. Бехтерева. 2018;4:3-11. [Neznanov NG, Ananyeva NI, Zalutskaya NN, Andreev EV, Akhmerova LR, Ezhova RV, Salomatina TA, Stulov IK. Neurovisualisation of the hippocampus: role in diadnostic of the early Alzheimer disease. Obzrenie psikiatrii i medicinskoj psihologii im. V.M. Bekhtereva. 2018;4:3-11. (In Russ.)] doi: 10.31363/2313-7053-2018-4-3-11

Все остальные источники приводятся на латинице с использованием транслитерации на латиницу (без перевода на английский язык) в стандарте BSI с сохранением стилового оформления русскоязычного источника. В круглые скобки помещают язык публикации (In Russ.).

Например:

Литература / References

1. Макаров И.В. Психиатрия детского возраста. Руководство для врачей. Под общей ред. И.В. Макарова. СПб.: Наука и Техника; 2019. [Makarov I.V. Psihiatriya detskogo vozrasta. Rukovodstvo dlya vrachej / Pod obshchej red. I.V. Makarova. SPb.: Nauka i Tekhnika; 2019. (In Russ.)]

2. Фесенко Ю.А. Глава 19. Заикание у детей. В кн.: И.В. Макаров. Психиатрия детского возраста. Руководство для врачей. Под общей ред. И.В. Макарова. СПб.: Наука и Техника; 2019:769-796. [Fesenko YU.A. Glava 19. Zaikanie u detej. V kn.: I.V. Makarov. Psihiatriya detskogo vozrasta. Rukovodstvo dlya vrachej. Pod obshchej red. I.V. Makarova. SPb.: Nauka i Tekhnika; 2019:769-796. (In Russ.)]

Если источник был переведен на английский язык, то указывается перевод, а не транслитерация. Оформление библиографии как российских, так и зарубежных источников должно быть основано на Ванкуверском стиле в версии AMA: <http://www.amamanualofstyle.com>

Статья, не соответствующая требованиям, к публикации не принимается. Редакция оставляет за собой право редактировать текст при обнаружении технических или смысловых дефектов либо возвращать статью автору для исправления или сокращения, в том числе при наличии значительного количества грамматических ошибок. Все рукописи, поступившие в редакцию, проходят обязательное рецензирование. Рецензия направляется авторам для внесения исправлений и доработки текста согласно замечаниям рецензента. Автор обязан предоставить исправленный вариант рукописи в срок не более 15 дней с даты отправки ему рецензии.

Датой поступления статьи считается день получения редакцией окончательного текста. Мнение редакции может не совпадать с мнением авторов. Плата за публикацию рукописей не взимается. С материалами выпусков помимо сайта журнала можно ознакомиться также на сайте ФГБУ «НМИЦ ПН им. В.М. Бехтерева» МЗ РФ www.bekhterev.ru, Российского общества психиатров www.psychiatr.ru

Статьи и официальные направления на публикацию следует отправлять исключительно через сайт журнала www.bekhterevreview.com

Адрес для переписки: 192019, Санкт-Петербург, ул. Бехтерева, д. 3. НМИЦ ПН им. В.М. Бехтерева, ответственному секретарю журнала, д.м.н., профессору Игорю Владимировичу Макарову, E-mail: ppsy@list.ru

РАСКРОЙТЕ ПОТЕНЦИАЛ ПАЦИЕНТОВ С ЦЕРВИКАЛЬНОЙ ДИСТОНИЕЙ

Диспорт® уменьшает выраженность
симптомов цервикальной дистонии
с сохранением длительного действия
после каждой инъекции¹

**Диспорт®**
(абоботулотоксин А)

Время на Вашей стороне

1. Truong D, et al. Parkinsonism Relat Disord 2010; 16:316-323.

Материал предназначен для специалистов здравоохранения. Информация о лекарственном средстве предоставляется медицинским работникам в соответствии с пп. 4 п. 1 и п. 2 ст. 74 ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» для информирования пациентов об аналогичных лекарственных средствах. Имеются противопоказания. Перед использованием следует ознакомиться с инструкцией или обратиться за консультацией к специалисту. ООО «Ипсен»: 109147, г. Москва, ул. Таганская, д. 17-23, этаж 2, ком. 10-27, 30-39, 4/1-14; тел. +7 (495) 258-54-00, факс +7 (495) 258-54-01; www.ipсен.ru.

Служба медицинской поддержки по препаратам компании «Ипсен» (в рамках инструкции по применению): тел. 8 (800) 700-40-25 (бесплатный номер телефона по всей Российской Федерации); электронная почта Medical.Information.Russia.CIS@ipсен.com.

Контакты для информации о нежелательных явлениях/реакции, для претензий на качество продуктов компании: +7 (916) 999-30-28 (круглосуточно); электронная почта pharmacovigilance.russia@ipсен.com.

RUS.DYS.26062018