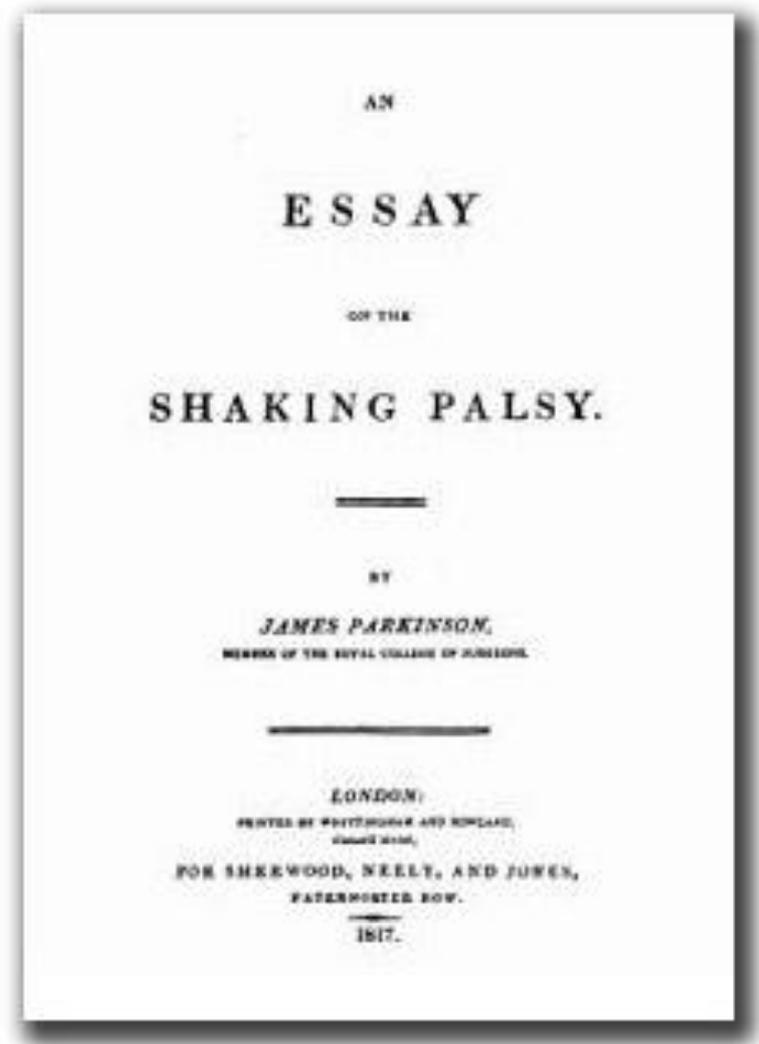


# Болезнь Паркинсона и синдром паркинсонизма

Подготовили студентки 4 курса  
Лечебного факультета  
Забарина А.С., Кленина Д.А.

***Болезнь Паркинсона*** - медленно прогрессирующее дегенеративное заболевание ЦНС, проявляющееся главным образом двигательными расстройствами в виде гипокинезии, тремора покоя, ригидности мышц и постуральных расстройств, вегетативными, когнитивными, аффективными и другими расстройствами.



# Эпидемиология

Болезнь Паркинсона – одно из самых распространенных дегенеративных заболеваний у лиц пожилого возраста.

Распространенность составляет 0.3 %  
Заболеваемость - приблизительно 12 на 100 000 населения в год.

Мужчины болеют несколько чаще, чем женщины.

Классификация проводится по форме,  
стадии и темпу прогрессирования  
заболевания



# Формы заболевания

В зависимости от преобладания в клинической картине того или иного симптома выделяют следующие формы заболевания: ригидно-бради-кинетическую 60-70% случаев болезни, дрожательно-ригидная в 15-25 % случаев и дрожательную в 5-10%.

По мере прогрессирования заболевания его форма может изменяться.

# Шкала Хена и Яра

Стадия	Симптомы
0	Двигательные проявления отсутствуют
1	Односторонние проявления заболевания
2	Двусторонние симптомы без постуральных нарушений
3	Умеренная постуральная неустойчивость, но пациент не нуждается в посторонней помощи
4	Значительная утрата двигательной активности, но пациент в состоянии стоять без поддержки и даже передвигаться
5	При отсутствии посторонней помощи больной прикован к постели или креслу

# Темпы прогрессирования

Выделяют 3 варианта темпа прогрессирования болезни Паркинсона (при условии адекватного лечения):

- Быстрый, при котором смена стадий заболевания происходит в течение 2-х или менее лет;
- Умеренный, при котором смена стадий происходит более чем за 2 года, но не более чем за 5 лет;
- Медленный со сменой стадий более чем через 5 лет.

# Этиология

В настоящее время истинная этиология спорадических форм данного заболевания остается неизвестной. Важное значение имеет как генетическая предрасположенность, так и факторы внешней среды. Взаимодействие этих факторов запускает дегенеративный процесс в пигментосодержащих, а затем и в других нейронах ствола головного мозга.



# Патогенез

Данный дегенеративный процесс является необратимым и начинается экспансивно распространяться по мозгу. Наибольшей деструкции подвергается  $\alpha$ -синуклеин. Непосредственной причиной апоптоза нейронов является недостаточность дыхательных функций митохондрий и окислительный стресс. В патогенезе принимают участие и другие факторы, роль которых до конца еще не раскрыта.

# Клиническая картина

Двигательные симптомы проявляются известной неврологической тетрадой симптомов:

1. Гипокинезия
2. Ригидность
3. Тремор
4. Нарушения постуральной регуляции



1. Под гипокинезией понимают не только замедленность движений(брадикинезию), но и уменьшение их количества(олигокинезию),также скорости, амплитуды и степени разнообразия двигательных актов.
2. Мышечная ригидность очевидна при выраженном синдроме Паркинсонизма, но может быть почти незаметной в начальных стадиях ,особенно при дрожательной форме.
3. Наиболее типичен тремор покоя. Однако часто выявляют постуральный и даже интенционный тремор.
4. Постуральные нарушения проявляются очень рано, но в целом менее специфичны для болезни Паркинсона по сравнению с другими составляющими паркинсонической тетрады.

# Критерии диагностики

- Одностороннее начало
- Тремор покоя
- Прогрессирующее течение
- Сохранение асимметрии симптоматики с преобладанием на первоначально вовлеченной стороне
- Высокая эффективность препаратов леводопы
- Прогрессирующее течение заболевания
- Наличие выраженной дискинезии, индуцированной леводопой
- Сохранение реакции на леводопу в течение 5 лет и более.
- Длительное течение заболевания (10 лет и более)

Для постановки достоверного диагноза необходимо наличие не менее 3-х критериев

# Дифференциальная диагностика

В первую очередь болезнь Паркинсона следует дифференцировать с синдромом паркинсонизма.

В клинической практике приходится также дифференцировать и от других дегенеративных заболеваний, относящихся к группе «паркинсонизм плюс»

Множественная системная атрофия

Прогрессирующий надъядерный паралич

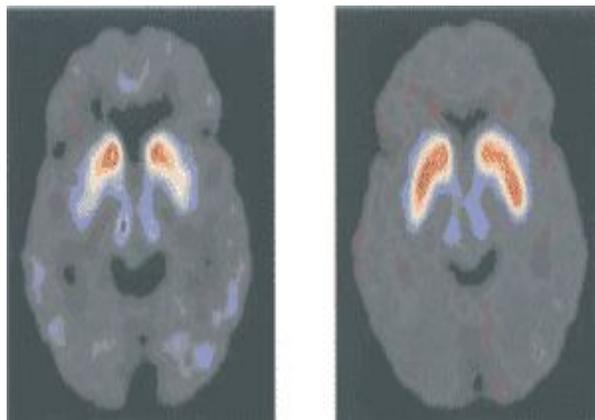
Кортико-базальная дегенерация

Болезнь диффузных телец Леви

Комплекс паркинсонизм- БАС-деменция

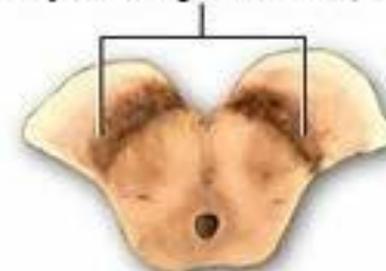
# Компьютерная томография

## Магнитно-резонансная томография

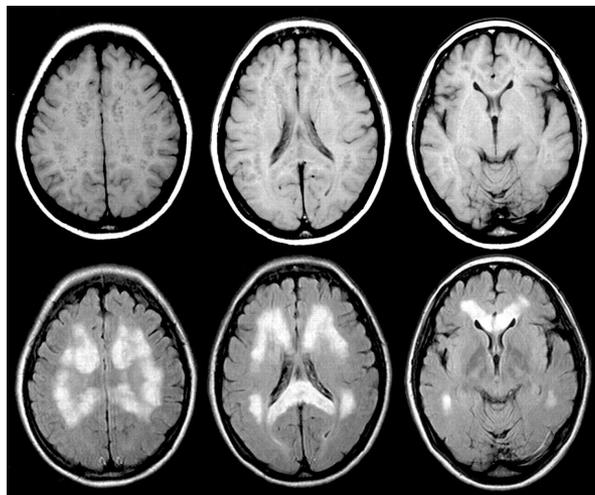
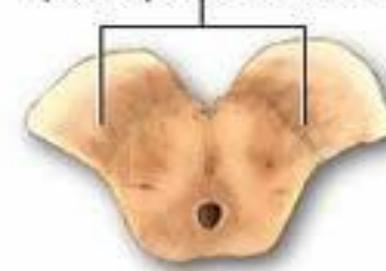


Уровень среза  
мозга на котором  
видно **чёрную  
субстанцию**

**Чёрная субстанция**



Изменение в  
**чёрной субстанции**  
при паркинсонизме



# Лечение

Основные направления лечения предусматривают следующие мероприятия:

- Лекарственную терапию (симптоматическую и нейропротективную);
- Немедикаментозные методы лечения;
- Медико-социальную реабилитацию;
- Нейрохирургическое лечение.

# Медикаментозное лечение

На ранних стадиях заболевания (1-2 стадии по шкале Хёна и Яра) относят амантадин, селективные ингибиторы МАО-В (селегилин) и агонисты дофаминовых рецепторов (бромкриптин, прамипексол, пирибедил).

Большинство специалистов считают, что предпочтительнее применение агонистов дофаминовых рецепторов, к которым в последующем добавляют препараты леводопы.

- У молодых больных (до 50 лет) лечение может быть начато с агонистов дофаминергических рецепторов, селегилина или холинолитика. Если максимальная терапевтическая доза агонистов дофаминергических рецепторов не обеспечивает достаточного эффекта, то к нему последовательно добавляют другие препараты, переходя на комбинированную терапию. Если данный вариант не обеспечивает оптимальный уровень функционирования больного, к лечению добавляют малые дозы леводопы.

- При наличии заболевания после 70 лет лечение целесообразно начинать с леводопы. Холинолитики, ухудшающие когнитивные функции и способные вызвать спутанность сознания, обычно не назначают, а агонисты дофаминергических рецепторов, селегилин с осторожностью присоединяют в последующем (обычно лишь при развитии флуктуаций и дискинезий)



# Немедикаментозное лечение

- Важное значение имеет адекватная физическая активность. Нагрузка должна быть, на ранних стадиях, весьма высокой, а на поздних стадиях – строго дозированной и менее интенсивной. Применяют также дыхательную гимнастику.
- Функциональный тренинг, включающий манипуляции с окружающими предметами, ритмическая физическая нагрузка уменьшают не только гипокинезию, ригидность, но и улучшают когнитивные функции и настроение.

# Нейрохирургическое лечение

- Вопрос о хирургическом лечении обычно становится актуальным в поздних стадиях, когда фармакотерапия теряет свою эффективность. Применяют стереотаксическую деструкцию вентролатерального ядра таламуса или субталамического ядра, а также глубокую стимуляцию мозга (по методу RANS). При выраженном акинетико-ригидном синдроме показана паллидотомия, а также глубокая стимуляция бледного шара или субталамического ядра.



- ***Синдром Паркинсонизма*** (вторичный паркинсонизм) – синдром двигательных расстройств, развивающийся при поражении дофаминергических пигментных клеток черной субстанции головного мозга. Проявляется на фоне различных заболеваний и патологических состояний. Чаще всего на фоне сосудистых заболеваний (причина в данном случае в нарушении кровотока вследствие патологии самой сосудистой стенки или нарушения вязкости крови).

## Клинические отличия вторичного паркинсонизма от болезни Паркинсона:

- Двустороннее начало заболевания и относительная симметричность симптоматики;
- отсутствие тремора покоя;
- низкая эффективность дофаминергических средств;
- преобладание симптоматики в аксиальных отделах и нижних конечностях;
- раннее развитие постуральных нарушений (особенно ретропульсий) и изменений ходьбы.
- Быстрое начало, связанное с действием причинного фактора;
- Более злокачественное течение, которое может приводить к инвалидизации в течение 5 лет;
- Мало выраженный эффект от традиционного противопаркинсонического лечения;
- В некоторых случаях устранение причинного фактора ведет к полному регрессу симптомов.

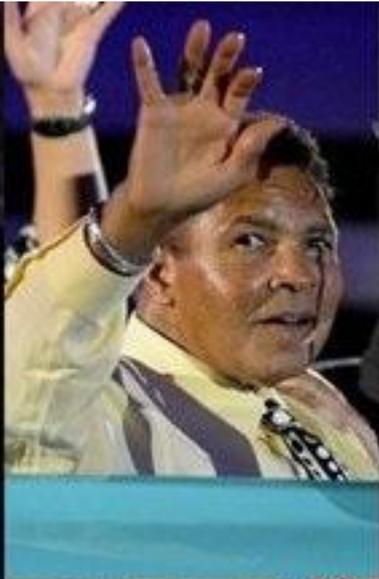
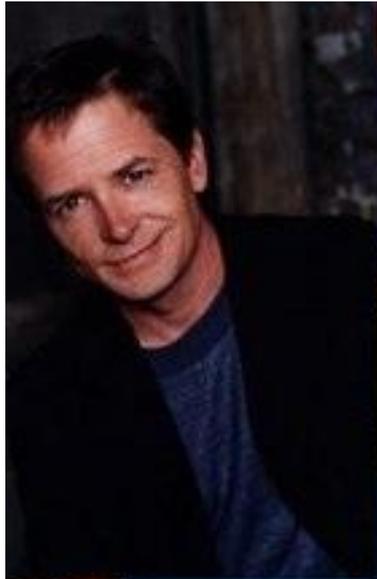
# Формы вторичного паркинсонизма

- Лекарственный
- Токсический
- Сосудистый
- Постэнцефалический (постинфекционный)
- Гидроцефалический
- Посттравматический



- Лечение вторичного паркинсонизма аналогично лечению болезни Паркинсона, но при этом оно направлено на устранение причинного фактора, повлекшего за собой возникновение вторичного паркинсонизма.







Благодарим за внимание!

