



Клиническая картина болезни Паркинсона и паркинсонизма

Клинико-диагностические критерии болезни Паркинсона

- ✓ *мышечная ригидность*
- ✓ *тремор покоя с частотой 4-6 Гц*
- ✓ *постуральная неустойчивость*
- ✓ *пароксизмальные дискинезии
(окулогирные кризы – судорога взора,
блефароспазм, оромандибулярная дистония)*

Тремор покоя

- ❑ ритмическое дрожание II, III и противопоставленного I пальца кисти с частотой 4-6 Гц, в типичных случаях напоминающий скатывание пальцами хлебного шарика (по типу «катания пилюль» или «счета монет»);
- ❑ в начале заболевания тремор односторонний или асимметричный, усиливается на холоде, при эмоциональном напряжении и усталости, ходьбе, движениях в контрлатеральной руке;
- ❑ при активных движениях пораженной конечностью тремор уменьшается или исчезает, во время сна отсутствует;
- ❑ По мере прогрессирования заболевания тремор становится двусторонним, присоединяется дрожание стоп, челюсти, языка, век.

Мышечная ригидность

- повышение мышечного тонуса **по пластическому типу**;
- **феномен «зубчатого колеса» Негро** - при исследовании мышечного тонуса ощущается прерывистость мышечного напряжения, создающее впечатление неравномерности сопротивления движению;
- проверяя у лежащего на спине больного мышечный тонус в руке, можно попросить его приподнять (согнуть в тазобедренном суставе) гомолатеральную ногу, при этом повышение мышечного тонуса в руке становится более отчетливым (**проба Нойка-Ганевой**);
- если лежащего на животе больного ногу пассивно согнуть в коленном суставе таким образом, чтобы между бедром и голенью образовался острый угол, голень задерживается на некоторое время в этом положении (**симптом застывания голени Фуа-Тевенара**);
- **тест зависания головы Вартенберга**: у обследуемого, находящегося в положении лежа на спине, врач подводит свою ладонь под затылок, после чего приподнимает его голову над постелью. Убедившись, что голова пациента пассивно покоится на ладони, врач резко убирает из-под нее свою кисть. В норме в таком случае голова совершает свободное падение и ударяется о постель, при повышении пластического тонуса она зависает над постелью, а затем медленно опускается на нее.

Гипокинезия

- ❖ Прогрессирующее замедлением движений (симптом Крюше-Верже), ограничений их объема, трудности в инициации двигательного акта (симптом прилипания ног к полу);
- ❖ В ранних стадиях БП возникают трудности при выполнении тонких движений в конечностях;
- ❖ Для выявления легкой степени гипокинезии больному предлагают побарабанить пальцами по столу, постучать стопой о пол, быстро сжимать и разжимать кулаки или пронировать-супинировать предплечья;
- ❖ в развернутой стадии БП гипокинезия и мышечная ригидность приводит к появлению **маскообразного лица (симптом Бехтерева)**, **редким миганиям (симптом Мари)**;
- ❖ **поза просителя** – больной сутулится, плечи его приведены к туловищу, предплечья полусогнуты, руки прижаты к туловищу, ноги слегка согнуты в коленных суставах;
- ❖ Походка кукольная: мелкий шаркающий шаг (микробазия), ступни при ходьбе ставятся параллельно (параллельные следы), руки при ходьбе остаются неподвижными (ахейрокинез);
- ❖ Речь замедленная (брадилалия), монотонная, малопонятная, тихая;
- ❖ Расстройства письма – буквы в процессе письма получаются мелкими (микрография). Изменений почерка особенно наглядно и рано проявляется при письме с закрытыми глазами (тест Херсонского)

Постуральная неустойчивость

- Нарушение баланса особенно в вертикальном положении, что приводит больного к частым падениям;
- Инерция движения проявляется, в частности, при легком подталкивании больного и одновременной его подстраховке стоящим рядом врачом (тест толкания Тевенара). При смещении больного в ту или иную сторону ему трудно приостановить начатое движение вперед (пропульсия), назад (ретропульсия), в сторону (латеропульсия)

Вегетативные симптомы БП:

- запор,
- ортостатическая гипотензия,
- недержание мочи и кала,
- эректильная дисфункция,
- повышенная секреция слюнных желез,
- расстройство терморегуляции

Окулогирные кризы

(тоническая судорога взора)

- пароксизмальный феномен, встречающийся при паркинсонизме, главным образом при его постэнцефалитической форме.
- Приступ заключается во внезапном повороте взора вверх (редко - вниз) с последующей насильственной фиксацией глазных яблок в этом положении в течение нескольких минут или даже нескольких часов. Иногда они сопровождаются вертикальным нистагмом, напряжением шейных мышц и запрокидыванием головы назад.

Другие симптомы БП:

- Замедление процессов мышления (брадифрения);
- Замедление процесса извлечения информации из памяти (брадимнезия);
- «назойливость» больного, проявляющееся, в частности, многократным повторным обращением с одними и теми же вопросами, просьбами, что может рассматриваться как проявление инертности мышления (акайрия, симптом приставания Аствацатурова);
- Деменция от легкой до умеренной в конечном итоге развивается у 40-80% больных;
- У 50% больных возникает депрессия

Критерии диагностики сосудистого паркинсонизма

- Признаки цереброваскулярного заболевания, а также:
- 1. **Атипичный характер паркинсонизма**
 - - атипичные проявления паркинсонизма
 - - наличие дополнительных симптомов
 - - незначительный и нестойкий эффект препаратов леводопы
- 2. **Атипичное течение паркинсонизма**
 - - острое/подострое развитие с последующей стабилизацией и/или частичным регрессом
 - - ступенеобразное прогрессирование с периодами стабилизации и регресса симптомов
 - - развитие паркинсонизма в течение 6 месяцев после инсульта
- 3. **Нейровизуализационные изменения**
 - - поражение «стратегических» для развития паркинсонизма зон (скорлупы, бледного шара, подкоркового белого вещества, лобных долей, среднего мозга, таламуса), подтвержденное при МРТ