

УДК: 616.858-008.6-079.4

**Е.А. Труфанов, М.В. Мищенко, А.Б. Погребняк, В.А. Пеннер,
О.С. Харченко, И.В. Ломова, Ю.Н. Дубовая**
**СОСУДИСТЫЙ ПАРКИНСОНИЗМ: ОСОБЕННОСТИ ТЕЧЕНИЯ И
ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНЫЕ ПРИЗНАКИ (обзорная статья)**

Государственное учреждение “Луганский государственный медицинский университет”

Труфанов Е.А., Мищенко М.В., Погребняк А.Б., Пеннер В.А., Харченко О.С., Ломова И.В., Дубовая Ю.Н. Сосудистый паркинсонизм: особенности течения и дифференциальные признаки (обзорная статья) // Украинский медицинский альманах. – 2014. – Том 17, № 3. – С. 101-103.

Целью нашего исследования являлось изучение современных представлений об особенностях течения, о диагностике и дифференциальной диагностике сосудистого паркинсонизма. При написании обзорной статьи использовались ресурсы PubMed (1990-2013 гг.) и UpToDate (2012 г.). В структуре всех больных с паркинсонизмом доля больных сосудистым паркинсонизмом составляет только 1,0-3,2% [3, 12]. Сосудистый паркинсонизм отличается более быстрым прогрессированием и неблагоприятным течением, по сравнению с болезнью Паркинсона [1]. На данный момент не имеется специфического МРТ паттерна, характерного для больных сосудистым паркинсонизмом [10]. У большинства больных сосудистым паркинсонизмом не наблюдается терапевтического эффекта допаминергических препаратов [6, 7, 8].

Ключевые слова: Сосудистый паркинсонизм, клинические проявления, особенности течения, дифференциальный диагноз

Труфанов Є.О., Мищенко М.В., Погребняк А.Б., Пеннер В.А., Харченко О.С., Ломова І.В., Дубова Ю.М. Судинний паркінсонізм: особливості перебігу та диференціальні ознаки (оглядова стаття) // Український медичний альманах. – 2014. – Том 17, № 3. – С. 101-103.

Метою нашого дослідження було вивчення сучасних уявлень про особливості перебігу, про діагностику та диференціальну діагностику судинного паркінсонізму. При написанні оглядової статті використовувалися ресурси PubMed (1990-2013 рр.) і UpToDate (2012 р.). У структурі всіх хворих на паркінсонізм частка хворих на судинний паркінсонізм складає тільки 1,0-3,2% [3, 12]. Судинний паркінсонізм відрізняється більш швидким прогресуванням і несприятливим перебігом, у порівнянні з хворобою Паркінсона [1]. На даний момент немає специфічного МРТ патерну, характерного для хворих на судинний паркінсонізм [10]. У більшості хворих на судинний паркінсонізм не спостерігається терапевтичного ефекту допамінергічних препаратів [6, 7, 8].

Ключові слова: судинний паркінсонізм, клінічні прояви, особливості перебігу, диференціальний діагноз

Trufanov Y.O., Mischenko M.V., Pogrebniak A.B., Penner V.A., Harchenko O.S., Lomova I.V., Dubovaya Yu.M. Vascular Parkinsonism: the Disease Course and Differential Features (Review Article) // Украинский медицинский альманах. – 2014. – Том 17, № 3. – С. 101-103.

The objective of our research was to investigate the up-to-date views on the disease course, diagnosis and differential diagnosis of Vascular Parkinsonism. For the literature review, the following databases were searched: PubMed (1990 – 2013) and UpToDate (2012). The proportion of patients with Vascular Parkinsonism is only 1.0-3.2% in the structure of all patients with parkinsonism [3, 12]. Vascular Parkinsonism has a more rapid disease progression and an unfavorable disease course, compared with Parkinson Disease [1]. Currently there is no specific MRI pattern of Vascular Parkinsonism [10]. Dopaminergic medications are non-effective in the most patients with Vascular Parkinsonism.

Key words: Vascular Parkinsonism, clinical features, disease course, differential diagnosis

Введение. Сосудистый паркинсонизм известен с 1929 года, когда Critchley M. описал пять случаев этого заболевания. Эта нозологическая патология за историю своего изучения переименовывалась несколько раз и носила такие названия как атеросклеротический паркинсонизм, атеросклеротический псевдопаркинсонизм, “паркинсонизм нижней половины тела” [4].

Целью нашего исследования являлось изучение современных представлений об особенностях течения, о диагностике и дифференциальной диагностике сосудистого паркинсонизма.

Статья является фрагментом НИР “Дифференциальный диагноз и прогноз болезни Паркинсона, паркинсонических синдромов и эссенциального тремора”. Государственный регистрационный номер 0112 U 001892.

Материал и методы. При написании обзорной статьи использовались ресурсы PubMed (1990-2013 гг.) и UpToDate (2012 г.).

Результаты и их обсуждение.

Эпидемиология, этиология, патогенез

Цереброваскулярные заболевания являются этиологическим фактором паркинсонизма только в 1,0-3,2% от всех случаев паркинсонизма [3, 12].

Патоморфологические изменения при сосудистом паркинсонизме заключаются в субкортикальной сосудистой энцефалопатии, мультиинфарктной энцефалопатии, наличии лакунарных инфарктов в области базальных ганглиев, ствола мозга, иногда лобных долей головного мозга, обычно с минимальными дегенеративными изменениями или без дегенеративных изменений черной субстанции. Характер патологических изменений может быть различным (ишемия, геморрагия, демиелинизация) [12].

Одни исследователи утверждают, что наличие хорошо сохранных пигментированных нейронов черной субстанции у больных сосудистым паркинсонизмом говорит о том, что черная субстанция не играет существенной роли в патогенезе сосудистого паркинсонизма [16]. В то же время другие исследователи отмечают уменьшение количества нейронов черной субстанции у части больных сосудистым паркинсонизмом [5].

Микроскопические изменения у больных сосудистым паркинсонизмом проявляются цереброваскулярным миелиновым побледнением, глиозом, гиалиновыми утолщениями и увеличением периваскулярного пространства в скорлупе,

бледном шаре, таламусе и других областях головного мозга [5].

Считается, что в патогенезе сосудистого паркинсонизма первоочередное значение имеет поражение базальных ганглиев [5]. Но есть предположение, что гораздо большее значение играет поражение белого вещества лобных долей головного мозга, чем поражение базальных ганглиев. Для подтверждения этой гипотезы необходимы дальнейшие исследования [16].

Клинические проявления. Venamer H.T.S. и Grosset D.G. обобщили данные о сосудистом паркинсонизме и выделили три его формы. Первая форма (самая частая) встречается в основном у больных с анамнезом артериальной гипертензии и проявляется нарушением ходьбы, симметричной ригидностью, отсутствием тремора. Вторая форма отличается более постепенным началом паркинсонизма, сходством с идиопатической болезнью Паркинсона и небольшой эффективностью допаминергических препаратов. Третья форма (наиболее редкая) проявляется внезапно возникающим паркинсонизмом вследствие сосудистого поражения базальных ганглиев [4].

У больных сосудистым паркинсонизмом отмечается более выраженные шаркающая походка, застывания при ходьбе, постуральная неустойчивость и чаще встречаются пирамидные симптомы, псевдобульбарный паралич, недержание мочи и когнитивные нарушения, по сравнению с больными болезнью Паркинсона. В то же время тремор и паркинсонические симптомы в верхних конечностях у больных сосудистым паркинсонизмом выражены меньше, чем у больных болезнью Паркинсона [9, 10, 15]. Хоботковый и ладонно-подбородочный рефлекс также могут быть дифференциальными признаками, отличающими сосудистый паркинсонизм от болезни Паркинсона [11].

Возникновение сосудистого паркинсонизма сразу после инсульта или в течение одного года после инсульта наблюдается у 23,5% больных [5].

Диагностические критерии. Диагностика сосудистого паркинсонизма на сегодняшний день довольно часто вызывает затруднение у специалистов. В первую очередь потому, что на данный момент не существует широко распространенных диагностических критериев этого заболевания [4, 10, 12, 16].

Для диагностики сосудистого паркинсонизма в настоящее время могут быть использованы диагностические критерии, предложенные Zijlmans J.C.M. и соавт. в 2004 г. [5].

А. Паркинсонизм: брадикинезия и, по крайней мере, один из ниже перечисленных синдромов: тремор покоя, мышечная ригидность или постуральная неустойчивость, не связанная с первичной зрительной, вестибулярной, мозжечковой или проприоцептивной дисфункцией.

Б. Цереброваскулярное заболевание, подтвержденное данными КТ или МРТ, или нали-

чие очаговых признаков или симптомов указывающих на инсульт.

В. Наличие связи между этими двумя заболеваниями. 1. Острое или отсроченное начало на фоне инфарктов в области черной субстанции (pars compacta) или вентролатеральных ядер таламуса или обширного инфаркта лобной доли. Начало паркинсонизма с контрлатерального акинетико-ригидного синдрома или шаркающей походки в течение одного года после инсульта. 2. Постепенное начало паркинсонизма с обширным поражением субкортикального белого вещества, двухстороннее начало паркинсонизма и наличие шаркающей походки на начальных стадиях заболевания или ранние когнитивные нарушения.

Критерии исключения для сосудистого паркинсонизма:

- повторные черепно-мозговые травмы в анамнезе;
- дебют заболевания на фоне лечения нейролептиками;
- наличие опухоли головного мозга или сообщающейся гидроцефалии, подтвержденных данными КТ или МРТ, или другие альтернативные объяснения паркинсонизма.

Инструментальные методы диагностики и дифференциальный диагноз. Цереброваскулярные факторы риска (артериальная гипертензия, повышенный уровень холестерина) чаще встречаются у больных сосудистым паркинсонизмом, по сравнению с больными болезнью Паркинсона [8, 9, 13].

Практически у всех больных сосудистым паркинсонизмом на МРТ имеются патологические ишемические изменения в области базальных ганглиев, субкортикальном и перивентрикулярном белом веществе головного мозга. Атрофические изменения головного мозга также могут быть частой находкой при проведении МРТ. Имеется корреляция между атрофией лобных долей головного мозга и нарушением ходьбы у больных сосудистым паркинсонизмом [8, 9, 12, 15]. Но в то же время не имеется специфического МРТ паттерна характерного для больных сосудистым паркинсонизмом [10]. Не имеется достоверных нейровизуализационных МРТ различий между группой больных сосудистым паркинсонизмом и больными болезнью Бинсвангера. В то же время, лакунарные инфаркты в области базальных ганглиев могут быть обнаружены у больных без клинических проявлений паркинсонизма и даже у больных без какой либо неврологической симптоматики [16].

МРТ и КТ также могут быть полезны для исключения объемного образования, гидроцефалии и субдуральной гематомы в случае атипичного паркинсонизма [17].

При проведении дифференциального диагноза сосудистого паркинсонизма может быть полезна однофотонная эмиссионная компьютерная томография. У больных сосудистым паркинсонизмом и болезнью Паркинсона на DAT

СПЕСТ отмечается значительный пресинаптический допаминергический дефицит, по сравнению с контрольной группой здоровых людей. Индекс асимметрии пресинаптических допаминергических изменений у больных сосудистым паркинсонизмом такой же, как и у здоровых людей, но ниже, чем у больных болезнью Паркинсона. Пресинаптический допаминергический дефицит у больных сосудистым паркинсонизмом ассоциируется с тяжестью заболевания и не ассоциируется с длительностью болезни [2].

Тем не менее, довольно сложно судить о роли DAT томографов в дифференциальной диагностике сосудистого паркинсонизма. Отсутствие унифицированных клинических критериев сосудистого паркинсонизма приводит к трудностям интерпретации результатов. В ряде случаев полученные результаты противоречат друг другу [4].

Для улучшения диагностики и дифференциальной диагностики сосудистого паркинсонизма необходимы дальнейшие исследования в этой области [10].

Лечение. Только 18-38% больных сосудистым паркинсонизмом имеют терапевтический эффект препаратов леводопы [6, 7, 8].

Предполагается, что витамин D может уменьшать число падений и переломов у больных сосудистым паркинсонизмом [14].

Использование антиагрегантов, а также борьба с факторами риска цереброваскулярных заболеваний имеют важное значение в профилактике и лечении сосудистого паркинсонизма [15].

Выводы: 1. В структуре всех больных с паркинсонизмом доля больных сосудистым паркинсонизмом составляет только 1,0-3,2% [3, 12].

2. Сосудистый паркинсонизм отличается более быстрым прогрессированием и неблагоприятным течением, по сравнению с болезнью Паркинсона [1].

3. У больных сосудистым паркинсонизмом отмечается более выраженные шаркающая походка, застывания при ходьбе, постуральная неустойчивость и чаще встречаются пирамидные симптомы, псевдобульбарный паралич, недержание мочи и когнитивные нарушения, по сравнению с больными болезнью Паркинсона. В то же время тремор и паркинсонические симптомы в верхних конечностях у больных сосудистым паркинсонизмом выражены меньше, чем у больных болезнью Паркинсона [9, 10, 15].

4. На данный момент не имеется специфического МРТ паттерна, характерного для больных сосудистым паркинсонизмом [10].

5. У большинства больных сосудистым паркинсонизмом не наблюдается терапевтического эффекта допаминергических препаратов [6, 7, 8].

СПИСОК ИСПОЛЬЗОВАННОЙ ЛИТЕРАТУРЫ:

1. Труфанов Е.А. Дифференциальный диагноз и прогноз болезни Паркинсона, паркинсонических синдромов и эссенциального тремора: дис. на здобуття наук. ступеня докт. мед. наук: спец. 14.01.15 "Неврологія" / Е.А. Труфанов. – Луганск, 2013. – 464 с.
2. [1231] FP-CIT Spect study in Vascular Parkinsonism and Parkinson's Disease / J. Zijlmans, A. Evans, F. Fontes [et al.] // Movement Disorders. – 2007. – Vol. 2, No. 9. – P. 1278-1285.
3. Accuracy of clinical diagnosis of Idiopathic Parkinson's Disease: a clinico-pathological study of 100 cases / A.J. Hughes, S.E. Daniel, L. Kilford, A.J. Lees [et al.] // Journal of Neurology, Neurosurgery, & Psychiatry. – 1992. – Vol. 55, No. 3. – P. 181-184.
4. Benamer H.T.S. Vascular Parkinsonism: a clinical review / H.T.S. Benamer, D.G. Grosset // European Neurology. – 2009. – Vol. 61, No. 1. – P. 11-15.
5. Clinicopathological investigation of Vascular Parkinsonism, including clinical criteria for diagnosis / J.C.M. Zijlmans, S.E. Daniel, A.J. Hughes [et al.] // Movement Disorders. – 2004. – Vol. 19, No. 6. – P. 630-640.
6. Constantinescu R. Levodopa responsiveness in disorders with parkinsonism: a review of the literature / R. Constantinescu, I. Richard, R. Kurlan // Movement Disorders. – 2007. – Vol. 22, No. 15, P. 2141-2148.
7. Demirkiran M. Vascular Parkinsonism: a distinct, heterogeneous clinical entity / M. Demirkiran, H. Bozdemir, Y. Sarica // Acta Neurologica Scandinavica. – 2001. – Vol. 104, No. 2. – P. 63-67.
8. Different clinical and evolutionary patterns in late idiopathic and Vascular Parkinsonism / L. Rampello, A. Alvano, G. Battaqlia [et al.] // Journal of Neurology. – 2005. – Vol. 252, No. 9. – P. 1045-1049.
9. FitzGerald P.M. Lower Body Parkinsonism: evidence for vascular etiology / P.M. FitzGerald, J. Jankovic // Movement Disorders. – 1989. – Vol. 4, No. 3. – P. 249-260.
10. Kalra S. Differentiating Vascular Parkinsonism from Idiopathic Parkinson's Disease: A Systematic Review / S. Kalra, D.G. Grosset, H.T.S. Benamer // Movement Disorders. – 2010. – Vol. 25, No. 2. – P. 149-156.
11. Primitive reflexes distinguish Vascular Parkinsonism from Parkinson's Disease // B. Okuda, K. Kawabata, H. Tachibana [et al.] // Clinical Neurology and Neurosurgery. – 2008. – Vol. 110, No. 6. – P. 562-565.
12. Rektor I. Vascular Parkinsonism – an update // I. Rektor, I. Rektorova, D. Kubova // Journal of the Neurological Sciences. – 2006. – Vol. 248, No. 1-2. – P. 185-191.
13. Small-vessel disease in patients with Parkinson's Disease: a clinicopathological study / R.S. Schwartz, G.M. Halliday, D.J. Cordato, J.J. Kril // Movement Disorders. – 2012. – Vol. 27, No. 12. – P. 1506-1512.
14. Vitamin D reduces falls and hip fractures in Vascular Parkinsonism but not in Parkinson's Disease / Y. Sato, J. Iwamoto, Y. Honda, N. Amano // Therapeutics and Clinical Risk manager. – 2013. – Vol. 9. – P. 171-176.
15. Winikates J. Clinical correlates of Vascular Parkinsonism / J. Winikates, J. Jankovic // JAMA Neurology. – 1999. – Vol. 56, No. 1. – P. 98-102.
16. Yamanouchi H. Neurological signs and frontal white matter lesions in Vascular Parkinsonism / H. Yamanouchi, H. Nagura // Stroke. – 1997. – Vol. 28, No. 5. – P. 965-969.
17. Zijlmans J.C.M. The role of imaging in the diagnosis of Vascular Parkinsonism / J.C.M. Zijlmans // Neuroimaging Clinics of North America. – 2010. – Vol. 20, No. 1. – P. 69-76.

Надійшла 11.03.2014 р.

Рецензент: проф. С.Є.Казакова