

МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РЕСПУБЛИКИ БЕЛАРУСЬ

УТВЕРЖДАЮ

Первый заместитель Министра

Е.Н. Кроткова

« 29 » 09 2023 г.

Регистрационный № 175-1222

МЕТОДЫ ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНОЙ ДИАГНОСТИКИ И ЛЕЧЕНИЯ
БОЛЕЗНИ ПАРКИНСОНА И ДРУГИХ ДЕГЕНЕРАТИВНЫХ БОЛЕЗНЕЙ
БАЗАЛЬНЫХ ГАНГЛИЕВ

инструкция по применению

Учреждение-разработчик: государственное учреждение
«Республиканский научно-практический центр неврологии и
нейрохирургии»

Авторы: д.м.н. Аленикова О.А., к.б.н., доцент Пархач Л.П.

Минск, 2023

В настоящей инструкции по применению (далее – инструкция) изложены методы дифференциальной диагностики и лечения болезни Паркинсона (G20.0) и других дегенеративных болезней базальных ганглиев (G23.0), (далее – методы). Методы могут быть использованы в комплексе медицинских услуг, направленных на оказание медицинской помощи пациентам с болезнью Паркинсона, другими дегенеративными болезнями базальных ганглиев (прогрессирующей надъядерной офтальмоплегией (G23.1) или стриатонигральной дегенерацией (G23.2)).

Инструкция предназначена для врачей-неврологов и иных врачей-специалистов организаций здравоохранения, оказывающих медицинскую помощь пациентам с болезнью Паркинсона, дегенеративными болезнями базальных ганглиев или паркинсонизме в амбулаторных и (или) условиях стационара и (или) в условиях отделения дневного пребывания.

1. Метод дифференциальной диагностики болезни Паркинсона и других дегенеративных болезней базальных ганглиев

ПОКАЗАНИЯ К ПРИМЕНЕНИЮ

Наличие у пациента акинетико-ригидного синдрома и/или олигобрадикинезии.

ПРОТИВОПОКАЗАНИЯ ДЛЯ ПРИМЕНЕНИЯ

Противопоказания соответственно таковым для медицинского применения медицинских изделий и лекарственных препаратов (ЛП), необходимых для реализации методов, изложенных в настоящей инструкции.

ПЕРЕЧЕНЬ НЕОБХОДИМЫХ МЕДИЦИНСКИХ ИЗДЕЛИЙ, РЕАКТИВОВ, ЛЕКАРСТВЕННЫХ ПРЕПАРАТОВ И Т.Д.

1. Программное обеспечение для персонального компьютера для исследования пространственной контрастной чувствительности.
2. Аппарат для исследования состояния вестибулярной и глазодвигательной систем (видеоокулография).
3. МРТ-томограф с напряженностью магнитного поля 1,5 Тл и выше.
4. ЛП, содержащие амантадина гидрохлорид; ЛП, содержащие ингибиторы моноаминоксидазы (тип В); ЛП, содержащие агонисты дофаминовых рецепторов, леводопасодержащие ЛП; ЛП, содержащие агонисты дофаминовых рецепторов пролонгированного действия или пролонгированные формы леводопы; ЛП, содержащие ингибиторы катехол-О-метилтрансферазы.

ОПИСАНИЕ ТЕХНОЛОГИИ ИСПОЛЬЗОВАНИЯ МЕТОДА

1.1. Исследование уровня контрастной чувствительности

Исследование уровня контрастной чувствительности проводят с использованием программного компьютерного обеспечения для визоконтрастометрии.

Определяют уровень контрастной чувствительности на хроматические и ахроматические решетки с пространственной частотой 2 цикл/°, 4 цикл/° и 8 цикл/°с.

1.1.1. Если уровень контрастной чувствительности по двум или более цветам и по двум и более пространственным частотам меньше диапазона нормальных показателей (таблица 1), то полученные результаты свидетельствуют в пользу болезни Паркинсона.

Таблица 1. – Диапазоны нормальной контрастной чувствительности на хроматические и ахроматические решетки с пространственными частотами 2 цикл/° , 4 цикл/° и 8 цикл/° (Дб)

Цвет решетки	2 цикл/°	4 цикл/°	8 цикл/°
Белый	54 (52; 59)	58 (54; 60)	55 (52; 60)
Красный	54 (50; 56)	56 (54; 59)	54 (51; 56)
Зеленый	50 (48; 56)	55 (51; 56)	52 (49; 54)
Синий	54 (48; 55)	58 (54; 58)	52 (48; 54)

1.1.2. Если уровень контрастной чувствительности на всех пространственных частотах при предъявлении белых, красных и зеленых пространственных решеток попадает в диапазон нормальных значений (см. таблицу 1) у пациента с акинетико-ригидным синдромом и/или олигобрадикинезией, то это свидетельствует в пользу прогрессирующей надъядерной офтальмоплегии или стриатонигральной дегенерации. При предъявлении синих решеток допускается снижение контрастной чувствительности не более чем на 10% от нормальных значений.

1.2. Исследование вертикального вестибуло-окулярного рефлекса

Исследование вертикального вестибуло-окулярного рефлекса осуществляют с использованием аппарата для исследования состояния вестибулярной и глазодвигательной систем (видеоокулографии).

Оценивают скорость медленной фазы вертикального нистагма вниз и вертикального нистагма вверх при осуществлении пациентом синусоидального вращения головы в вертикальной плоскости со скоростью 40 – 50°/с в темноте и с открытыми глазами с фиксацией взора на движущемся вместе с головой объекте.

1.2.1. Если скорость медленной фазы вертикального нистагма вверх и вертикального нистагма вниз при вращении в темноте не

отличается от нормальных значений (таблица 2), а при вращении с открытыми глазами с фиксацией взора на движущемся вместе с головой объекте превышает нормальные значения, это может свидетельствовать в пользу как болезни Паркинсона, так и стриатонигральной дегенерации.

Таблица 2. – Скорости медленной фазы вертикального нистагма в норме, при болезни Паркинсона и стриатонигральной дегенерации (°/с)

Направление нистагма	тест	Норма	Болезнь Паркинсона	Стриатонигральная дегенерация
Вверх	Вращение в темноте	38,4 (32,7; 42,0)	41,3 (32,4; 51,5)	32,3 (27,7; 37,0)
	Вращение с фиксацией взора	1,8 (0,6; 2,6)	18,6 (13,1; 22,9)	19,4 (16,8; 27,0)
Вниз	Вращение в темноте	29,0 (26,0; 33,5)	33,3 (25,2; 42,6)	22,2 (20,0; 31,0)
	Вращение с фиксацией взора	1,6 (0,3; 2,2)	21,9 (17,1; 29,5)	23,8 (17,5; 26,0)

1.2.2. Если при исследовании вертикального вестибуло-окулярного рефлекса отсутствует вертикальный нистагм вниз или вертикальный нистагм вверх и вниз в обеих программах, то это свидетельствует в пользу прогрессирующей надъядерной офтальмоплегии.

1.3. МРТ исследование головного мозга

Проводят МРТ головного мозга с определением индекса паркинсонизма и отношения площади среднего мозга к площади моста. Индекс паркинсонизма – отношение ширины верхней ножки мозжечка в корональной плоскости к площади среднего мозга в средней сагиттальной плоскости, умноженной на отношение ширины средней ножки мозжечка к ширине верхней ножки мозжечка.

1.3.1. Если отношение площади среднего мозга к площади моста больше или равно 0,24; то это свидетельствует в пользу болезни Паркинсона.

1.3.2. Если отношение площади среднего мозга к площади моста меньше или равно 0,12; то это свидетельствует в пользу прогрессирующей надъядерной офтальмоплегии.

1.3.3. Если индекс паркинсонизма больше или равен 13,5; то это свидетельствует в пользу прогрессирующей надъядерной офтальмоплегии или стриатонигральной дегенерации.

1.4. Диагностика болезни Паркинсона

Одновременное выполнение п.1.1.1, п.1.2.1 и п.1.3.1 позволяет установить диагноз болезни Паркинсона.

1.5. Диагностика прогрессирующей надъядерной офтальмоплегии

Одновременное выполнение п.1.1.2, п.1.2.2, п.1.3.2 и п.1.3.3, позволяет установить диагноз прогрессирующей надъядерной офтальмоплегии.

1.6. Диагностика стриатонигральной дегенерации

Одновременное выполнение п.1.1.2, п.1.2.1 и п.1.3.3, позволяет установить диагноз стриатонигральной дегенерации.

2. Лечение болезни Паркинсона и других дегенеративных болезней базальных ганглиев

ПОКАЗАНИЯ К ПРИМЕНЕНИЮ

Болезнь Паркинсона (G20.0), прогрессирующая надъядерная офтальмоплегия (G23.1), стриатонигральная дегенерация (G23.2).

ПРОТИВОПОКАЗАНИЯ ДЛЯ ПРИМЕНЕНИЯ

Представлены в инструкциях по использованию ЛП.

2.1. Лечение болезни Паркинсона

Лечение БП проводят в соответствии с клиническим протоколом «Диагностика и лечение пациентов с заболеваниями нервной системы (взрослое население)».

2.2. Лечение прогрессирующей надъядерной офтальмоплегии

2.2.1. Лечение прогрессирующей надъядерной офтальмоплегии проводят в соответствии с клиническим протоколом «Диагностика и лечение пациентов с заболеваниями нервной системы (взрослое население)».

2.2.2. При наличии у пациента выраженного акинетико-ригидного синдрома и/или олигобрадикинезии назначают леводопасодержащие ЛП в дозе 1500 мг в сутки. Кратность приема и изменение суточной дозы леводопасодержащих ЛП может варьировать в зависимости от переносимости, побочных эффектов и отмечаемого клинического эффекта.

Внимание! Не рекомендуется применение ингибиторов моноаминоксидазы (тип В). Не рекомендуется применение ЛП, содержащих агонисты дофаминовых рецепторов, и ЛП, содержащих ингибиторы катехол-О-метилтрансферазы.

2.3. Лечение стриатонигральной дегенерации

2.3.1. Лечение стриатонигральной дегенерации проводят в соответствии с клиническим протоколом «Диагностика и лечение пациентов с заболеваниями нервной системы (взрослое население)».

2.3.2. При наличии у пациента выраженного акинетико-ригидного синдрома и/или олигобрадикинезии назначают леводопасодержащие ЛП в дозе 1000 мг в сутки. Кратность приема и изменение суточной дозы леводопасодержащих ЛП может варьировать в зависимости от переносимости, побочных эффектов и отмечаемого клинического эффекта.

Внимание! Не рекомендуется применение ЛП, содержащих агонисты дофаминовых рецепторов и ЛП, содержащих амантадина гидрохлорид, в связи с высоким риском побочных эффектов.

ПЕРЕЧЕНЬ ВОЗМОЖНЫХ ОСЛОЖНЕНИЙ И ПУТИ ИХ УСТРАНЕНИЯ

1. Со стороны пищеварительной системы: возможны анорексия, тошнота, рвота и диарея, сухость слизистой оболочки полости рта.
2. Со стороны нервной системы и психики: возможны тревога, бессонница, галлюцинации, бред, лекарственные дискинезии, выраженная сонливость.
3. Дерматологические реакции: редко – зуд, сыпь.
4. Со стороны сердечно-сосудистой системы: возможны аритмии, ортостатическая гипотензия, артериальная гипертензия.

Медицинская помощь оказывается в соответствии с действующими клиническими протоколами.