

достаточно субъективными способами оценки. Следовательно, вопрос создания новых, менее затратных по времени и более объективных способов качественной оценки немоторных нарушений остается открытым. В этом заинтересованы ученые, врачи и, главное, пациенты, так как ранняя эффективная диагностика способствует продлению их активной жизни и отсрочивает необходимость постоянного ухода за ними.

**Конфликт интересов** не заявляется.

**Авторский вклад:** концепция и дизайн исследования, утверждение рукописи для публикации — И. Е. Повереннова, В. А. Калинин; получение данных, анализ и интерпретация результатов, написание статьи — В. А. Калинин, С. А. Мухина; обработка данных — С. А. Мухина.

#### References (Литература)

1. Dokadina LV, Levin OS, Shindryaeva NN. Clinical epidemiology of Parkinson's disease. In: Levin OS, ed. *Extrapyramidal disturbance yesterday, today, tomorrow*. 2nd ed. Moscow, 2013; p. 41–52. Russian (Докадина Л.В., Левин О.С., Шиндряева Н.Н. Клиническая эпидемиология болезни Паркинсона. В кн.: Экстрапирамидные расстройства вчера, сегодня, завтра: сб. ст. Под ред. проф. О.С. Левина. 2-е изд. М., 2013; с. 41–52.).

2. Chaudhuri K, Rojo JM, Schapira AHV, et al. A Proposal for a Comprehensive Grading of Parkinson's Disease Severity Combining Motor and Non-Motor Assessments: Meeting an Unmet Need. *PLOSS ONE*. URL: <http://dx.doi.org/10.1371/journal.pone.0057221> (27 February 2013).

3. Ivanov AK, Levin OS, Smolenceva IG. Non-motor fluctuations in Parkinson's disease. In: Levin OS, ed. *Extrapyramidal disturbance yesterday, today, tomorrow*. 2nd ed. Moscow, 2013; p. 126–138. Russian (Иванов А.К., Левин О.С., Смоленцева И.Г. Немоторные флюктуации при болезни Паркинсона. В кн.: Экстрапирамидные расстройства вчера, сегодня, завтра: сб. ст. Под ред. проф. О.С. Левина. 2-е изд. М., 2013; с. 126–138).

4. Levin VL, Fedorova NV. *Parkinson's disease*. 3<sup>rd</sup> ed. Moscow: MEDpress-inform, 2012; 352 p. (Левин В.Л., Федорова Н.В. *Болезнь Паркинсона*. 3-е изд. М.: МЕДпресс-информ, 2012; 352 с.).

5. Riva P, Smith K, Xie S, et al. Course of psychiatric symptoms and global cognition in early Parkinson disease. URL: <http://www.neurology.org/content/early/2014/08/14/WNL.0000000000000801.abstract> (23 June 2014).

УДК 616.858–008.6:616.831–006: 611.813.11–073.756.8 (045)

Клинический случай

### ПАРКИНСОНИЗМ ПРИ ОПУХОЛИ ЛЕВОЙ ЛОБНОЙ ДОЛИ

**В. В. Раздорская** — ГБОУ ВПО «Саратовский ГМУ им. В. И. Разумовского» Минздрава России, ассистент кафедры неврологии ФПК и ППС им. К. Н. Третьякова, кандидат медицинских наук; **О. В. Колоколов** — ГБОУ ВПО «Саратовский ГМУ им. В. И. Разумовского» Минздрава России, заведующий кафедрой неврологии ФПК и ППС им. К. Н. Третьякова, доцент, доктор медицинских наук; **А. И. Ломакин** — ГУЗ «Саратовская областная клиническая больница», заведующий неврологическим отделением, врач-невролог высшей категории; **Г. К. Юдина** — ГБОУ ВПО «Саратовский ГМУ им. В. И. Разумовского» Минздрава России, доцент кафедры неврологии ФПК и ППС им. К. Н. Третьякова, кандидат медицинских наук.

### PARKINSONISM ACCOMPANYING THE LEFT FRONTAL LOBE TUMOR

**V. V. Razdorskaya** — Saratov State Medical University n.a. V. I. Razumovsky, Department of Neurology n.a. K. N. Tretiakov, Postgraduate Education Faculty, Assistant Professor, Candidate of Medical Sciences; **O. V. Kolokolov** — Saratov State Medical University n.a. V. I. Razumovsky, Head of Department of Neurology n.a. K. N. Tretiakov, Postgraduate Education Faculty, Associate Professor, Doctor of Medical Sciences; **A. I. Lomakin** — Saratov Regional Clinical Hospital, Head of Neurology Department, High Level Certificate Physician, neurologist; **G. K. Yudina** — Saratov State Medical University n.a. V. I. Razumovsky, Department of Neurology n.a. K. N. Tretiakov, Postgraduate Education Faculty, Associate Professor, Candidate of Medical Sciences.

Дата поступления — 01.06.2016 г.

Дата принятия в печать — 09.06.2016 г.

**Раздорская В.В., Колоколов О.В., Ломакин А.И., Юдина Г.К.** Паркинсонизм при опухоли левой лобной доли. *Саратовский научно-медицинский журнал* 2016; 12(2): 285–287.

**Цель:** обратить внимание специалистов на редкую причину вторичного паркинсонизма — опухоль головного мозга. **Материал и методы.** Клиническое наблюдение больного 52 лет с синдромом паркинсонизма. МРТ головного мозга. **Результаты.** У пациента параллельно развивалась клиника классического билатерального паркинсонизма в сочетании с прогрессирующим когнитивным снижением. При МРТ головного мозга выявлена опухоль левой лобной доли. **Заключение.** Вторичный паркинсонизм вследствие внутримозговых новообразований по большей части обусловлен компрессией базальных ганглиев или среднего мозга растущими опухолями. Гемипаркинсонизм в этих случаях обычно предшествует другой очаговой неврологической симптоматике.

**Ключевые слова:** вторичный паркинсонизм, триада двигательных расстройств, когнитивные нарушения, лобная доля, опухоль глиального ряда, МРТ-диагностика.

**Razdorskaya VV, Kolokolov OV, Lomakin AI, Yudina GK.** Parkinsonism accompanying the left frontal lobe tumor. *Saratov Journal of Medical Scientific Research* 2016; 12(2): 285–287.

**Objective:** to draw the attention of experts on rare cause of secondary parkinsonism — a brain tumor. **Material and methods.** The clinical observation of the patient 52 years with Parkinson's syndrome. Brain MRI. **Results.** In parallel the patient had classical progressing clinic bilateral parkinsonism in combination with progressive cognitive decline. MRI research revealed the left frontal lobe tumor. **Conclusions.** Secondary parkinsonism as a result of intracerebral neoplasms are caused mostly by compression of basal ganglia or mesencephalon increasing tumors. Hemiparkinsonism in these cases usually precedes the other focal neurological symptoms.

**Key words:** secondary parkinsonism, triad movement disorders, cognitive disorders, frontal glial lobe tumor, MRI diagnostics.

**Введение.** Паркинсонизм — клинический синдром, который можно квалифицировать как идиопатический (например, при болезни Паркинсона) или вторичный (симптоматический). Причины вторичного паркинсонизма многочисленны и хорошо известны. Одна из самых редких его причин — опухоли. Насколько это так, можно судить по данным работы J. K. Kraussetal [1], в которой из 907 больных с опухолями головного мозга супратенториальной локализации только у 0,3% выявлен паркинсонизм или изолированный тремор покоя. Большинство новообразований, располагаясь вне вещества головного мозга, вызывает сдавление базальных ганглиев. Самая распространенная среди них менигиома [2–4]. Вместе с тем опухоли могут локализоваться и в самом веществе головного мозга, топографически вовлекая в патологический процесс стратегически важные для паркинсонизма базальные ганглии или средний мозг [4]. Вторичный и, как правило, контралатеральный паркинсонизм в этом случае вызывают астроцитомы, эпидермоидные кисты, олигодендроглиомы, глиобластомы и лимфомы [1, 5, 6]. Примеры положительного отклика на препараты леводопы у таких больных единичны [3, 4, 7, 8]. При опухолях лобной доли, зрительного бугра, эпифиза возможен билатеральный паркинсонизм, который обычно обусловлен или развившейся гидроцефалией, или значительным перифокальным отеком с компрессионными областями базальных ганглиев [9]. Завершая краткий экскурс в проблему, особо подчеркнем, что опухоли головного мозга проявляются чаще отдельными симптомами паркинсонизма и очень редко всей классической триадой двигательных расстройств.

В большинстве из представленных в литературе случаев паркинсонизм предшествовал другим очаговым неврологическим симптомам, что приводило к поздней диагностике внутричерепных новообразований и затрудняло патогенетическое лечение. В случае, описанном нами ниже, пациент с опухолью головного мозга тоже имел симптомы паркинсонизма, но в сочетании с прогрессирующим дезадаптирующим снижением интеллектуально-мнестических функций, что наряду со зрелым возрастом дебюта характерных когнитивных нарушений позволяет отнести случай к нетривиальным. Нетривиальность случая прослеживается прежде всего в постановке неврологом на амбулаторно-поликлиническом этапе ошибочного клинического диагноза «нейродегенеративное заболевание головного мозга».

**Описание клинического случая.** По настоянию жены в неврологический стационар обратился пациент 52 лет по поводу тремора и замедленности движений, преобладающих в правых конечностях, общей скованности, частой головной боли. Супруга дополнительно обращает внимание на забывчивость и странности поведения мужа: бездействие, а в отношении близких нетерпимость и враждебность.

Сам больной считает себя здоровым человеком, к своему заболеванию не критичен, не понимает причину госпитализации в стационар, на вопросы отвечает неохотно, к общению не расположен. Контакт с больным формальный, поэтому анамнез собран со слов супруги пациента.

В последний год больной часто жаловался на головную боль распирающего характера, преимуще-

ственно в утренние часы, которая первоначально купировалась приемом традиционных анальгетиков. В последующем головная боль стала постоянной. За это время он похудел на 10 кг. В ноябре 2015 г. у него появились скованность и тремор в правых конечностях, с преобладанием в руке и большей выраженностью гиперкинеза в покое. Через три месяца стало заметным аналогичное дрожание и в левых конечностях. С начала 2016 г. у пациента отмечается снижение памяти (не может вспомнить, куда положил необходимые вещи, номер автобуса, на котором нужно ехать на работу, забывает имена и др.), развивается агрессивность к окружающим, заметным становится дистанцированность от профессиональной деятельности. Конфликтность на работе и дома стремительно нарастает.

**Неврологический статус пациента.** При осмотре выявляется двусторонний паркинсонизм в акинетико-ригидно-дрожательной форме, с преобладанием справа: гипокинезия, включая гипомимию, повышение мышечного тонуса по экстрапирамидному типу, феномен «зубчатого колеса», «смешанный» тремор (тремор покоя в комбинации с постурально-кинестическим и интенционным дрожательным гиперкинезом), при ходьбе ослабление содружественных движений рук. Сглажена правая носогубная складка, легкая девиация языка вправо, парез взора вверх. Сухожильные рефлексы с конечностей высокие с обеих сторон, D>S, с рук выше. Патологических стопных и кистевых знаков нет. Отмечается положительный хватательный рефлекс с двух сторон. В позе Ромберга устойчив. Чувствительных и тазовых нарушений не выявлено. Менингеальных знаков нет.

Согласно результатам нейропсихологического тестирования (MMSE=26 баллов, MoCA=22 балла), у пациента умеренные когнитивные нарушения преимущественно дизрегуляторного (лобного) типа.

Семейный анамнез не отягощен.

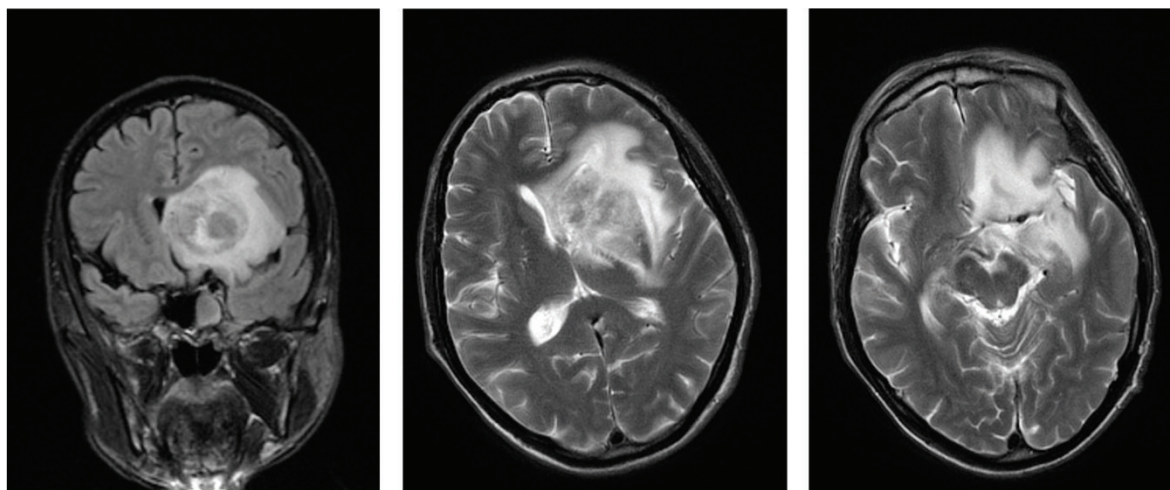
Сочетание синдрома паркинсонизма и ранних когнитивных нарушений с признаками лобной дисфункции предполагает проведение дифференциального диагноза между деменцией с тельцами Леви и вторичным паркинсонизмом, в связи с чем больному была выполнена МРТ (1,5Т) головного мозга без контрастного усиления. При нейровизуализации выявлены на T<sub>2</sub>-взвешенных изображениях (рисунок а, б, в): в левой лобной доле с распространением на левую островковую долю левые базальные структуры, мозолистое тело и передние отделы левой ножки мозга зону повышенного сигнала неправильной формы с неровными контурами, соответствующую образованию размерами 8,2×6,3×6,1 см. Данное образование компремирует левый боковой желудочек и III желудочек. Правый боковой желудочек компенсаторно расширен. Срединные структуры смещены вправо (на уровне III желудочка до 0,8 см). Тем самым у больного выявлена опухоль в левой лобной доле, вероятно глиального ряда. Таким образом, имеющаяся неврологическая симптоматика: синдром паркинсонизма и когнитивные нарушения — носит вторичный характер.

**Заключение.** Подведем основные итоги:

1. Для внутримозговой опухоли возможен клинический дебют с гемипаркинсонизма с его классической триадой двигательных симптомов, сопровождающийся прогрессирующим когнитивным снижением.

2. МРТ-диагностика практически безальтернативна в определении этиологии вторичного паркинсонизма. И это согласуется с мнением С. Н. Иллари-

Ответственный автор — Раздорская Вера Владимировна  
Тел.: 89649978012  
E-mail: dr\_vera@bk.ru



MPT: T2-взвешенные изображения головного мозга пациента Т. 52 лет

ошкина [10], который подчеркивает необходимость проведения нейровизуализационного исследования при первом визите к врачу пациента с типичным леводополучивительным гемипаркинсонизмом, даже если нет других признаков объемного образования и высок соблазн «с порога» диагностировать начальную стадию болезни Паркинсона.

**Конфликт интересов** не заявляется.

**Авторский вклад:** концепция и дизайн исследования — О. В. Колоколов, Г. К. Юдина; написание статьи — В. В. Раздорская, О. В. Колоколов, А. И. Ломакин, Г. К. Юдина; утверждение рукописи — О. В. Колоколов.

#### References (Литература)

1. Krauss JK, Paduch Th, Munding F, et al. Parkinsonism and rest tremor secondary to supratentorial tumors sparing the basal ganglia. *Acta Neurochir (Wien)* 1995; 133 (1-2): 22–29.
2. Parvaresh M, Azar M, Ghalaenovi H, et al. Parkinsonism: a rare manifestation of craniopharyngioma. *Electron Physician* 2015; 7 (2): 1027–1031.
3. Yasuhara T, Agari T, Kambara H, et al. Parkinsonism Related to Brain Tumors: A Case Report and Review of the Literature. *The Open Neurosurg J* 2009; 2: 4–7.
4. Polyzoidis KS, McQueen JD, Rajput AH, et al. Parkinsonism as a manifestation of brain tumor. *Surg Neurol* 1985; 23 (1): 59–63.
5. Sanchez-Guerra M, Cerezal L, Leno C, et al. Primary brain lymphoma presenting as Parkinson's disease. *Neuroradiology* 2001; 43 (1): 36–40.
6. Kulali A, Tuğtekin M, Utkür Y, et al. Ipsilateral hemiparkinsonism secondary to an astrocytoma. *J NeurolNeurosurg Psychiatry* 1991; 54 (7): 653.
7. Singer C, Schatz NJ, Bowen B, et al. Asymmetric predominantly ipsilateral blepharospasm and contralateral parkinsonism in an elderly patient with a right mesencephalic cyst. *Mov Disord* 1998; 13 (1):135–9.
8. Yoshimura M, Yamamoto T, Iso-o N, et al. Hemiparkinsonism associated with a mesencephalic tumor. *J Neurol Sci.* 2002; 197 (1-2): 89–92.
9. Lyons KE, Pahwa R (eds.). *Handbook of Essential Tremor and Other Tremor Disorders.* CRC Press; 1st edition, 2005; 416 p.
10. Иллариошкин С. Н., Иванова-Смоленская И. А. Дрожательные гиперкинезы. М.: Атмосфера, 2011; 360 с. Russian (Иллариошкин С. Н., Иванова-Смоленская И. А. Дрожательные гиперкинезы. М.: Атмосфера, 2011; 360 с.).

УДК 616.74–009.17–036.4 (045)

Оригинальная статья

#### МИАСТЕНИЯ С РАННИМ И ПОЗДНИМ НАЧАЛОМ ЗАБОЛЕВАНИЯ

**Т. В. Романова** — ГБОУ ВПО «Самарский ГМУ» Минздрава России, доцент кафедры неврологии и нейрохирургии, доцент, кандидат медицинских наук; **И. Е. Повереннова** — ГБОУ ВПО «Самарский ГМУ» Минздрава России, заведующая кафедрой неврологии и нейрохирургии, профессор, доктор медицинских наук.

#### EARLY AND LATE MYASTHENIA GRAVIS

**T. V. Romanova** — Samara State Medical University of Ministry of Health of the Russian Federation, Department of Neurology and Neurosurgery, Assistant Professor, Candidate of Medical Sciences; **I. E. Poverennova** — Samara State Medical University of Ministry of Health of the Russian Federation, Head of Department of Neurology and Neurosurgery, Professor, Doctor of Medical Sciences.

Дата поступления — 01.06.2016 г.

Дата принятия в печать — 09.06.2016 г.

**Романова Т. В., Повереннова И. Е.** Миастения с ранним и поздним началом заболевания. *Саратовский научно-медицинский журнал* 2016; 12 (2): 287–292.

**Цель:** проверка гипотезы о существовании двух клинически различных групп больных миастенией с разным возрастом начала заболевания на большой популяции пациентов с помощью методов многомерной группировки. **Материал и методы.** Анализировали показатели 444 пациентов, включенных в регистр больных миастенией Самарской области, длительность заболевания которых составила более 1 года. Статистическая обработка