

Ситник Г.Д.¹, Протыко Н.Н.¹, Войтов В.В.²

¹УО «Белорусский государственный медицинский университет», г. Минск, Беларусь

²УЗ «39-я городская клиническая поликлиника», г. Минск, Беларусь

БОЛЕЗНЬ ПАРКИНСОНА НА АМБУЛАТОРНОМ ЭТАПЕ

Введение. Болезнь Паркинсона - хроническое прогрессирующее дегенеративное заболевание центральной нервной системы, клинически проявляющееся нарушением произвольных движений. Болезнь Паркинсона или паркинсонизм – заболевание пожилых людей, чаще всего развивается в возрасте 70-80 лет. К сожалению, в последние десятилетия болезнь Паркинсона неуклонно «молодеет».

Цель. Проанализировать результаты исследований, затрагивающие особенности лечения пациентов с болезнью Паркинсона на амбулаторном этапе оказания медицинской помощи, улучшить диагностику, лечение и реабилитацию данной категории больных.

Материалы и методы. Использовались базы данных PubMed, Clinical Trials, академия Google, www.elibrary.ru (электронной библиотеки научных публикаций) за период 2015 по 2025 гг.

Характерные симптомы болезни Паркинсона:

- дрожание;
- "скованность" мышц;
- замедленность движений;
- неустойчивое равновесие;
- утрачивается выразительность мимики. Они могут выглядеть равнодушными, безразличными, хотя на самом деле переживают ту или иную ситуацию как здоровые люди.

Другие характерные симптомы:

- Вовлечение рече-двигательной мускулатуры приводит к нарушению речи - она может стать мало модулированной, неразборчивой.

- Нарушение движений изменяет и почерк, нередко бывает трудно прочитать написанное.

- Вегетативные расстройства: изменение аппетита, слюноотделения, деятельности кишечника (запоры), частое мочеиспускание.

- Часто наступает депрессия. Это связано с двумя причинами: во-первых, больной не может действовать так же полноценно, как прежде ни на работе, ни дома; во-вторых, при этом заболевании происходит повреждение тех отделов мозга, которые обеспечивают человеку уравновешенное настроение.

- Проявления депрессии разнообразны, но включают в себя ряд характерных симптомов: плохое настроение, необычно быстрая утомляемость, снижение внимания и сосредоточенности, тревога и раздражительность, безразличие к окружающему, снижение аппетита.

Стадии болезни Паркинсона по Хен и Яру в зависимости от двигательных нарушений и постуральной неустойчивости.

1. Симптомы одной конечности (тремор или ригидность).
2. Двусторонние симптомы без постуральной неустойчивости, т.е. сохранение равновесия при ходьбе. Преодолевает инерцию движения, вызванную толчком.
3. Две стороны с постуральной неустойчивостью, обслуживает себя сам, стоит и ходит без поддержки.
4. Выраженные двигательные нарушения, значительно ограничивающие активность,

но пациент все еще может ходить без посторонней помощи.

5. Прикован к постели или инвалидному креслу и полностью зависит от посторонней помощи. Тяжелая инвалидизация.

Течение болезни Паркинсона. Средний возраст начала болезни Паркинсона - 65 лет. В то же время у 10% больных заболевание начинается в относительно молодом возрасте, до 40 лет. Заболеваемость паркинсонизмом не зависит от половой и расовой принадлежности, социального положения и места проживания. С увеличением среднего возраста населения в ближайшие годы распространность болезни Паркинсона в популяции будет возрастать. На поздних стадиях заболевания качество жизни больных оказывается существенно сниженным. При грубых нарушениях глотания пациенты быстро теряют в весе. В случаях длительной обездвиженности смерть больных обусловлена присоединяющимися дыхательными расстройствами и пролежнями.

Распространенность. После деменции, эпилепсии и сосудистых заболеваний мозга болезнь Паркинсона является наиболее частой проблемой пожилых людей, о чем свидетельствует ее распространенность в России:

1,8: 1000 в общей популяции

1,0: 100 в популяции тех, кому за 70

1,0: 50 в популяции тех, кому за 80.

Этиология. Происхождение болезни Паркинсона остается до конца не изученным, тем не менее, в качестве причины заболевания рассматривается сочетание нескольких факторов:

Старение

Одной из причин паркинсонизма возрастное снижение активности нейронов мозга.

Наследственность

Накоплено много информации о наличии мутантных генов, вовлеченных в развитие болезни.

Токсины и другие вещества

В 1977 году было описано несколько случаев тяжелого паркинсонизма у молодых наркоманов, принимавших синтетический героин. Этот факт свидетельствует о том, что различные химические вещества могут "запускать" патологический процесс в нейронах головного мозга и вызывать проявления паркинсонизма. Известен также марганцевый паркинсонизм, ставший в последние годы серьезной проблемой в связи с употреблением лицами преимущественно молодого возраста суррогатных наркотических соединений, содержащих марганец.

Другие причины:

-вирусные инфекции, приводящие к постэнцефалитному паркинсонизму;

-атеросклероз сосудов головного мозга;

-тяжелые и повторные черепно-мозговые травмы.

-Длительный прием некоторых препаратов, блокирующих освобождение или передачу дофамина (например нейролептиков, средств, содержащих резерпин), может также привести к появлению симптомов паркинсонизма.

Течение заболевания. Как правило, болезнь Паркинсона имеет медленное течение, так что на ранних стадиях заболевание может не диагностироваться в течение ряда лет.

Лечение.

На ранней (неосложненной) стадии заболевания у лиц молодого возраста (<55 лет), не получавших ранее лечение, начинают с монотерапии:

допаминергические средства: амантадин, прамипексол, пирибедил.

На ранней (неосложненной) стадии заболевания у лиц старше 65 лет, не получавших ранее лечение, начинают с монотерапии:

допаминергические средства: амантадин, прамипексол, пирибедил;
препараты леводопы в малых дозах:
леводопа/ карбидопа,
леводопа/ бенсеразид (по показаниям – капсулы с модифицированным высвобождением, диспергируемые таблетки).

При треморе: бета-адреноблокаторы: пропранолол; противоэпилептические средства: вальпроевая кислота.

При поздней (осложненной) стадии заболевания:

препараты леводопы с коррекцией дозы (4-6 кратный прием):
леводопа/ карбидопа,
леводопа/ бенсеразид (по показаниям – капсулы с модифицированным высвобождением, диспергируемые таблетки);
добавление к препаратам леводопы допаминергических средств: амантадин, прамипексол, пирибедил;
смена стандартной формы дозирования леводопы на форму с контролируемым высвобождением при феномене «конца дозы» и при ночной акинезии «конца дозы».

По показаниям:

При психотических нарушениях: антипсихотические средства: клозапин, кветиапин.

При депрессии: антидепрессанты: амитриптилин; флуоксетин; пароксетин.

При когнитивных нарушениях: глицин, донепезил, галантамин.

ФТ, ЛФК.

При наличии показаний: направление пациента на врачебную консультацию в Республиканский научно-практический центр неврологии и нейрохирургии для решения вопроса о хирургическом лечении.

Показания к оперативному лечению:

1. Не достаточная эффективность противопаркинсонических препаратов.
2. Плохая переносимость противопаркинсонических препаратов.
3. Дрожательно-риgidная форма, ригидная форма, 2-3 стадия по Хен - Яру.

Заключение. Для улучшения качества жизни пациентов с болезнью Паркинсона необходимо раннее выявление первых признаков заболевания, с акцентом на характерные симптомы, учет этиологических факторов, контроль за динамикой состояния неврологического статуса, в том числе по стадиям Хен и Яра, адекватное лечение с учетом возраста, осложненной стадии заболевания, наличия когнитивных, депрессивных и психотических проявлений, показаний к оперативному лечению.