УДК 616.858-082

ОПТИМИЗАЦИЯ ПОМОЩИ БОЛЬНЫМ С БОЛЕЗНЬЮ ПАРКИНСОНА

А.В. Густов[1], Е.А. Александрова[1], С.В. Макушина[2], Е.В. Паршина[2], Т.С. Ковалева[2],
[1]кафедра неврологии, психиатрии и наркологии ФПКВ ГОУ ВПО «Нижегородская государственная медицинская академия Минздравсоцразвития», [2]Нижегородская областная клиническая больница им. Н.А. Семашко

Проведено обследование 342 пациентов с болезнью Паркинсона. Определены возрастно-половые и клинические особенности больных. Показана высокая эффективность оказания помощи пациентам с болезнью Паркинсона в условиях специализированного кабинета экстрапирамидных расстройств.

Ключевые слова: болезнь Паркинсона, кабинет экстрапирамидных расстройств.

The 342 patients with Parkinsonism were investigated. Age, gender and clinical peculiarites were discovered. The high efficiency of medical care in patients with Parkinsonism in conditions of the specialized Extrapyramidal Disorders Unit was demonstrated.

Key words: Parkinsonism, Extrapyramidal Disorders Unit.

Введение

Болезнь Паркинсона является тяжёлым нейродегенеративным заболеванием с показателями распространённости от 60 до 160 на 100 000 населения [1, 2, 3] и заболеваемости от 12 до 20 на 100 000 населения [4, 5]. Около 2/3 больных паркинсонизмом имеют тяжелые формы инвалидности, лишь 15% больных с болезнью Паркинсона продолжают работать по своей специальности. Отсутствие радикальных методов профилактики и лечения определяет медико-социальную значимость проблемы паркинсонизма. [1, 2, 6, 7, 8, 9, 10]. В последние годы наметился значительный прогресс в лечении паркинсонизма и поэтому грамотно и индивидуально подобранная терапия позволяет в значительной мере продлить период работоспособности, способности к самообслуживанию и улучшить качество жизни этой категории больных.

Цель исследования

Целью настоящей работы являлась оптимизация лечебной тактики у больных с болезнью Паркинсона. В задачи исследования входило создание регистра данных по болезни Паркинсона в Нижегородской области; изучение распространенности и заболеваемости болезнью Паркинсона по обращаемости в кабинет экстрапирамидных расстройств; внедрение протокола ведения пациентов с болезнью Паркинсона с учетом новых технологий в диагностике и терапии этой категории больных; оптимизация диагностики и лечебной тактики при болезни Паркинсона и симптоматическом паркинсонизме.

Материалы и методы исследования

Материалами исследования послужили данные о пациентах с болезнью Паркинсона, обратившихся в кабинет экстрапирамидных расстройств. Диагноз болезни Паркинсона устанавливался согласно клиническим диагностическим критериям UK Parkinson`s Disease Society Brain Bank (1988). Стадии заболевания оценивались по классификации M.M. Hoehn, M.D. Yahr (1967). Все пациенты проходили комплексное обследование: исследование неврологического статуса, MMSE, КТ или МРТ головного мозга с целью исключения вторичного паркинсонизма, ЭМГ, анализ крови на церулоплазмин, медь, при необходимости проводились консультации эндокринолога, офтальмолога, кардиолога, уролога. Полученные данные заносились в амбулаторную карту и компьютеризированный регистр «Болезнь Паркинсона».

Результаты и их обсуждение

За период работы кабинета экстрапирамидных расстройств с 2004 по 2009 г. осмотрен 1031 пациент с различными экстрапирамидными нарушениями, из них с болезнью Паркинсона было 342 человека (33%).

Среди 342 пациентов с болезнью Паркинсона мужчин было 151 (43,6%), женщин – 193 (56,4%). По данным одних исследований болезнь Паркинсона встречается среди мужчин

и женщин примерно с равной частотой; по данным других авторов отмечается преобладание лиц мужского пола в соотношение 1,2-1,3:1 [3, 4, 8]. По нашим данным распространенность болезни Паркинсона преобладала у женщин в соотношении 1,3:1. Возрастно-половой состав пациентов с болезнью Паркинсона представлен в таблице.

ТАБЛИЦА.

Возрастно-половая характеристика пациентов с болезнью Паркинсона

Возраст	Мужчины		Женщины		Всего	
	абс.	%	абс.	%	абс.	%
до 40 лет	2	1,3	4	2	6	1,8
40-59 лет	70	47	97	50,3	167	48,8
60-69 лет	68	45,7	82	42,5	150	43,9
70 лет и более	9	6	10	5,2	19	5,5
Всего	149	100	193	100	342	100

Возраст больных колебался от 32 до 91 года. У пациентов молодого возраста зарегистрировано всего 6 случаев – 1,8%. Отмечается увеличение заболеваемости болезнью Паркинсона с возрастом: под нашим наблюдением находилось 167 (48,8%) пациентов среднего возраста (40–59 лет) и 150 (43,9%) больных пожилого возраста (60–69 лет). Больных в возрасте старше 70 лет было 19 (5,5%) человек. Рост заболеваемости с возрастом согласуется с литературными данными [12, 13], однако, по данным литературы, максимум (45%) больных находятся в возрастной категории 70–79 лет [8].

По характеру клинических проявлений преобладала дрожательно-ригидная форма – 212 (62%) пациентов, реже встречалась акинетико-ригидная форма – 93 (27%) пациента, дрожательная форма выявлена у 37 больных – 11% случаев. Такое распределение пациентов соответствует литературным данным [3, 8]. Первая стадия заболевания по M.M. Hoehn, M.D. Yahr была диагностирована у 75 (22%) пациентов. Большее число больных имели 2-ю и 3-ю стадии заболевания, соответственно 161 (47%) человек и 106 (31%) человек. По нашим данным не имели инвалидности 113 (33%) больных, трудоспособность сохраняли 44 (13%) человека. Большая часть наблюдавшихся больных (140 пациентов - 41%) имели инвалидность 2-й группы. Третья группа инвалидности была у 82 (24%) человек; инвалидность 1-й группы – у 7 (2%) пациентов. Это были наиболее трудно курабельные больные. После установления диагноза проводилось динамическое наблюдение за больными с частотой 1 раз в месяц для подбора дозы противопаркинсонических средств. В дальнейшем для оценки возможных побочных эффектов и коррекции лечения пациенты наблюдались 1 раз в 3–6 месяцев.

Фармакотерапия назначалась в том случае, если хотя бы одно из проявлений заболевания приводило к ограничению жизнедеятельности пациента. Выбор препарата проводился с учетом возраста, выраженности двигательного дефекта, наличия сопутствующих соматических заболеваний, индивидуальной чувствительности пациента. У лиц моложе 50 лет при умеренной выраженности двигательных нарушений назначался один из следующих препаратов - агонист дофаминовых рецепторов неэрголинового ряда (мирапекс или проноран) с титрованием дозы. Наиболее эффективной суточной дозой у 30 пациентов оказались 3–4,5 мг мирапекса или 150 мг пронорана. При плохой переносимости этих препаратов, чаще в виде тошноты, к лечению добавляли домперидон (мотилиум) в дозе 10 мг до приема очередной дозы агониста дофаминовых рецепторов. В отдельных случаях у пациентов с преимущественно дрожательными формами болезни Паркинсона назначались антихолинергические препараты в виде тригексифенидила в суточной дозе 6 мг. 24 пациента получали лечение препаратом «ПК-Мерц» путем титрования до дозы 500 мг в сутки. 15 больных получают необратимый ингибитор моноаминоксидазы В – разагилин (азилект) в дозе 1 мг в сутки. При наличии выраженного двигательного дефекта назначалась комбинация агониста дофаминовых рецепторов (мирапекса или пронорана) и малых доз препарата, содержащего леводопу (наком, мадопар или сталево) в дозе 200–500 мг в сутки. У лиц в возрасте 50–70 лет при умеренном двигательном дефекте и относительной сохранности когнитивных функций терапия начиналась с агониста дофаминовых рецепторов. При недостаточном эффекте добавлялся азилект или ПК-Мерц. В дальнейшем при недостаточной эффективности комбинации 2–3 указанных препаратов добавляли средство, содержащее леводопу в виде стандартных препаратов в дозе 200-500 мг в сутки, или мадопар с замедленным высвобождением ГСС, или быстрорастворимые формы мадопара, или комбинацию леводопы/карбидопы и энтокапона – сталево. В возрасте старше 70 лет лечение начинали с препаратов леводопы или трехкомпонентного препарата – сталево.

Максимальная продолжительность наблюдения у 44 пациентов составляла 5 лет. Катамнестические данные свидетельствуют, что клиническое улучшение отмечено у 11 человек – 22%, стабилизация состояния достигнута у 13 человек – 30%. Таким образом, очевидно, что регулярная коррекция лечения позволяла получить положительный эффект у 52% больных. Проведенный статистический анализ свидетельствует о необходимости постоянного динамического наблюдения за пациентами с болезнью Паркинсона в условиях специализированного кабинета экстрапирамидных расстройств с целью подбора и коррекции проводимой противопаркинсонической терапии.

Выводы

Современный подход к диагностике и ведению пациентов с болезнью Паркинсона диктует необходимость оказания специализированной неврологической помощи этой категории больных. Организация специального кабинета экстрапирамидных расстройств позволяет создать регистр больных с данной патологией, проводить квалифицированное углубленное клинико-инструментальное и лабораторное обследование пациентов как на этапе первичной диагностики, так и при дальнейшем ведении пациентов с болезнью Паркинсона.

Этот подход позволяет выработать оптимальную лечебную тактику и индивидуализировать программу реабилитации для улучшения качества жизни и социально-экономического статуса пациентов.

ЛИТЕРАТУРА

1. Левин О.С., Докадина Л.В. Эпидемиология паркинсонизма и болезни Паркинсона. Неврологический журнал. 2005. № 5. С. 41–90.

2. Протокол ведения больных. Болезнь Паркинсона. М.: Издательство Ньюдиамед; 2006. 184 с.

3. Экстрапирамидные расстройства. Руководство по диагностике и лечению. Под ред. В.Н. Штока, И.А. Ивановой–Смоленской, О.С. Левина. М.: МЕДпресс-информ, 2002. 608 с.

4. Walters E.C., van Laar T., Berendse H.W. (eds.) Parkinsonism and related disorders. Amsterdam.: VU University Press, 2007. 186 p.

5. Похабов Д.В., Абрамов В.Г., Бугаев А.П. Опыт организации медицинской помощи больным с экстрапирамидными расстройствами. Журнал неврологии и психиатрии им. С.С. Корсакова. 2006. № 7. С. 64–67.

6. Голубев В.Л., Левин Я.Н., Вейн А.М. Болезнь Паркинсона и синдром паркинсонизма. М.: МЕДпресс, 1999. 416 с.

7. Oertel W.H, Quinn N.P. Parkinsonism/ In: Brandt T., Diener H.C., Caplan L.R., et al. Neurological disorders: courst and treatment. San Diego. 1996. P. 101–103.

8. Страчунская Е. Я. Паркинсонизм с позиций современных информационных концепций медицины. Смоленск. 2008. 208 с.

9. Rosser R. A health index and output measure/ In: Walker S.R., Rosser M.R. editors. Quality of life: assessment and application. Lancaster: MTP Press Ltd. 1988. P. 133–160.

10. Wilson-Davis K. Study designand the use of ststistics in drugs use research. In: McGavock H., editor Handbook of Drug Use Research Methology. 1-st ed. Newcastle: The Unated Kingdom Drug Utilization Research Group. 2000. P. 36–55.