

Паркинсон ауруымен қалай өмір сүру қажет. Науқастар мен олардың жақындарына арналған практикалық ұсыныстар

Кіріспе

Нейродегенеративтік аурулар – бас миының жасушаларының өліміне әкелетін аурулар, олардың нәтижесінде адамдардың есте сақтау қабілеті төмендейді және қозғалыстың бұзылуы пайда болады.

Қазіргі кезде бұл аурулар тобында Альцгеймер ауруы және Паркинсон ауруы жетекші орынға ие [1].

Паркинсон ауруы кең таралған ауру. Дүние жүзінде бұл ауруға шалдыққан 6 млн-ға жуық адам бар. Өмір сүру ұзақтығының ұзаруы егде жастағы адамдардың санының артуына алып келеді. Бұл өз кезегінде Паркинсон ауруын әлеуметтік маңызы бар ауруға айналдыруда. Әлдеқайда жас 30-35 жас шамасындағы адамдар арасында да науқастар санының артып келе жатқандығын да айта кеткен жөн.

Бүгінгі таңда медицинаның бұл ауруды емдей алатындай мүмкіндігі жоқ, бірақ Паркинсон ауруына шалдыққан науқастың қозғалыстық белсенділігін ұзақ уақытқа сақтауға мүмкіндік беретін айтарлықтай тиімді әдістер баршылық. Паркинсонизмге шалдыққандардың өз-өзіне қызмет ете алмау мәселесі бірден пайда болмайды, ол аурудың көп жылға созылуы нәтижесінде дамиды. Сондықтан науқастарға күтім жасайтын жақын туысқандарының бұған дайын болмауы осы реттегі тағы бір ірі мәселе болып табылады.

Паркинсон ауруының алғашқы белгілері, аурудың дамуының ерекшеліктері, дәрі-дәрмек қабылдаудан туындайтын асқынулар, осы аурумен қалай өмір сүруге болатындығы туралы ақпаратты тарату өте маңызды. Осы кітапша Паркинсон ауруының пайда болуы және белгілері туралы, аурудың дамуын бәсеңдету мен белсенді өмірдің ұзақтығын ұзартудағы ерте диагностика мен емдеудің рөлі туралы баяндайды.

«Паркинсон ауруы» дегеніміз не?

Мұндай атауды ауру ағылшын дәрігері Джеймс Паркинсон (J. Parkinson, 1755-1824) атынан алған, ол 1817 жылы ауруды сипаттап, оны «дірілдегіш сал ауруы (паралич)» деп атаған. 1877 жылы француз неврологы Жан-Мартэн Шарко (Jean-Martin Charcot) аурудың белгілерін анағұрлым егжей-тегжейлі сипаттап, оны Паркинсон ауруы деп атауды ұсынған.

Паркинсон ауруы өте баяу әрі біртіндеп дамиды және алғашында қозғалыстың бұзылуы түрінде емес, иіс сезудің нашарлауы түрінде, адамның иістерді сезе алмауымен, жоғары шаршаңқылығымен және көңіл-күйінің төмендеуімен көрініс табуы мүмкін, зәр шығарудың бұзылуы және іш қату түріндегі асқазан жұруінің бұзылуы пайда болуы мүмкін. Көп жылдан кейін ғана

қозғалыстың баяулауы, қолдардың дірілдеуі, бұлшықеттердің тырысуы, жүріс кезіндегі тұрақсыздық (шайқалғыштық) түріндегі қозғалыстың бөгеліп қалушылығы пайда болуы мүмкін. Қарт адамдар үшін қозғалыстың баяулауы жас ерекшеліктеріне тән нәрсе деп есептеліп, кейде тек бірнеше жылдан соң аурудың белгілері күнделікті өмірді қиындатқанда ғана дәрігерге шағымдану жағдайлары да болады.

Паркинсон ауруы баяу болса да, біртіндеп үдейе түседі, қозғалыстардың бөгеліп қалушылығы және баяулауы күшейеді және дененің басқа да бөліктеріне таралады. Бірақ әрбір науқас үшін ауру әр түрлі дамиды, біреуде қозғалыс бұзылуының белгілері тез үдесе, біреулерде ауру белгілерінің дамуы өте баяу жүреді. Дәрілік терапия оң әсерге ие және Паркинсон ауруына шалдыққан науқастардың көбінде қозғалыс бұзылуларын бақылауға, яғни алғашқы бірнеше жыл бойы науқастың өзі үйренген қалыпты өмір салтын сақтауына мүмкіндік береді [2].

Паркинсон ауруының себептері қандай?

Біздің денеміздің қимылдары бас миының жүйке жасушалары арқылы жүзеге асады. Ал бұл қимылдарды жүзеге асыру үшін бас миының жасушалары ақпаратты нейромедиаторлар деп аталатын белгілі бір заттардың көмегімен алады, олардың қызметі ақпаратты ми жасушаларының тізбегі бойынша бұлшықеттерге жеткізу болып табылады. Паркинсон ауруы кезінде бұл ақпараттар бұлшықеттерге толығымен жеткізілмейді, себебі дофамин деп аталатын нейромедиаторлардың бірі жеткіліксіз мөлшерде шығарылады. Паркинсон ауруы дофамин өндіретін жасушалардың 70-80% өлгенде көрініс табады. Дофамин өндірісі үшін «қара субстанция» деп аталатын бас миының кішкентай бөлігі жауап береді. Дофаминнің жеткіліксіз болуынан ми жасушалары бұлшықеттерге ақпаратты дұрыс жіберуін тоқтатады, бұл қозғалыстардың баяулауына алып келеді. Қозғалыс үрдісі үшін негізгі нейромедиатор болып табылатын дофаминнен басқа өзге де нейромедиаторлардың алмасуы бұзылады. Сондықтан дәрі-дәрмектер арқылы дофаминді толықтырғанның өзінде ауру белгілерінің барлығы және толықтай жойылмайды.

Дофаминді өндіретін жасушалардың неліктен өлетіндігі әлі толығымен айқын емес. Қазіргі таңда мидың қартаюуы, генетикалық факторлар және қоршаған орта, сонымен бірге вирустар аурудың негізгі себептері болып табылады. Медикаменттермен және хирургия жолымен емдеудегі қол жеткізілген жетістіктерге қарамастан, Паркинсон ауруы тоқтаусыз дамиды және нәтижесінде айтарлықтай мүгедектікке ұшырататын ауру болып қала беруде.

1. Тұқымқуалаушылық

Науқастардың 5-10% тұқымқуалаушы сипатқа ие және отбасылар ішінде таралады. Қазіргі кезде бастапқы паркинсонизмнің тұқымқуалаушы түрінің 15-тен астам гені идентификацияланған.

2. Қартаю

Паркинсон ауруының көрініс табуы адамның қалыпты қартаю кезінде де болады, бұл паркинсонизм себептерінің бірі ретінде дофамин өндіретін ми жасушалары санының қалыпты жас ерекшеліктеріне сәйкес азаюы деп қарастыруға итермелейді.

3. Токсиндер және басқа да заттар

Пестицидтермен және гербицидтермен ауыл шаруашылығындағы ұзақ уақытты және тұрақты байланыс Паркинсон ауруының пайда болуының жоғары қаупі бар фактор болып табылады. Бұл заттармен байланысы бар адамдарда аурудың даму жиілігі басқа адамдармен салыстырғанда 1,5 есе жоғары.

Мидың күйзелуі және ауыр металдардың, әсіресе, марганецтің токсикалық әсері арасындағы баайланыс айқындалған. Бұл фактілер әр түрлі химиялық заттардың бас миындағы патологиялық үрдістерді «іске қосуы» және паркинсонизмнің белгілерін туындату мүмкіндігінің бар екендігі туралы айтады.

Зерттеушілердің қарастыратын басқа да себептері: паркинсонизмге алып келетін вирустық инфекциялар; ми тамырларының атеросклерозы; ауыр және қайталанған ми-бассүйек жарақаттары.

Кейбір дәрі-дәрмектерді қаылдау дофаминнің берілуін бөгеуі мүмкін (мысалы, нейролептиктер, циннаризин), бұл да паркинсонизм белгілерінің пайда болуына әкелуі мүмкін [2, 10].

Паркинсон ауруының таралуы

Ауру басталуының орташа мөлшері 60-65 жас. Паркинсон ауруына 65 жастан асқан халықтың 1-3% шалдығады, 80 жастан асқандар арасында 2 есе жиірек кездеседі. Аурудың алғашқы белгілері 40-50 жас аралығында ең жиі тіркеледі. Аурудың бұдан да жас кезде пайда болуын да сирек деп айтуға болмайды: шамамен әрбір оныншы науқас 50 жасқа дейін, ал әрбір жиырмамыншы науқас 40 жасқа дейін шалдығады деп есептеледі. Қазіргі уақытта шамамен әлемде Паркинсон ауруына шалдыққан 6 млн адам бар [3].

Жоғарыдағы есептерге сүйене отырып, қазіргі кезде біздің елімізде Паркинсон ауруына шалдыққан 16 мыңнан 23 мыңға дейін науқас бар деп және жыл сайын олардың саны 1200-ге артады деп болжауға болады.

Паркинсон ауруының ерте белгілері

Паркинсон ауруының алғашқы белгілері әрбір адамда өздігінше көрініс табады және аурудың барысы әр түрлі дамиды. Белгілердің ең маңызды және алғашқыларының бірі, жоғарыда айтылып өткендей, жүру, жазу немесе

компьютермен жұмыс істеу кезінде бір қолда немесе аяқта қозғалыстың біртіндеп баяулауы. Туысқандар бірінші болып жүрістің баяулауын байқауы мүмкін. Қозғалыстың баяулауы тек қолда немесе аяқта ғана емес, сондай-ақ беттің бірқалыпты түрі және ақырын дауыс түрінде де көрініс табады. Науқастардың бір бөлігінде ол тыныш қалыпта пайда болатын бір қолдағы діріл түрінде басталады. Паркинсон ауруына шалдыққан науқастардың көбінде тремор аурудың барлық барысында мүлдем болмауы да мүмкін [10, 11].

Паркинсон ауруы үшін маңызды белгі – белгілердің дененің бір жақ бөлігінде пайда болуы. Бір жақта қозғалыстың баяулауы және тыныш қалыптағы қолдың треморы адамға аурудың болу мүмкіндігі туралы ой салуы және дәрігерге шағымдануына итермелеуі тиіс, бұл ерте диагностика арқылы уақыт үнемдеуге және тиісті емдеуді белгілеуге мүмкіндік береді. Паркинсон ауруының кейінгі кезеңдерінде бұрылу немесе тез қимылдар жасау кезінде тепе-теңдіктің бұзылуы пайда болады. Паркинсон ауруына ғана тән емес ұйқының бұзылуы, депрессия және мазасыздану, ішек моторикасының төмендеуі сияқты белгілер қозғалыс белгілеріне дейін бірнеше жыл бұрын пайда болады [2, 10, 11].

Назар аударуды қажет ететін кейбір белгілердің тізімі:

- Бет әлпетінің өзгеруі (көру фиксациясы, көзді сирек ашып-жұму);
- Жүріс кезінде бір қолдың қозғалмауы;
- Бүкіреюдің күшеюі;
- Ақсау немесе бір аяқты сүйретіп жүру;
- Мойынның немесе аяқ-қолдың ұйып қалуы, шаншуы, аурушандығы немесе жайсыздығы;
- Ақырын дауыс;
- Ішкі діріл сезімі.

Паркинсон ауруы диагнозын дәрігерге қаралу кезінде айқындайды. Паркинсон ауруын нақтылайтын ешқандай зерттеу әдісі жоқ. Диагнозды қою үшін әлем бойынша мойындалған Ұлыбританиядағы Паркинсон ауруы қоғамының Бас миы банкімен әзірленген диагностика критерийлері қолданылады, олар жоғары ерекшелікке ие:

1. Қозғалыс баяулығының мына белгілердің кем дегенде біреуімен бірге болуы:
 - a. Бұлшықеттің бөгеліп қалушылығы;
 - b. Тыныш қалыптағы тремор;
 - c. Дене қалпын өзгерту кезіндегі тұрақсыздық (шайқалғыштық).
2. Асимметриялық басталу
3. Леводопа дәрілерінің жоғары тиімділігі [4].

Егер диагноз күмән туғызса, қосымша зерттеулер жүргізіледі. Бастың магниттік-резонанстық томографиясы немесе компьютерлік томографиясы Паркинсон ауруына тән белгілерді таппайды, алайда қозғалыстың баяулауы және тремор арқылы көрініс табатын басқа да ауруларды жоққа шығаруға мүмкіндік береді. Паркинсон ауруы диагнозын қою үшін бірнеше ай қажет, бұл кезде аурудың барысы бақыланады және емдеудің тиімділігі бағаланады. Паркинсон ауруының белгілері басқа да аурулар кезінде пайда болуы мүмкін, паркинсонизм белгілерінен басқа өзге де неврологиялық белгілер бар болғанда, бұл ауруларды атиптік паркинсонизмге жатқызады. Мұндай жағдайларда Паркинсон ауруы жағдайларында қолданылатын дәрілер көмектеспейді [2, 9 10, 11].

Паркинсон ауруына ұқсас кейбір басқа аурулар Мультижүйелік атрофия

Бұл атиптік паркинсонизмнің ең жиі кездесетін түрі, онда паркинсонизм белгілері ми зақымдарының басқа да әр түрлі белгілерімен бірлеседі.

Паркинсонизм белгілері алғашқыда Паркинсон ауруынан айнымайды, бірақ аурудың көріністерінде симметриялық белгілер көп. Аурудың алғашқы жылдарында жүріс кезіндегі тұрақсыздық, шайқалғыштық пайда бола бастайды. Орнынан тұру кезіндегі артериялық қысымның төмендеуі – аурудың екінші маңызды белгісі. Оның алғашқы сипаттары көп уақыт бойы вертикалды жағдайда тұрған кезде отырғысы немесе жатқысы келуі, бастың айналуы, тұрақсыздық болып табылады. Кейін үдеген сайын аурудың басқа да белгілері қосылады: жұтынудың бұзылуы, тамақпен шашалу және дауыстың төмендігі [2, 9, 10].

Үдемелі супрануклеарлы сал ауруы

Ауру әдетте егде жаста басталады. Паркинсонизмнің белгілері симметриялық болады және алғашқы белгі жүрістің бұзылуы түрінде көрінеді. Жүрістің баяулауы, құлау және тұрақсыздық өте ерте, аурудың бірінші жылында пайда болады, ал Паркинсон ауруы кезінде құлау ауру басталғаннан кейін 5-7 жылдасын пайда болады. Бірақ аурудың ең негізгі белгісі дәрігердің қарауы барысында анықталатын көз қарашығын жоғары-төмен қозғай алмау болып табылады. Ауру үдеген сайын тамаққа шашалу және зәр шығаруды бақылаудың бұзылуы түріндегі белгілер қосылады [2, 9, 10].

Дәрілік паркинсонизм

Дәрілік паркинсонизм әр түрлі дәрі-дәрмектерді қабылдаудан туындайды. Дәрілік паркинсонизмнің пайда болуына нейрорептиктиктерді немесе ми жасушаларындағы нейромедиатор – дофаминнің өндірілуін тежейтін циннаризин, церукал, резерпин сияқты дәрілік заттарды қабылдау себепші болады.

Тамырлы паркинсонизм

Тамырлы паркинсонизм – паркинсонизмнің сирек кездесетін түрлерінің бірі, ол ми қанайналымының бұзылуынан кейін, бас миының қозғалыс үрдісі үшін жауап беретін және базалдық ганглийлер деп аталатын бөлігінде пайда болады.

Тамырлы паркинсонизмге тән белгілер: леводопа дәрі-дәрмектері әсерінің тұрақсыздығы немесе жоқтығы, тыныш қалыптағы тремордың жоқтығы, аяқтарда басым көрінуі, екіжақты басталуы, жүріс бұзылуының және тұрақсыздықтың ерте дамуы, есте сақтау қабілетінің жылдам нашарлауы және зәр шығарудың бұзылуы.

Емдеу әдістері мидың зақымдалуына, атап айтқанда артериалдық гипертензия, атеросклероз, семіру, қант диабеті және т.б. алып келген ауруларды емдеуді қамтиды [5, 9].

Эссенциалды тремор

Эссенциалды тремор (діріл) – тұқымқуалаушы ауру. Тремор кез-келген жаста пайда болуы мүмкін. Бірақ көбінесе қартайған жаста басталады. Оның көрініс беруінің ерекшеліктері – қолдардың екіжақты және симметриялық треморы және ол паркинсондық тремормен салыстырғанда тыныш қалыпта болмайды, қолдармен қандай да бір әрекеттер жасау кезінде пайда болады. Эссенциалды тремор адам қолдарын алға созған кезде немесе тамақ ішу кезінде қасық ұстағанда өте қатты байқалады. Эссенциалды тремор кезінде бастың «жоқ-жоқ» немесе «иә-иә» түріндегі дірілі байқалады, ал Паркинсон ауруы кезінде мұндай болмайды [2, 9, 10].

Паркинсон ауруы кезіндегі емдік шаралар және оңалту (реабилитация)

Ерте емдеудің артықшылықтары

Бүгінгі таңда Паркинсон ауруынан айықтыра алатын дәрілік заттар жоқ. Алайда Паркинсон ауруы кезіндегі қозғалыстық бұзылулардың айқындығын азайтуға мүмкіндік беретін дәрілік заттар бар. Сондықтан дұрыс емді бастау үшін аурудың белгілері туралы ақпаратқа ие болу өте маңызды. Ерте емдеуді бастау ерте диагностикалауға тәуелді, сондықтан Паркинсон ауруының ерте белгілері туралы хабардар болып, дәрігермен барынша ерте кеңесу керек.

Паркинсон ауруын қалай емдейді

Қазіргі кезде Паркинсон ауруын емдеуде екі бағытты қарастырады: аурудың үдеуін баяулату және қозғалыстық бұзылулардың белгілерін азайту [6].

Анағұрлым тиімді дәрілік заттар ми жасушаларындағы дофаминнің орнын алмастыру арқылы, не болмаса дофамин әсерін алу үшін рецепторларды стимуляциялау арқылы жұмыс жасайды. Осылайша ықпал ету арқылы дәрі-дәрмектер Паркинсон ауруының белгілерін бәсеңдетеді.

Аурудың үдеуін баяулата алатын дәрі-дәрмектер зерттелуде. Дегенмен әлі бірде бір дәрілік зат ресми түрде аурудың барысын баяулата алатын дәрі-дәрмек

болып табылмайды, соған қарамастан «ADAGIO» клиникалық зерттеуі азилектпен ерте емдеуді бастаған кезде ауру үдеуінің бәсеңдегенін көрсеткен.

Қазіргі кезде ауруды емдеу симптоматикалық болып табылады. Бүгінгі таңда қолданылып келе жатқан барлық паркинсонға қарсы дәрі-дәрмектерді осы топқа жатқызады. Оның негізгі мақсаты мидағы дофамин тапшылығының орнын толтыру, ал бұған леводопа арқылы қол жеткізуге болады, одан дофамин құрылады. Сондай-ақ дофаминдік рецепторлардың агонисттері деп аталатын мирапекс немесе проноран қолданылады, сонымен бірге ағзадағы леводопа концентрациясын ұзағырақ сақтауға мүмкіндік беретін азилект пайдаланылады.

Паркинсон ауруын емдеуде қандай дәрі-дәрмектер қолданылады

Леводопа және оның дәрі-дәрмектері

Леводопа - дофаминнің негізін қалаушы және қазірге дейін тиімділігі мен емнің төзімділігі тұрғысынан ең жақсы дәрі-дәрмек болып саналады. Леводопа бұл аурудың басым жағдайларында емдік әсерін береді. Негізгі қозғалыс белгілері бойынша ол ең жақсы әсерге ие. Дәрі-дәрмекті қолданудағы үлкен тәжірибе Паркинсон ауруын емдеудегі леводопаның басқа дәрілерге қарағанда тиімдірек екендігін көрсетті. Леводопаға жақсы жауап беру - Паркинсон ауруы диагнозын дәлелдеуші критерий, ал леводопаның тиімсіздігі, керісінше, паркинсонизмнің басқа түрлерін іздестіруге ой салады.

Леводопамен емдеудің алғашқы жылдарында қозғалыс бұзылулары регрессиялайды (азаяды) және тәулік бойы тұрақты әсерге ие болады. Дәрінің жақсы әсер ету кезеңін «бал айы» кезеңі деп атайды. Бірақ леводопаны қолданудан кейін бірнеше жылдасын, алғашқы үш-бес жылдан кейін науқастардың көбінде артық мөлшердегі қозғалыс түріндегі дәріні қабылдаудың болжамды асқынулары пайда болады, оларды дискинезиялар деп атайды және қозғалыстық белсенділіктің ауытқу кезеңдері қимылдық флуктуациялар деп аталады. Уақыт өте келе бұл асқынулар науқас азабының мөлшерін және емнің әсеріне қанағаттанбау сезімін арттыра түседі. Қимылдық флуктуациялардың дамуы аурудың орнықты үдеуімен де түсіндіріледі.

Дәрінің фармакологиялық белсенділігін ескере отырып, леводопа күніне кем дегенде үш рет қабылданады. Ең төмен мөлшер дәрінің 50 мг-нан басталады. Апта сайын 50 мг-ға арттыра отырып, терапиялық жауап алынғанға дейін жеткізіледі. Қозғалыстық белсенділік түріндегі жауап алынған леводопа мөлшерінде дәріні қабылдауды жалғастырамыз.

Леводопа дәрілерінің терапиялық мөлшері тәулігіне 300-600 мг құрайды, тәулігіне қабылдау жиілігі 3 реттен 6 ретке дейін.

Дәрінің жоғары мөлшерлеріне жауап болмаған кезде, қойылған диагнозды қайта қарау қажет.

Емнің алғашқы күндерінде науқастардың бір бөлігінде жүректің айнуы немесе құсу пайда болуы мүмкін. Ол домперидонды (мотилиум) қабылдаумен

жақсы бақыланады және бір немесе екі апта ішінде науқас леводопаға үйреніп кетеді. Леводопа әсерінен жүректің айнуы дамыған кезде дәріні көмірсулы жеңіл тамақтың аз мелшерімен – шырындармен, жемістермен қабылдауға болады. Леводопа аш ішекте қорытылады. Ақуыз және майлы тамақ асқазанда ұзақ уақыт қорытылатындықтан, ол оның қанға жетуін қиындатады. Сондықтан егер дәріні тамақпен бірге қабылдаса, онда ол қорытылу орнына тек бірнеше сағаттасын ғана жетеді. Сол себепті дәріні тамаққа дейін 30-40 минут бұрын немесе тамақтан кейін 60-90 минуттасын қабылдау қажет. Сонда ол кедергісіз қан ағынына және ми нейрондарына жетеді.

Леводопаның тауар таңбасы және шығарылым нысандары

Халықаралық патенттелмеген атауы	Коммерциялық атауы	1 дәрідегі мөлшері, мг
Леводопа +карбидопа	Наком	250/25
	Синемет	250/25
	Синемет-CR	100/25
	Тидомет Форте	100/10
	Левокарбисан	250/50
Леводопа +бенсеразид	Мадопар	100/25 200/50
	Мадопар-ГСС	100/25
Леводопа +карбидопа +энтакапон	Сталево	50/12.5/200
		100/25/200
		150/37.5/200

Дофаминдік рецепторлардың агонисттері (ДРА)

ДРА дофамин әсерін беріп, рецепторларды стимуляциялайды. Сондықтан оларды аурудың ерте кезеңдерінде қолданады және емдеудің алғашқы жылдарында ДРА қозғалыс бұзылуларын қадағалау жағынан леводопа әсерімен тең келетін тиімділікке ие. ДРА дәрілерінің қимылдық флуктуацияның және дәрілік дискинезияның пайда болу қаупін төмендететін факторы да айтарлықтай маңызға ие. Көптеген зерттеулердің мәліметтеріне сәйкес, Паркинсон ауруының бастапқы белгілері кезінде леводопамен немесе дофамин агонистімен бастапқы монотерапия жағдайындағы өмір сүру сапасы барабар деуге болады.

ДРА тобына прамипексол (Мирапекс), ропинирол (Реквип, Ронирол) және пирибедил (Проноран) жатады.

ДРА-мен бастапқы монотерапия леводопаны тағайындауды бірнеше жылға (1-3 жылға дейін) шегеруге мүмкіндік береді. Аурудың кейінгі кезеңдерінде ДРА-ны леводопамен біріктіре тағайындайды, бұл сөну кезеңдерінің ұзақтығын қысқартуға, сондай-ақ леводопаның тәуліктің мөлшерін үштен бірге азайтуға мүмкіндік береді.

МАО-В ингибиторлары

МАО-В ингибиторларының клиникалық тиімділігі леводопа дәрілерінен төмен, сондықтан оларды негізінен Паркинсон ауруының ерте кезеңдерінде қолдану үшін ұсынады. Науқаста аурудың жеңіл белгілері болғанда, бұл дәрілермен монотерапия жүргізуге болады.

Бұл топтағы соңғы заманғы дәрілердің бірі – разагилин (сауда атауы – Азилект). Оны күніне бір рет таңертең 1 мг мөлшерінде қабылдайды, бұл науқастардың осы дәрімен емделуге деген ынтасын айтарлықтай арттырады.

Амантадиндер

Амантадин құрамдастырылған терапия кезінде тиімді. Дәріні аурудың кейінгі кезеңдерінде қолдану леводопаның дискинезия сияқты кейінгі жанама әсерлерін түзетуге және леводопа мөлшерін азайтуға мүмкіндік береді. Тәулігіне 200-300 мг амантадинді 3 бөліп қабылдау оңтайлы мөлшер болып табылады.

Сауда таңбалары: Мидантан, Амантадин, ПК – Мерц.

Холинолитиктер

Антихолинергиялық дәрі-дәрмектер немесе холинолитиктер – Паркинсон ауруын емдеу үшін қолданыла бастаған заттардың ішіндегі алғашқы тобы. Сауда атауы – Циклодол. Есте сақтау қабілеті бұзылмаған, тыныш қалыптағы треморы бар жас науқастарға тағайындалады. Циклодол қозғалыс функцияларына азғантай әсер етеді және қозғалыс бұзылуларын емдеу үшін тағайындалмайды. Холинолитиктермен ұзақ мерзімді терапияны жүргізбеуге және осы дәрі-дәрмектерді егде тартқан науқастардың қабылдамауына кеңес беріледі. Дәрі-дәрмектердің көбі үшін ұсынылатын орташа тәуліктік мөлшер 2-4 мг құрайды.

Тауар таңбалары: Циклодол, Акинетон.

Емдеуді қашан бастау қажет

Терапияны бастаудың оптималды уақыттық мерзімі нақты айқындалмаған. Емдеуді аурудың белгілері өмір сүру сапасына әсер ете бастағанда жүргізуге кеңес беріледі. Әрбір науқас үшін бүгінгі таңда қолжетімді және тиімді дәрі-дәрмектер арасынан таңдау жасау жекелей жүргізіледі және субъективті және объективті факторлардың шебер үйлесімділігіне негізделеді. Бұл факторлар дәрі-дәрмектің ерекшеліктерін (симптомдарды бақылаудың, қозғалыс бұзылуларын алдын-алудың тиімділігі, қауіпсіздігі, қолайлылығы, бағасы және т.б.), науқас ерекшеліктерін (белгілері, жасы, қажеттіліктері, болжалдары, тәжірибесі, ілеспе аурулары, әлеуметтік-экономикалық жағдайы және т.б.) және сыртқы факторларды (дәрі-дәрмектің нарықта қолжетімділігі, экономикалық жүйе мен денсаулық сақтау жүйесінің ерекшеліктері және т.б.) қамтиды [2, 6].

Емдеу бір дәріні қолданудан басталады. Егер дәрі-дәрмек емдік әсер бермесе (оптималды мөлшерге жеткеннен кейін бір ай ішінде симптоматика регрессі жоқ), оны сол немесе басқа фармакологиялық топтағы затпен алмастырады. Дәрілердің әсері белгілер толық жойылғанда емес, тұрмыстық және кәсіби белсенділікті

сақтауға мүмкіндік беретіндей функциялардың елеулі жақсарғаны жағдайында оң әсер деп есептелетіндігін түсіндіре кеткен жөн [2, 6].

Қозғалыстық емес бұзылуларды қалай емдейді

1. Депрессияға шалдыққан науқастарды емдеудің ерекшеліктері

Депрессивтік жағдай Паркинсон ауруына өте жиі ілесіп жүреді. Жеңіл депрессивтік симптоматика дофаминдік рецепторлар агонистерінің бірін (Мирапексті немесе Проноранды) қолдану немесе леводопаның аз мөлшерімен біріктіру арқылы бақыланады. Айқын депрессивтік симптоматика жағдайында психотерапияның әр түрлі әдістерін жүргізу немесе антидепрессанттармен емдеу жүргізу мәселесін шешу үшін психотерапевт-дәрігердің немесе психиатрдың кеңесі тағайындалады. Емдік әсер алынғаннан кейін антидепрессанттарды тағайындау ұзақтығы кем дегенде 6 ай болуы тиіс.

2. Көру галлюцинацияларының терапиясы

Галлюцинациялар антипаркинсондық заттарды мөлшерден артық пайдаланғанда пайда болуы мүмкін. Ол үшін психикалық бұзылуларды төмендету мақсатында кейбір дәрі-дәрмектерді біртіндеп тоқтатқан немесе мөлшерін төмендеткен жөн. Егер жоғарыда аталған заттар жеткіліксіз болса, антипсихотикалық дәрі-дәрмектерді тағайындау ұсынылады.

3. Вегетативті бұзылуларды емдеу

Паркинсон ауруы кезінде, ал одан жиі мультижүйелік атрофия кезінде артериялық қысым төмендейді. Мүмкін жолдар – дәрілік заттардың артық мөлшерін төмендету арқылы паркинсонға қарсы терапияны оптимизациялау, эластикалық шұлықтарды кию, ас тұзы (күніне 2 гр. дейін) мен суды (күніне 2 литрге дейін) тұтынуды арттыру, төсектің бас жағын 15-20 см көтеру.

4. Зәр шығарудың бұзылуы

Паркинсон ауруына шалдыққан науқастарда зәр шығарудың немесе зәр шығаруға деген сұраныстардың жиілеуі түріндегі зәр шығарудың бұзылулары жиі кездеседі. Паркинсон ауруының кейінгі кезеңдерінде іш қату сияқты асқазан функцияларының бұзылуларымен ілесіп келетін зәрді ұстай алмау пайда болуы мүмкін. Бұл симптомдар вегетативті жүйке жүйесінің зақымдалуынан болады. Зәр шығарудағы бұзылулардың азаюына леводопа дәрілерінің мөлшерін арттыру, ДРА тағайындау арқылы қол жеткізуге болады, ал олардың тиімсіздігі жағдайында М-холиноблокаторлар (толтеродин, оксибутинин) деп аталатын зәр шығару функцияларын жақсартуға арналған арнайы дәрілер қолданылуы мүмкін.

5. Есте сақтаудың бұзылуын емдеу

Деменция (ақыл-парасат кемдігі) Паркинсон ауруы жағдайында өте сирек дамиды. Алайда есте сақтау қабілетінің бұзылуы Паркинсон ауруы барысында болуы мүмкін. Есте сақтау қабілетінің бұзылуын емдеу үшін холинэстераза ингибиторларының әсері дәлелденген (ривастигмина, донепезила, галантамина).

Сондай-ақ мемантин де қолданылады, алайда Паркинсон ауруы кезіндегі оның тиімділігі туралы дәлелдер жоқ.

6. Ұйқы мен сергектіктің бұзылуын емдеу

Ұйқы мен сергектіктің бұзылуы Паркинсон ауруына айтарлықтай жиі ілесіп жүреді. Бастапқы кездері ұйқының бұзылуы леводопа дәрі-дәрмектерінің немесе дофаминдік рецепторлар агонисттерінің (мирапекстің) әсерінен туындауы мүмкін. Бұл жағдайда ұйқы түзелгенше дейін мөлшерді азайту немесе дәрі-дәрмектің кешкі мөлшерін тоқтату көмектеседі. Ауру үдеген және түнгі уақыттағы паркинсонизм симптомдары күшейген сайын науқастарға төсекте аударылу қиынға соға бастайды, бұл жиі оянуға алып келеді. Түнгі және таңертеңгі қимылсыздықты азайту үшін леводопаның кешкі мөлшерін арттыруға немесе ұзақ мерзімді әсері бар леводопа дәрісіне көшуге болады.

Дәрілік қоржында ұйықтатаын әсері бар антидепрессанттар (амитриптилин және т.б.), сондай-ақ қысқа курстармен тағайындалатын ұйықтатушы дәрі-дәрмектер (сомнол) де бар.

Емдеудің дәрілік емес әдістері

1. Диета

Паркинсон ауруы адамның қозғалыстарының бұзылуы түрінде ғана емес, сонымен бірге ағзаның ас қорыту функцияларына да әсер етеді, сондықтан:

Ашымалы сүт өнімдерін;

Бидай өнімдерін;

Өсімдік тектес өнімдерді;

Жануарлар тектес өнімдерді құрайтын үйлестірілген күнделікті тағам мөлшері қажет. Іш қату және ішек-қарын жолының моторикасы бұзылуының басқа да белгілерімен күресу үшін науқастарға ас талшықтарының жоғары құрамы бар тағамдар жақсы көмектеседі. Тәуліктік рационның негізі бидай және жарма өнімдерінен, көкөністер мен жемістердің жоғары көлемінен тұруы тиіс, ал ақуыздың жоғары құрамынан тұратын өнімдерді азайтып, кешкі уақытқа ауыстырған жөн (ақуыз леводопаның сіңірілуін қиындатады). Мұндай диета сұйықтықтың жеткілікті көлемін талап етеді, күніне 1,5-2 литрге дейін су ішкен жөн.

Тағам қабылдау үрдісін жақсарту және қауіпсіздендіру үшін, мыналарды жасау қажет:

- Тамақты дұрыстап шайнау;
- Келесі порцияны тек біріншісін жұтып болғаннан кейін ғана алу;
- Бір ретте ауызға тамақтың азғантай мөлшерлерін алу;
- Тамақты әрбір жұтқаннан кейін сұйықтық ішу.

Қолдардың айқын дірілдеуі жағдайында мынадай кеңестерді қолдануға болады:

- Тамақты қасықпен жеу. Қасық пен шыны-аяқтың ұстағышын қолда ұстауға ыңғайлы болу үшін жұмсақ матамен орап тастау.
- Су мен шайды түтік арқылы ішу.

Паркинсон ауруы кезіндегі қауіпті және зиянды өнімдер:

- Қуырылған, қатты тағамдар;
- Пісте және жаңғақтар;
- Құрғақ печенье, тәтті тоқаштар;
- Жартылай фабрикаттар және тез дайындалатын тағамдар;
- Консервілер, шұжықтар, сүрленген тағамдар.

Бұл өнімдердің барлығы асқазан моторикасын төмендетеді, іш қатуын туындатады, сондай-ақ тамақ қабылдау үрдісін қиындатады [9, 10, 11].

2. Емдеудің физиотерапиялық әдістері

Физиотерапиялық әдістер бұлшықет тонусын төмендету, ауырсыну синдромын азайту, тіндердің қоректенуін жақсарту мақсатында аурудың алғашқы кезеңдерінен бастап қолданылуы және аурудың кейінгі кезеңдерінде де жасалуы мүмкін. Алайда дәлелділіктің деңгейі жоғары емес.

Арнайы құрылғыда ауыспалы магнит өрісімен бас миының қыртысын транскраниалды магниттік стимуляциялау – қалпына келтіруші емнің қазіргі заманғы әдістерінің бірі. Бұл емдеу шарасы қозғалыстардың баяулығы белгілерін едәуір азайтуы және көңіл-күйді жақсартуы мүмкін [2].

3. Физикалық белсенділік (емдік дене шынықтыру)

Үйде қауіпсіз қозғалу үшін жатын бөлмедегі артық заттарды, кілемдерді алып тастаңыз, қажет болса ұйықтайтын орынға өзгерістер енгізіңіз: қатты матрац төсеңіз, төсектің биіктігін реттеңіз, ыңғайлы аяқ киім киіңіз.

Физикалық белсенділік Паркинсон ауруы кезіндегі емдеу әдістерінің бірі болып табылады. Науқастың бұрынғы үйренген қозғалыс белсенділігін сақтағаны бәрінен де дұрыс болады. Паркинсон ауруы кезіндегі міндетті жаттығулар – жүру, эспандерді, гантельдерді қолданумен жасалатын жаттығулар, жүзу немесе велотренажер. Дене шынықтырумен айналысу тремордың қарқынын азайтады, ширыққан бұлшықеттердің босауына ықпал етеді, сымбатты, жүрісті, координацияны жақсартады. Сөйлеуді жақсарту үшін мәтіндерді дауыстап оқу, қолдардың моторикасын жақсарту үшін компьютерде мәтіндерді теру қажет.

Жаттығулар кезінде дофаминнің артатындығы туралы дәлелдемелер бар, сондай-ақ леводопаның ішекте барынша толық қорытылуы атап айтылады, ал бұл өз кезегінде дәрінің тиімділігін арттырады [7, 9, 10, 11].

Паркинсон ауруы кезіндегі жаттығу кешендері

Жаттығулар «Паркинсон ауруына шалдыққан науқастарға және олардың туысқандарына арналған емдік дене шынықтыру бойынша оқу құралы» мақаласынан алынған (№3 басылым, Мәскеу 2003) [8].

Терең тыныс алу

Мақсаты: жаттығу арқылы анағұрлым терең тыныс алуға қол жеткізу.

- Отырған қалыпта. Қолдарыңызды ішіңізге қойыңыз. Мұрныңызбен баяу дем алыңыз, кеуде қуысының кеңейіп, ішіңіздің шар сияқты үрленгендігін сезініңіз. Одан кейін 5-ке дейін санай отырып, шамды сөндіргендегі сияқты ауаны аузыңыз арқылы баяу шығарыңыз. 10 рет қайталаңыз.

- Тік тұрған қалыпта. Қабырғаға жақындаңыз. Барлық арқаңызбен және беліңізбен қабырғаны немесе басқа да вертикалды затты – шкаф, есік, т.б. сезінетіндей болып тұрыңыз. Қолдарыңызды қабырғаға тигізе отырып жоғары көтеріңіз, терең тыныс алыңыз; деміңізді шығару кезінде қолдарыңызды төмен түсіріңіз және оң қолыңызбен сол қолыңыздың шынтағынан ұстап, сол қолыңызбен керісінше оң қолыңыздың шынтағынан ұстап, қолдарыңызды кеудеңіз бен ішіңіздің алдында айқастырыңыз. 10 рет қайталаңыз.

Дене сымбатын жақсартуға арналған жаттығулар

Мақсаты: Бүкірейген кейіптің қалыптасуына жол бермеу үшін мойын, дене бұлшықеттеріне түскен күшті реттеуді үйрену.

- Қабырғаға желкеніз, жауырыныңыз, жамбасыңыз, бөксеңіз және балтырыңыз тиіп тұратындай етіп тұрыңыз; қолдарыңыз жаныңызда, алақандар қабырғаға тіреледі. Күшпен қабырғаға «жабысуға» тырысыңыз (5-ке дейін санаңыз), содан кейін деніңізді босатып, өзіңізге қажет уақыт бойы дем алыңыз. Жаттығуды бірнеше рет қайталаңыз, тыныс алуыңызды бұзбауға тырысыңыз.

- Бастапқы дене тұрысы алғашқы жаттығудағыдай. Қабырғаға желкенізбен, арқаңызбен, бөксеңізбен және алақандарыңызбен «жабысып тұрып», қабырғаны бойлай төмен қарай сырғып отырыңыз. Егер қайта тұру сізге қиын болса, қасыңызға орындық қойыңыз немесе тірелуге болатын таяқ алыңыз.

- Қабырғаға бетіңізбен қарап тұрыңыз, басыңызды бұрғандағы бір жақ бетіңіз, кеудеңіз бен ішіңіз, бөксеңіз қабырғаға «жабысып» тұруы тиіс. Қолдарыңызды иықтарыңыздың деңгейінде қойыңыз және алақандарыңызды қабырғаға «жабыстырыңыз». Қабырғаға «жабысқан» қолдарыңызды сол күйінде басыңыздан жоғары көтеріңіз. Алақандарыңыз басыңыздың үстінде болғанда деміңізді шығарыңыз, иық деңгейіне

оралғанда тыныс алыңыз. Жаттығуда жағымды түрдегі шаршау сезімі пайда болғанша жасаңыз.

●
«Денені бұрау (айналдыру)»

Мақсаты: мойын, иық, дене бұлшықеттерінің қозғалғыштығын жақсарту.

Отырған немесе тік тұрған жағдайда алақандарыңызды иығыңызға немесе мойныңызға қойыңыз. Басыңызды, мойныңызды және денеңізді барынша қатты бірінші бір жаққа, кейін екінші жаққа айналдырыңыз. Сіз дене бұлшықеттеріне түскен жеңіл күшті сезінуіңіз қажет. 10 рет қайталаңыз.

Денені шалқайту

Мақсаты: дене сымбаты мен омыртқаның кеуде және бел бөліктеріндегі қозғалғыштықты жақсарту.

Орындықта отырып, алақандарыңызды тізеңізге қойыңыз, алға қарай еңкейіңіз, содан кейін арқаңызды шалқайтып, иықтарыңызды тіктеңіз. Бұдан кейін тік отырыңыз. 10 рет қайталаңыз.

● Орындықта отырып, қолдарыңызды беліңізге қойыңыз. 20-ға дейін санай отырып, кеудеңізді алға итеріңіз, иықтарыңызды тіктеп, беліңізді майыстырыңыз. Кейін тік отырыңыз. 10 рет қайталаңыз.

Іш прессінің бұлшықеттеріне арналған жаттығулар

Мақсаты: іш прессінің бұлшықеттерін нығайту.

Шалқаңыздан жатыңыз (жерде, төсекте), табандарыңызды жерге (төсекке) қоя отырып, аяқтарыңызды тізеңізде бүгіңіз. Қолдарыңызды баяу алға созыңыз және иықтарыңыз бен басыңызды көтеріп (беліңіз жерге тиіп тұрады) отырыңыз, «тыныс алуыңызды» бұзбай, шамаңыз жеткенше қайталаңыз. Қолдарыңызбен тізеңізге жеткізіңіз. Кейін бастапқы қалыпқа оралыңыз. 10 рет қайталаңыз.

«Көпір сияқты денені майыстыру»

Мақсаты: дене, бөксе бұлшықеттерін нығайту және төсекте аударылуды жаттықтыру.

Шалқаңыздан жатыңыз, табандарыңызды жерге (төсекке) тіреп, аяқтарыңызды тізеңізде бүгіңіз, табандарыңыз бен иықтарыңызға тіреле отырып жамбасыңызды көтеріңіз, солға және оңға бұрылыңыз. 10 рет қайталаңыз.

Қолды бүгіп жазу (отжимание)

Мақсаты: иық бұлшықеттерін созу және дене қалпын жақсарту.

Бетіңізбен бөлменің бұрышына қарап тұрыңыз. Екі қолыңызбен екі қабырғаға тіреліңіз, бұлшықеттерге күш түсіре отырып, қолдарыңызды шынтақтарыңызда бүгіңіз де, бұрышқа қарай еңкейіңіз. Алға еңкейген кезде табандарыңызды жерден көтерменіз. Еңкейіп және қолдарыңызбен қабырғаларға

тіреліп тұрып, 20-ға дейін санаңыз. Кейін бастапқы қалпыңызға оралыңыз. 10 рет қайталаңыз.

Айналмалы қимылдар және денені еңкейту

Мақсаты: дене бұлшықеттерінің қозғалғыштығын жақсарту.

Тік тұрып, аяқтарыңызды иықтарыңыздың бойымен қойыңыз, қолдарыңызды мықынға қойыңыз. Денеңізбен айналмалы қимылдар жасаңыз (обруч айналдырған сияқты қимылдар), сондай-ақ алға, артқа, екі бүйіріңізге қарай еңкейіңіз. Әрбір жаққа 10 рет қайталаңыз.

Мойын және иық үсті бұлшықеттеріне арналған жаттығулар

Басыңызды екі жаққа бұру

Мақсаты: омыртқаның мойын бөлігінің қозғалғыштығын жақсарту. Отырған немесе тік тұрған қалпыңызда баяу басыңызды оңға және солға бұрыңыз, бұрған кезде иықтарыңызға қарауға тырысыңыз. Басыңыз бұралған қалыпта 5-ке дейін санаңыз. Мойын бұлшықеттеріне жеңіл күш түскендігін сезінуіңіз қажет. 10 рет қайталаңыз.

Басты екі жаққа еңкейту

Мақсаты: омыртқаның мойын бөлігінің қозғалғыштығын жақсарту. Отырған қалыпта орындалады. Баяу басыңызды екі жаққа, кезекпен екі иығыңызға қарай еңкейтіңіз. Еңкейту кезінде басыңызды бұрмауға тырысыңыз, алға қараңыз. Әрбір еңкейту сайын мойын бұлшықеттеріне жеңіл күш түскендігін («созылғандығын») сезініңіз. Әрбір жаққа 10 рет еңкейтіңіз.

Басты алға және артқа еңкейту

Мақсаты: дене сымбатын жақсарту және бастың қатып қалған еңкейген қалпын азайту.

Отырған немесе тік тұрған қалыпта орындалады. Мойныңызды жоғары созып, иегіңізді алға итеріңіз. Бастапқы қалпыңызға оралыңыз. 10 рет қайталаңыз.

Басыңызды төмен қарай еңкейтіп, иегіңізбен кеудеңізге жеткізіңіз, басыңызды бастапқы қалпыңызға қайтарыңыз. 10 рет қайталаңыз. Бұдан кейін баяу басыңызды артқа шалқайтыңыз (егер сіз бұл жаттығуды тік тұрған қалпыңызда орындасаңыз, онда нық тұрған берік заттан немесе қабырғадағы ұстағыштан ұстап тұрғаныңыз жөн). Басыңызды артқа шалқайтқаннан кейін, мойныңыздың бұлшықеттерін босатуға және «осы қалыпты сезінуге» тырысыңыз. Ол еңкейген қалыптағы мойынның қатып қалған қалпына қарама-қарсы сезілуі тиіс.

Иық бұлшықеттеріне арналған жаттығулар

Жоғарғы иық белдеуінің бұлшықеттеріне кезекпен күш түсіруге және босатуға арналған жаттығулар

Мақсаты: жаттығулар арқылы жоғарғы иық белдеуінің бұлшықеттеріне кезекпен күш түсіру және босату.

Отырған немесе тік тұрған қалпыңызда қолдарыңызды алақандарымен бір-біріне қаратып қосыңыз. Бар күшіңізбен қолдарыңызды бір-біріне қарай қысыңыз. 20-ға дейін санаңыз. Кейін қолдарыңызды босатып, төмен қарай «тастаңыз». 5-10 рет қайталаңыз. Қолдарыңызға күш түсіру және босату кезіндегі сезімдеріңізді есте сақтап қалуға тырысыңыз. Денеңіз бөгеліп қалған (тырысқан) кезде қолдарыңызды босатқан кездегі сезіміңізді еске түсіруге тырысыңыз.

Иықтарды тіктеу

Мақсаты: жоғарғы иық белдеуі буындарындағы қозғалыс көлемін арттыру. Отырған немесе тік тұрған қалыпта қолдарыңызды шынтақтарыңызда бүгіңіз, жауырыныңызды бір-біріне қосып, шынтақтарыңызды артқа қарай итеріңіз. Осы қалыпта 5-ке дейін санаңыз. Кейін денеңізді босатыңыз және қолдарыңызды бастапқы қалыпқа қайтарыңыз. 10 рет қайталаңыз.

Иықтармен айналмалы қимылдар жасау

Мақсаты: иық белдеуі буындарындағы қозғалыс көлемін арттыру. Отырған немесе тік тұрған қалыпта иықтарыңызды айналдырыңыз (иық жоғары, артқа, төмен және алға қозғалады). Екі иықпен бірге немесе жеке-жеке 5 реттен жасаңыз. Кейін қарама-қарсы жаққа айналдыруды қайталаңыз (төмен, артқа, жоғары, алға).

Таяқпен жасалатын жаттығулар

1) Көтеру және төмен түсіру

Мақсаты: иық белдеуі буындарындағы қозғалыс көлемін арттыру. Отырған немесе тік тұрған қалыпта ұзындығы 1 метр болатындай ағаш таяқты (балдақты) екі қолыңызбен ұстап, кеудеңіздің деңгейіне дейін көтеріңіз. Кейін таяқты басыңыздан жоғары көтеруге тырысыңыз. Бұдан кейін қолдарыңызды кеуде деңгейіне дейін төмендетіңіз және тізеңізге түсіріңіз. 10 рет қайталаңыз.

2) «айналулар»

Мақсаты: иық белдеуі буындарындағы қозғалыс көлемін арттыру. Отырған қалыпта орындалады. Таяқты екі қолыңызбен кеуде деңгейінде ұстаңыз, қолдарыңызды шынтақтарыңызда бүге және тіктей отырып, айналымдар жасаңыз (алдыңызда шеңбер суретін салып жатқан тәрізді). Әрбір жаққа 10 рет қайталаңыз.

«Сіз қайықтасыз»

Мақсаты: иық белдеуі буындарындағы қозғалыс көлемін арттыру.

- Отырған қалыпта, таяқты кеуде деңгейінде екі қолмен ұстап тұрып, таяқты қайық ескегіне ұқсатып, бір жаққа, кейін екінші жаққа қарай қозғаңыз. 10 рет қайталаңыз.

- Отырған қалыпта, таяқты көлденең беліңіздің деңгейінде ұстаңыз. Таяқтың оң жақ ұшын оң жақ иығыңызға қарай жоғары көтеріңіз, сол қолыңыз қозғалмайды, ал таяқ денеге қатысты диагональды қалыпта орналасады. Таяқты орнына қайтарыңыз, енді жаттығуды таяқтың сол жақ ұшын сол жақ қолыңызбен көтере отырып орындаңыз. Әрбір жаққа 5 рет қайталаңыз.

Қолдарға арналған жаттығулар

Мақсаты: шынтак және білезік буындарының қозғалғыштығын жақсарту. Отырған қалыпта қолдарыңызды алақандарымен төмен қаратып, беліңізге қойыңыз. Кейін алақандарыңызды жоғары қаратыңыз. Осындай ауыспалы қимылдарды баяу жылдамдықта бастап, бірте-бірте жылдамдығыңызды арттырыңыз. 10 рет қайталаңыз. Өзіңізге ыңғайлы ритмді қолдарыңызбен «соғып» орындасаңыз да болады.

Қолдарды айналдыру

Мақсаты: білезік буындарының қозғалғыштығын жақсарту. Отырған қалыпта, бір қолыңызды білезік буыны тұсында баяу айналдырыңыз. Әрбір жаққа бес реттен айналдырыңыз. Кейін екінші қолыңызды айналдырыңыз. Қажет болса, бір қолмен айналдыруды жеңілдету үшін, екінші қолыңызбен иығыңызды ұстап тұрыңыз.

Саусақтарға арналған жаттығулар

Мақсаты: саусақ қозғалғыштығын жақсарту.

Отырған немесе тік тұрған қалыпта бас бармағыңызбен кезекпен 2, 3, 4 және 5 саусақтарыңызға тигізіңіз. Жаттығудың жылдамдығын арттыра отырып жалғастырыңыз. 10 рет қайталаңыз.

Дененің төменгі бөлігінің бұлшықеттеріне арналған жаттығулар

Омыртқаның бел бөлігін майыстыру

Мақсаты: бел және бөксе бұлшықеттерінің қозғалғыштығын жақсарту.

Етпетінен жатыңыз. 3-5 минут бос жатыңыз. Кейін шынтактарыңызға тіреліп және беліңізді майыстыруға тырысып, дененің жоғарғы бөлігін көтеруге тырысыңыз. Осы қалыпта 20-ға дейін санаңыз. Бастапқы қалпыңызға оралып, демалыңыз. 10 рет қайталаңыз.

Жамбас (сан) бұлшықеттеріне арналған жаттығулар

Мақсаты: сандардың бұлшықеттерін нығайту.

Шалқаңыздан жатыңыз, табандарыңызды жерге (төсекке) қойып, аяқтарыңызды тізеңізде бүгіңіз. Өкшелеріңізді бір-біріне тигізе отырып, сандарыңыз бен тізелеріңізді екі жаққа ашыңыз. Аяқтарыңызды осы қалыпта

ұстап тұрыңыз, 20-ға дейін санаңыз. Сандарыңыздың ішкі бетіндегі бұлшықеттерге жеңіл күш түскендігін сезінуіңіз қажет. Кейін аяқтарыңызды бастапқы қалыпқа қайтарыңыз. 10 рет қайталаңыз.

Жатқан қалыпта жамбасты бұру

Мақсаты: дене және сан бұлшықеттерінің иілгіштігін дамыту.

Шалқаңыздан жатыңыз (жерде, төсекте), табандарыңызды жерге (төсекке) қойып, аяқтарыңызды тізеңізде бүгіңіз. Екі аяғыңыздың тізелерін екі жаққа еңкейтіңіз, жерге (төсекке) тигізуге тырысыңыз. Тізелеріңізді еңкейтіп, 20-ға дейін санаңыз. Жаттығуды әрбір жаққа 10 реттен еңкейте отырып қайталаңыз.

Тік аяқты көтеру

Мақсаты: сандар мен балтырлардың бұлшықеттерін нығайту.

Шалқаңыздан жатыңыз (жерде), бір аяғыңызды тізеңізде бүгіңіз, екіншісін тік ұстаңыз (екі аяқ та жерде). Тік тұрған аяғыңызды шамаңыз келгенше жоғары көтеріңіз, аяғыңызды тізеңізде бүкпеуге тырысыңыз. Аяғыңызды баяу төмен түсіріңіз. 10 рет қайталаңыз (әрбір аяққа).

Жартылай отырулар (приседание)

Мақсаты: балтыр бұлшықеттерін және жамбас бұлшықеттерін нығайту.

Тік тұрыңыз, бір қолыңызбен орындықтың арқасынан ұстап тұрыңыз, аяқтарыңыз бірге. Баяу аяқтарыңызды тізеде бүгіп, арқаңызды тік ұстап, отырыңқыраңыз. Кейін бастапқы қалпыңызға оралыңыз. 10 рет қайталаңыз.

Аяқтарды бүгу

Мақсаты: сан және балтыр бұлшықеттерін нығайту.

- Шалқаңыздан жатып, оң аяғыңызды тізеде бүгіңіз, сол аяғыңыз тік. Сол қолыңызбен оң аяғыңыздың тізесінен ұстап, бүгілген аяғыңызды солға тартыңыз. Аяғыңызды осы қалыпта 20-ға дейін санап, ұстап тұрыңыз. Әрбір жаққа 10 рет қайталаңыз. Жаттығуды бүгілген сол аяғыңызбен қайталаңыз.

- Етпетінен жатыңыз. Бір аяғыңыздың табанымен санның артқы бетіне жеткізуге тырысып, тізеңізді бүгіңіз. Саныңыздың артқы бетіне жеңіл күш түскендігін сезінуіңіз қажет. Кейін аяғыңызды бастапқы қалыпқа қайтарыңыз. Әрбір аяқпен 10 рет қайталаңыз.

Тізе буындарындағы қозғалысты жақсартуға арналған жаттығулар

Мақсаты: тізе буындарындағы қозғалысты жақсарту және аяқтағы күшті арттыру.

- Орындықта отырып, аяғыңызды тізе буынында жазыңыз (тік түзетіңіз) және бастапқы қалпына қайтарыңыз. Әрбір аяққа 10 рет қайталаңыз.

- Орындықта отырып, бір аяғыңызды көтеріңіз де кішкентай орындыққа қойыңыз. Кейін қолыңызды түзелген тізенізге қойып, алға тартылыңыз. Аяқтың артқы бетінің бұлшықеттеріне жеңіл күш түскендігін сезінуіңіз қажет. Осы қалыпта 20-ға дейін санаңыз. Кейін денеңізді босатыңыз. Осы жаттығуды 5 рет қайталаңыз.

Сан мен балтыр бұлшықеттеріне күш түсіру және босату

Мақсаты: сан және балтыр бұлшықеттерін нығайту.

Орындықтың арқасына бүйіріңізбен тұрыңыз және қолдарыңызбен оған тіреліп тұрыңыз. Бір аяғыңызды 50 см алға қойыңыз, ал екіншісін артқа қойыңыз. Енді алға қойылған аяғыңызды тізде бүгіңіз, біртіндеп денеңіздің салмағын алдағы бүгілген аяққа көшіре отырып, төмен отырыңыз. Толығымен алдағы аяққа «отырған» кезде оның бұлшықеттеріне түскен күшті және артта қалған аяқ бұлшықеттерінің созылғандығын сезініңіз. Осы қалыпта 20-ға дейін санап тұрыңыз, кейін денеңізді босатып, бастапқы қалыпқа оралыңыз. 5 рет қайталаңыз (әрбір аяққа).

Аяқтың ұшына көтерілу

Мақсаты: балтыр бұлшықеттерін нығайту.

Тік тұрыңыз, қолдарыңызбен орындықтың арқасынан ұстап тұрыңыз. Аяғыңыздың ұшына көтеріліңіз. 10 рет қайталаңыз.

Беттің бұлшықеттеріне арналған жаттығулар

Бұл жаттығуларды айнаның алдында тұрып орындаған жөн.

Мақсаты: бет бұлшықеттерінің қозғалыс көлемін арттыру, мимиканы жақсарту.

- Әр түрлі эмоцияларды көрсетуге тырысыңыз: қуаныш, таң қалу, ашулану және т.б.

- Еріндеріңізді қысып жинаңыз, кейін еріндеріңіздің ұштары барынша екі жаққа тартылғандай етіп еріндеріңізді созыңыз, күш түсіре отырып «сы-ы-ыр» деп айтыңыз. Әрбір қимылда бірнеше секундқа тоқтап тұрыңыз.

- Қастарыңызды жоғары көтеріп, төмен түсіріңіз, барынша қатты қабағыңызды түйіңіз; қастарыңызды көтеріңіз және көздеріңізді ашыңыз, өте қатты таң қалған түрді көрсетіңіз.

- Тіліңізді шығарыңыз және баяу тіліңіздің ұшымен аузыңыздың бір бұрышынан екі бұрышына қозғаңыз.

- Аузыңызды ашыңыз және тіліңіздің ұшымен ерніңіздің бойымен айналып шығыңыз.

4. Психологиялық реабилитация

Психологиялық реабилитация міндеттерін орындау кезінде науқастың эмоционалдық жағдайына ерекше көңіл бөлінеді. Жоғарыда айтылып өткендей, Паркинсон ауруына депрессия өте жиі ілесіп жүреді. Әр түрлі тренингтер өткізу арқылы адамның өзіне деген сенімділігін арттыру, белсенді өмірге деген мотивациясын жоғарылату – бұл психотерапия орындай алатын міндеттер. Психологиялық көмек тек науқасқа ғана емес, сонымен бірге оған күтім жасайтын туысқандарына да қажет.

Әлеуметтік және психологиялық реабилитацияның маңызды аспектісі науқастар мен олардың туысқандарына мектептер өткізу болып табылады. Сабақтарды жүргізуге невролог-дәрігер, емдік дене шынықтыру әдіскері, физиотерапевт, психолог, психотерапевт қатысуы тиіс.

5. Хирургиялық емдеу әдістері Бас миының терең стимуляциясы

Бұл – Паркинсон ауруы кезінде қозғалыс бұзылуларының пайда болуы үшін жауап беретін бас миы аймақтарының белсенділігін тоқтатуды мақсат ететін нейрохирургиялық операция. Стимуляция аурудың дамуы үшін жауап беретін ми аумағына енгізілетін арнайы электродтардың көмегімен жүзеге асырылады. Электродтар бұғанадан сәл төмен деңгейде тері асты орналастырылатын құрылғыға қосылады. Құрылғы миға үздіксіз электрлік импульстер жіберіп тұрады, сол арқылы қозғалыс бұзылуларын азайтады.

Операцияның тиімділігі

Мидың терең стимуляциясы ауруды емдемейді, бірақ аурудан туындайтын қозғалыс бұзылуларын бақылау мүмкіндігі пайда болады. Науқастардың 70%-дан астамы операция жасағаннан кейін жағдайларының айтарлықтай жақсарғандығын айтады. Леводопаны және басқа да дәрілерді қабылдау емдеудің негізгі әдісі болып қала береді, алайда мидың терең стимуляциясын жасау қабылданатын дәрілердің мөлшерін мардымды түрде қысқартуға мүмкіндік береді [2, 9, 10, 11].

ҚОРЫТЫНДЫ

Паркинсон ауруына және басқа да қозғалыс бұзылуларына шалдыққан науқастарға көмек көрсетудің сапасын жақсартудағы маңызды кезең 2015 жылдың сәуір айында «Ұлттық нейрохирургия орталығы» АҚ-да қозғалыс бұзылулары кабинетінің ашылуы болып табылады. Науқастарға қозғалыстық және қозғалыстық емес бұзылуларын азайту мақсатында медициналық реабилитация ұсынылады. Реабилитация бағдарламасына неврологтар, психологтар, логопедтер, емдік дене шынықтыру дәрігерлері қатысады, науқастар мен олардың туысқандарына күтім жасау, емдік гимнастика, күнделікті белсенділік пен

тамақтану бойынша оқыту ұйымдастырылады. Ауру үдеген сайын тамырлы және функционалды нейрохирургия бөлімшесінің нейрохирург-дәрігерлері науқастарды оперативтік емдеуге таңдау бойынша консультациялық көмек көрсетеді.

Паркинсон ауруына шалдыққан науқастар үшін туысқандары мен жақын адамдарынан, сондай-ақ өзі сияқты адамдардан да қолдау көру өте маңызды. Бүкіл әлем бойынша бір-бірімен араласу мақсатында Паркинсон ауруына шалдыққан науқастардың қоғамы бар. Паркинсон ауруына шалдыққан адамдарға Қоғам қоршаған әлемнің жаңа өзгерістеріне бейімделуде көмек және қолдау көрсетеді. Қоғам құра отыра, науқастар өздерінің денсаулығы, қоғамдық өмірі және еңбек қызметі туралы кез-келген мәселелерді талқылайтын жиналыстарды өткізеді. Қоғам бұл сырақатпен бірінші рет кездескен науқастарға осы ауруға тән қиыншылықтар мен мәселелерге төзе білген адамдардың тәжірибесімен танысуға мүмкіндік береді. Осындай Қоғамдардың жұмыс істеу тәжірибесі олардың қызметіне араласу Паркинсон ауруына шалдыққан науқастардың өмір сүру сапасын жақсартатындығын көрсетеді.

Әдебиет

1. Иллариошкин С.Н. Конформационные болезни мозга – М.: Янус. – 2003. – С.211.
2. Левин О.С., Федорова Н.Ф., Болезнь Паркинсона. – Москва, МЕДпресс-информ, 2014 г., С. 383 с.
3. Эпидемиологические исследования паркинсонизма 2010г. Российский государственный медицинский университет им. Н.И. Пирогова Кафедра неврологии и нейрохирургии лечебного факультета д.м.н., доцент Е.А. Катунина, к.м.н. Ю.Н. Бездольный.
4. Gibb, Lees, 1988; Hughes A.J.et al. UK Parkinson's Disease Society Brain Bank Clinical Diagnostic Criteria // J.Neurol.Neurosurg.Psychiatry.–1992. –Vol.55. – P.181–184.
5. Левин О.С. Сосудистый паркинсонизм. Неврологический журнал,1997г. №4, С. 42-51.
6. Рекомендации по фармакологическому лечению болезни Паркинсона. (Summary of the recommendations of the EFNS/MDS-ES review on therapeutic management of Parkinson's disease, European Journal of Neurology [Volume 20, Issue 1](#), pages 5–15, January 2013).
7. М.Р. Нодель. Болезнь Паркинсона. Современные возможности терапии. Рекомендации для пациентов и их родственников. Под ред. проф. Н.Н. Яхно .- Москва -2008.-42 С.
8. Пособие по лечебной физкультуре для больных с болезнью Паркинсона и их родственников (выпуск № 3 Москва 2003г.).

9. Болезнь Паркинсона. Пособие для пациентов и их родственников. Под ред. О.С. Левина. М.: МЕДпресс-информ, 2014г. 128 с. ил.

10. Болезнь Паркинсона. Книга для больных и их семей. Редактор Пилле Таба. Университет г. Тарту. 2007 г.

11. Жизнь с болезнью Паркинсона. (Life with Parkinson's). European Parkinson's Disease Association (EPDA), 2011 г.