

Как жить с болезнью Паркинсона. Практические рекомендации для пациентов и их близких.

Введение

Нейродегенеративные заболевания – это заболевания, приводящие к гибели клеток головного мозга, из-за чего у людей постепенно снижается память и появляются расстройства движений.

В настоящее время ведущими среди этой группы заболеваний являются болезнь Альцгеймера и болезнь Паркинсона [1].

Болезнь Паркинсона распространенное заболевание. Во всем мире около 6 млн. человек страдают от этого заболевания. Увеличение продолжительности жизни приводит и к увеличению количества пожилых людей. Это привело к тому что болезнь Паркинсона становится социально значимой проблемой. Также следует отметить, что происходит рост количества пациентов и в более молодом возрасте, уже в 30 – 35 лет.

На сегодняшний день медицина не имеет возможности излечить заболевание, но в арсенале имеется достаточно эффективных методов для сохранения на длительное время двигательной активности пациента с болезнью Паркинсона. Проблема больных паркинсонизмом в неспособности обслуживать себя возникает не сразу, а при многолетнем течении заболевания, и другая проблема состоит в неподготовленности близких родственников к уходу за этими больными.

Очень важно распространять знания о первых проявлениях болезни Паркинсона, об особенностях прогрессирования болезни, о побочных эффектах, вызываемых лекарствами, о том, как жить с этим заболеванием. Эта брошюра расскажет о происхождении и проявлении болезни Паркинсона, о роли ранней диагностики и лечения с тем, чтобы вовремя и правильно начать лечить заболевания и продлить период активной жизни.

Что такое «болезнь Паркинсона»?

Такое название болезнь получила от имени английского врача Джеймса Паркинсона (J. Parkinson, 1755-1824), который в 1817г. описал болезнь и назвал ее «дрожательным параличом». В 1877 году французский невролог Жан-Мартэн Шарко (Jean-Martin Charcot) более подробно описал проявления заболевания и предложил называть его болезнью Паркинсона.

Болезнь Паркинсона развивается очень медленно и постепенно и вначале может проявиться не в нарушении движения, а в ухудшении обоняния (человек перестает ощущать запахи), повышенной усталости и снижения настроения, появляются проблемы с нарушением мочеиспускания и проблем кишечника, чаще в виде запоров. А только через много лет могут появиться нарушения движения, такие как замедленность движения, дрожание рук, скованность в мышцах,

неустойчивость при ходьбе. В пожилом возрасте замедленность движений могут посчитать признаками возраста, и к врачу обращаются по прошествии нескольких лет, когда проявления заболевания затрудняют повседневную жизнь.

Болезнь Паркинсона хоть и медленно, но постепенно прогрессирует, симптомы скованности и замедленности движения усиливаются и распространяются на новые участки тела. Но у каждого пациента заболевание развивается по-разному. У кого-то симптомы двигательных нарушений появляются и нарастают быстрее, а у кого-то развитие симптомов заболевания прогрессирует очень медленно. Лекарственная терапия приносит положительный эффект и позволяет контролировать двигательные нарушения у большинства пациентов с болезнью Паркинсона, что позволяет первые несколько лет вести обычный для себя образ жизни [2].

Каковы причины болезни Паркинсона?

Движения нашего тела осуществляются при помощи нервных клеток головного мозга. А чтобы осуществить движение, информацию клетки мозга получают при помощи определенных веществ, которые называются нейромедиаторами, функция которых передать информацию по цепочке клеток мозга до мышцы. При болезни Паркинсона сообщения к мышцам приходят не полностью из-за того что, один из нейромедиаторов под названием дофамин вырабатывается в недостаточном количестве. Болезнь Паркинсона проявляет себя, когда гибнет от 70 до 80% клеток, вырабатывающих дофамин. За выработку дофамина отвечает небольшой области головного мозга, который называется «черная субстанция». Из-за недостатка дофамина клетки головного мозга перестают адекватно передавать информацию к мышцам, что приводит к замедленности движения. Помимо дофамина, который является основным нейромедиатором для процесса движения, нарушается обмен и других нейромедиаторов. Поэтому восполняя только дофамин при помощи препаратов не все симптомы заболевания и не всегда полностью регрессируют [2,10,11].

Причины почему гибнут клетки, вырабатывающих дофамин, полностью неясны. На сегодняшний день считается что старение мозга, генетические факторы и окружающая среда, а также вирусы являются основными причинами заболевания. Несмотря на достигнутые успехи в медикаментозном и хирургическом лечении, болезнь Паркинсона остается неуклонно прогрессирующим и, в конечном счете, значительно инвалидизирующим заболеванием.

1. Наследственность

У 5-10% больных заболевание имеет наследственный характер и передается в семьях. В настоящее время идентифицировано более 15 генов наследственных форм первичного паркинсонизма.

2. Старение

Проявления болезни Паркинсона возникают и при нормальном старении человека, что заставляет предполагать, что одним из причин паркинсонизма может быть возрастное естественное снижение количества клеток мозга, вырабатывающих дофамин.

3. Токсины и другие вещества

Длительный и постоянный контакт с пестицидами и гербицидами в сельском хозяйстве один из факторов высокого риска возникновения болезни Паркинсона. У людей, имеющих контакт с этими веществами заболевание развивается в 1,5 раза чаще, чем у других людей.

Также была выявлена взаимосвязь разрушения мозга и токсического воздействия тяжелых металлов, особенно марганца. Эти факты говорят о том, что различные химические вещества могут "запускать" патологический процесс в клетках головного мозга и вызывать проявления паркинсонизма.

Другие причины, которые рассматривают исследователи: вирусные инфекции, приводящие к паркинсонизму; атеросклероз сосудов головного мозга; тяжелые и повторные черепно-мозговые травмы.

Длительный прием некоторых препаратов вызывает блокирование передачи дофамина (например, нейролептики, циннаризин), что может также привести к появлению симптомов паркинсонизма [2, 10].

Распространенность болезни Паркинсона

Средний возраст начала заболевания составляет 60–65 лет. Болезнь Паркинсона поражает от 1% до 3% взрослого населения старше 65 лет, в возрасте после 80 лет заболевание встречается в 2 раза чаще. Наиболее часто первые симптомы заболевания регистрируются в возрасте 40–50 лет. Случаи заболеваемости в более молодом возрасте уже давно не являются редкостью: считается, что примерно каждый десятый пациент заболевает в возрасте до 50 лет, а каждый двадцатый – до 40 лет [3].

Исходя, из указанных выше расчетов можно предположить, что в настоящее время в Казахстане сейчас имеется от 16 до 23 тысяч больных БП и ежегодно их становится на 1000 больных больше.

Ранние симптомы болезни Паркинсона

Первые симптомы болезни Паркинсона проявляются у каждого человека по-своему, и по-разному происходит течение заболевания. Один из самых важных и ранних симптомов, как уже было описано выше, это постепенное замедление движений в одной руке или ноге при ходьбе, во время письма или работы на компьютере. Родственники могут первыми заметить изменение походки. Замедленность движения проявляется не только в руках или ногах, но и однообразным, маскообразным выражением лица и тихим голосом. У части пациентов сначала появляется тремор в

одной руке, который возникает в покое. У многих пациентов с болезнью Паркинсона тремор на протяжении всего своего заболевания может не появиться [10,11].

Очень важный признак для болезни Паркинсона то, что симптомы появляются на одной стороне тела. Наличие тремора руки в покое и замедленности движения на одной стороне, уже должно заставить задуматься человека о наличии заболевания и обратиться к врачу, что позволит выиграть время от ранней диагностики и назначить соответствующее лечение. На поздних стадиях болезни Паркинсона возникают нарушения равновесия при поворотах или вовремя резких движений. Такие неспецифические симптомы болезни Паркинсона, как нарушения сна, депрессия и тревожность, снижение моторики кишечника появляются за несколько лет до двигательных симптомов [2,10,11].

Перечень некоторых симптомов, на которые стоит обратить внимание:

- изменение выражения лица (фиксация взгляда, редкое моргание);
- при ходьбе нет маховых движений одной руки;
- увеличение сутулости;
- прихрамывание или волочение одной ноги;
- онемение, покалывание, болезненность или дискомфорт в шее или конечностях;
- тихий голос;
- ощущение внутренней дрожи.

Диагноз болезни Паркинсона устанавливается при осмотре врача. Нет никаких методов исследования, которые могут подтвердить диагноз болезни Паркинсона. Для постановки диагноза используют всемирно признанные критерии диагностики, разработанные Банком головного мозга Общества болезни Паркинсона Великобритании, обладающие высокой специфичностью:

1. наличие замедленности движения в сочетании не менее с чем с одним из следующих симптомов:

- а) мышечная скованность;
- б) тремор покоя;
- в) неустойчивость при смене положения тела.

2. асимметричное начало

3. высокая эффективность препаратов леводопы [4].

Если диагноз вызывает сомнения, проводят дополнительные обследования. Магнитно-резонансная томография или компьютерная томография головы не обнаруживает типичные для болезни Паркинсона симптомы, однако позволяет исключить другие заболевания, при которых тоже бывает замедленность движения и тремор. Чтобы поставить диагноз болезни Паркинсона необходимо несколько месяцев, для того чтобы наблюдать за течением заболевания и оценить эффективность лечения. Симптомы болезни Паркинсона могут возникать и при некоторых других

заболеваниях, когда помимо симптомов паркинсонизма присутствуют и другие неврологические симптомы Эти заболевания относят к атипичному паркинсонизму. В этих случаях препараты, применяемые при лечении болезни Паркинсона не помогают [2, 9, 10, 11].

Некоторые заболевания схожие с болезнью Паркинсона Мультисистемная атрофия.

Это наиболее частый вариант атипичного паркинсонизма, при котором проявления паркинсонизма сочетаются с другими разнообразными симптомами поражения мозга.

Проявления паркинсонизма вначале неотличимы от болезни Паркинсона, но в проявлении болезни больше симметричных симптомов. И уже в первые года заболевания начинают появляться симптомы неустойчивости, шаткости при ходьбе. Снижение артериального давления при подъеме — это второе важное проявление болезни. Первыми ее признаками будут жалобы больных на головокружение, неустойчивость, желание присесть или лечь после длительного периода пребывания в вертикальном положении. В последующем по мере прогрессирования присоединяются другие признаки этого заболевания: нарушения глотания, поперхивание пищей и глухость голоса [2,9,10].

Прогрессирующий супрануклеарный паралич

Заболевание обычно начинается пожилым возрасте. Проявления паркинсонизма симметричные и первый симптом проявляется в нарушение ходьбы. Замедленность ходьбы, падения и неустойчивость появляются очень быстро, уже на первом году заболевания, а при болезни Паркинсона падения возникают через 5-7 лет от начала заболевания. Но самым основным признаком заболевания является невозможность движения глазных яблок вверх и вниз, которое находит врач при осмотре. По мере прогрессирования заболевания присоединяются такие симптомы, как поперхивание пищей и нарушение контроля за мочеиспусканием [2,9,10].

Лекарственный паркинсонизм

Лекарственный паркинсонизм вызывается приёмом различных медикаментов. Причиной появления лекарственного паркинсонизма чаще всего являются нейролептики или другие лекарственные средства, такие как циннаризин, церукал, резерпин, которые тормозят выработку нейромедиатора – дофамина в клетках мозга.

Сосудистый паркинсонизм

Сосудистый паркинсонизм – один из редких вариантов паркинсонизма, который может возникнуть после нарушений мозгового кровообращения на фоне атеросклероза сосудов мозга и повышения артериального давления в том месте головного мозга, где зарождается процесс движения, что и вызывает симптомы паркинсонизма.

Для сосудистого паркинсонизма характерно: отсутствие или нестойкость эффекта препаратов леводопы, отсутствие тремора покоя, преимущественное вовлечение нижних конечностей, двустороннее начало, раннее развитие нарушений ходьбы и неустойчивости, быстро нарастающее снижение памяти и нарушения мочеиспускания.

Методы лечения включают в себя лечение заболеваний, приведших к повреждению мозга, а именно артериальной гипертензии, атеросклероза, ожирения, сахарного диабета и др [5,9].

Эссенциальный тремор

Эссенциальный тремор – это наследственное заболевание. Тремор может возникнуть в любом, но чаще в пожилом возрасте. Его особенности проявления – двусторонний, симметричный тремор рук и возникает он при выполнении каких-либо движений руками и отсутствует в покое, в отличие от паркинсонического тремора. Эссенциальный тремор очень заметен, когда человек вытягивает руки перед собой или, когда держит ложку во время приема пищи. При эссенциальном треморе наблюдается тремор головы по типу «нет-нет» или «да-да», чего не бывает при болезни Паркинсона [2,9,10].

Лечебные мероприятия и реабилитация при болезни Паркинсона

Преимущества раннего лечения

На сегодняшний день нет лекарственных препаратов, которые могут вылечить болезнь Паркинсона. Однако имеются лекарственные средства, которые позволяют уменьшать выраженность двигательных нарушений при болезни Паркинсона. Поэтому очень важно быть информированными о симптомах заболевания для того чтобы начать правильное лечение. Раннее лечение зависит от ранней диагностики, поэтому чрезвычайно важно знать ранние признаки болезни Паркинсона и обращаться за консультацией как можно раньше.

Как лечат болезнь Паркинсона

В настоящее время в лечение болезни Паркинсона рассматривают два направления: замедлить прогрессирование заболевания и уменьшить симптомы двигательных нарушений [6].

Наиболее эффективные лекарственные средства действуют путем или замещения дофамина в клетках мозга или стимуляции рецепторов для получения эффекта дофамина. Благодаря такому действию препараты ослабляют двигательные симптомы болезни Паркинсона.

Изучаются препараты, которые могут замедлять прогрессирование заболевания. Хотя еще ни один препарат официально не является препаратом способный замедлить течение болезни, тем не менее клиническое исследование “ADAGIO” показало, что при раннем начале лечения азилектом наблюдалось замедление прогрессирования заболевания.

В настоящее время терапия болезни остается симптоматической. Все используемые на сегодняшний день противопаркинсонические препараты принято относить к этой группе. Ее основная цель возместить дефицит дофамина в головном мозге, а это можно достичь с помощью леводопы, из которой образуется дофамин, а также применяются препараты, которые называются агонисты дофаминовых рецепторов: мирапекс или проноран, а также азилект, действие которого позволяет дольше поддерживать концентрацию леводопы в организме.

Какие препараты применяются в лечение болезни Паркинсона

Леводопа и ее препараты

Леводопа является предшественником дофамина и до сих пор считается самым лучшим препаратом с точки зрения эффективности и переносимости лечения. Леводопа оказывает лечебное действие в большинстве случаев этого заболевания. Она оказывает наилучший эффект в отношении основных двигательных симптомов. Большой опыт применения препарата показал, что терапия леводопой эффективнее других препаратов. Хороший ответ на леводопу является диагностическим критерием для подтверждения диагноза болезни Паркинсона, а неэффективность леводопы соответственно приводит к мысли о поиске других форм паркинсонизма.

В первые годы лечения леводопой двигательные нарушения регрессируют и остаются стабильными в течение суток. Период хорошего контроля препарата называют периодом «медового месяца». Но через несколько лет применения леводопы у большинства пациентов уже после первых трех-пяти лет возникают прогнозируемые осложнения приема препарата в виде избыточных движений, которые называются дискинезиями и периоды колебания двигательной активности, которые называются моторными флуктуациями. И со временем эти осложнения все больше и больше приносят страдания и неудовлетворенность от лечения. Развитие моторных флуктуаций объясняется также и неуклонным прогрессированием заболевания.

С учетом периода фармакологической активности препарата леводопа принимается не менее трех раз в день. Начинают с минимально эффективной дозы, чаще с дозы в 50 мг препарата. Ежедневно увеличивая на 50 мг добиваемся получения терапевтического ответа. И на той дозе леводопы, при которой получен ответ в виде улучшения двигательной активности продолжаем прием препарата.

Средняя терапевтическая доза препаратов леводопы составляет 300-600 мг в сутки, кратность приема в течение суток от 3 до 6 раз.

При отсутствии эффекта на высокие дозы препарата, следует пересмотреть поставленный диагноз болезни Паркинсона.

В первые дни лечения у некоторой части пациентов развивается тошнота или рвота. Она хорошо контролируется приемом домперидона (мотилиум) и привыкание к леводопе развивается в течение недели или

двух. При тошноте на фоне приема леводопы можно также принимать лекарство с небольшим количеством углеводной легкой пищи – соки, фрукты. Леводопа всасывается в тонком кишечнике. Белковая и жирная пища затрудняет ее поступление в кровь надолго задерживая в желудке во время процесса переваривания. Поэтому, если принимать лекарство одновременно с пищей, то к месту всасывания в кровь оно поступит только через несколько часов. Поэтому, принимать лекарство нужно за 30 – 40 минут до еды и после 60 – 90 минут после еды. Тогда оно беспрепятственно попадет в кровоток и далее в нейроны мозга.

Торговые марки леводопы и формы выпуска

Международное непатентованное название	Коммерческие названия	Доза в 1 таб., мг
Леводопа +карбидопа	Наком	250/25
	Синемет	250/25
	Синемет-CR	100/25
	Тидомет Форте	100/10
	Левокарбисан	250/25
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

Агонисты дофаминовых рецепторов (АДР)

АДР стимулируют рецепторы, воспроизводя эффект дофамина. Их используют на ранних стадиях болезни и в первые годы лечения АДР эффективность по контролю двигательных нарушений и немоторных проявлений такая же, как и при применении леводопы. И немаловажное значение имеет тот факт, что препараты АДР уменьшают риск возникновения моторных флуктуаций и лекарственных дискинезий. По данным многочисленных исследований при начальных проявлениях болезни Паркинсона качество жизни при монотерапии леводопой или агонистом дофамина сопоставимо.

К группе АДР относятся прамипексол (Мирапекс), ропинирол (Реквип, Ронирол) и пирибедил (Проноран).

Первоначальная монотерапия АДР позволяет отложить назначение леводопы на несколько лет (до 1-3 лет). На поздних стадиях болезни АДР сочетают с препаратами леводопы, что позволяет сократить длительность периодов выключения, а также снизить суточную дозу леводопы на треть.

Ингибиторы МАО-В

Клиническая эффективность ингибиторов МАО-В уступает эффективности препаратам леводопы, поэтому их рекомендуют к применению в основном на ранних стадиях болезни Паркинсона. У пациентов с легкими проявлениями болезни возможна монотерапия

данными препаратами. На поздних стадиях заболевания эти препараты применяются совместно с препаратами леводопы, увеличивая продолжительность их действия.

Один из препаратов этой группы последнего поколения – разагилин (торговое название – Азилект). Его применяют однократно утром в дозе 1 мг, что значительно повышает приверженность пациентов лечению этим препаратом.

Амантадины

Амантадин эффективен в комбинированной терапии. Применение препарата на поздних стадиях позволяет скорректировать поздние побочные эффекты леводопы такие как дискинезии и несколько снизить дозу леводопы. Оптимальной дозой является прием 200-300 мг амантадина в сутки в 3 приема.

Торговые марки: Мидантан, Амантадин, ПК – Мерц.

Холинолитики

Антихолинергические препараты или холинолитики – первая группа средств, которая стала применяться для лечения болезни Паркинсона. Торговое название – Циклодол. Он назначается молодым пациентам без нарушений памяти, имеющих тремор покоя. Циклодол оказывает незначительное влияние на двигательные функции, и не применяется для лечения двигательных нарушений. Длительная терапия холинолитиками и прием данных препаратов пожилыми пациентами не рекомендуется. Рекомендуемая среднесуточная доза для большинства пациентов составляет 2-4 мг.

Торговые марки: Циклодол, Акинетон.

Когда начинать лечение

Оптимальные временные сроки начала терапии четко не определены. Рекомендуется проводить лечение как только симптомы заболевания начинают оказывать влияние на качество жизни. В ситуации каждого конкретного пациента выбор между многочисленными доступными на сегодняшний день эффективными препаратами индивидуален и основан на тонкой комбинации субъективных и объективных факторов. Эти факторы включают особенности препарата (эффективность контроля симптомов, профилактики двигательных осложнений, безопасность, практичность, стоимость и т.д.), особенности пациента (симптомы, возраст, потребности, ожидания, опыт, сопутствующие заболевания, социально-экономический статус и т.д.) и внешние факторы (доступность препарата на рынке, особенности экономики страны и финансирования здравоохранения и т.д.) [2,6].

Лечение начинается с применения одного препарата. Если препарат не оказывает лечебный эффект (нет регресса симптоматики в течение месяца после достижения оптимальной дозы), его заменяют или препаратом из этой же группы или переходят на препарат другой

фармакологической группы. Следует пояснить, что эффект считается положительным когда лечение приводит не к полному устранению симптомов, а к существенному улучшению функций, позволяющему поддерживать бытовую и профессиональную активность [2,6].

Как лечить двигательные расстройства

1. Особенности лечения больных с депрессией.

Депрессивное состояние очень часто сопутствует болезни Паркинсона. Легкая депрессивная симптоматика корригируется применением одного из агонистов дофаминовых рецепторов (Мирапекса или Пронорана), или сочетая их с малыми дозами леводопы. При выраженной депрессивной симптоматике назначается консультация врача-психотерапевта или психиатра для решения вопроса о проведении различных методов психотерапии или же о необходимости провести лечение антидепрессантами. После получения лечебного эффекта продолжительность назначения антидепрессанта должна быть не менее 6 месяцев.

2. Терапия зрительных галлюцинаций.

Галлюцинации могут появиться при передозировке антипаркинсонических средств. Для этого нужно постепенно отменить некоторые препараты или ограничиться снижением дозы, чтобы добиться снижения психических нарушений. Если вышеуказанных средств оказалось недостаточно, показано назначение антипсихотических препаратов врачом-психиатром.

3. Лечение вегетативных нарушений.

При болезни Паркинсона, а еще чаще при мультисистемной атрофии снижается артериальное давление. Возможные варианты – оптимизация противопаркинсонической терапии со снижением избыточной дозы препаратов, ношение эластичных чулок, увеличение потребления поваренной соли (до 2-х гр в день) и жидкости; поднять изголовье кровати на 15-20 см.

4. Нарушение мочеиспускания.

У пациентов с болезнью Паркинсона часто отмечаются расстройства мочеиспускания, такие как учащение мочеиспускания или возникновение позывов на мочеиспускание. На поздних стадиях болезни Паркинсона может возникать недержание мочи, сопровождающееся расстройствами функции кишечника, такими как запор. Эти симптомы возникают из-за поражения вегетативной нервной системы. Уменьшение расстройств мочеиспускания можно добиться повышением дозы препаратов леводопы, назначение АДР, при неэффективности которых могут применяться специальные препараты для улучшения функции мочеиспускания, называемые М-холиноблокаторы (толтеродин, оксибутинин).

5. Лечение нарушений памяти.

Деменция (слабоумие) очень редко развивается у пациентов с болезнью Паркинсона. Однако нарушения памяти возможны и

сопровождает течение болезни Паркинсона. Для лечения нарушений памяти доказан эффект ингибиторов холинэстеразы (ривастигмина, донепезила, галантамина). А также применяют мемантин, однако доказательств их эффективности при болезни Паркинсона нет.

6. Лечение нарушений сна и бодрствования. Нарушение сна и бодрствования достаточно часто сопровождает болезнь Паркинсона. В первое время лечения ухудшение сна могут вызываться препаратами леводопы или АДР (мирапекса). В таких случаях поможет снижение дозы или отмена вечерней дозы препарата, на то время пока сон не улучшится. По мере прогрессирования болезни и усиления симптомов паркинсонизма в ночное время, больным становится трудно повернуться в постели, что приводит к частым просыпаниям. Чтобы уменьшить проявления ночной и утренней обездвиженности можно увеличить вечернюю дозу леводопы или перейти на препарат леводопы с удлинненным действием.

В лечебном арсенале также имеются антидепрессанты со снотворным действием (амитриптилин и др.), а также снотворные препараты (сомнол), который назначается очень короткими курсами.

Нелекарственные методы лечения

1. Диета.

Болезнь Паркинсона проявляет себя не только в нарушении двигательных функций человека, но влияет и на моторику пищеварительных функций организма. Поэтому необходим сбалансированный ежедневный рацион, который включает в себя:

- молочнокислые продукты;
- зерновые;
- продукты растительного происхождения;
- продукты животного происхождения.

Для борьбы с запорами и другими проявлениями нарушения моторики кишечника подойдет питание с высоким содержанием клетчатки и грубых пищевых волокон. Поэтому основа рациона должна состоят из зерновых и злаковых продуктов, побольше овощей и фруктов, а продукты с высоким содержанием белка уменьшить и переместить на вечернее время (белок затрудняет всасывание леводопы). Такая диета требует достаточное количество жидкости, лучше пить обычную воду до 1,5 – 2-х литров в день.

Для того чтобы улучшить и обезопасить процесс приема пищи необходимо:

- тщательно пережевывать пищу;
- брать следующую порцию только после того, как проглочена предыдущая;
- брать в рот маленькую порцию пищи за раз;
- запивать при каждом проглатывании пищи.

При выраженном дрожании рук можно прибегнуть к таким рекомендациям:

1. Принимать пищу ложкой. Ручку ложки и чашки обмотать мягкой тканью, чтобы проще удерживать их в руке.

2. Пить воду и чай через трубочку.

Опасные и вредные продукты при болезни Паркинсона:

- жаренная, твердая пища;
- семечки и орехи;
- сухое печенье, пирожные;
- полуфабрикаты и пища быстрого приготовления;
- консервы, колбасы, копчености.

Все эти продукты снижают моторику кишечника, вызывая запор, а также затрудняют процесс принятия пищи [9,10,11].

2. Физиотерапевтические методы лечения.

Физиотерапевтические методы могут применяться, начиная с начальных стадий заболевания для снижения мышечного тонуса, уменьшения боли, улучшения питания тканей и проводиться на последующих стадиях заболевания. Однако доказательная база невелика.

Транскраниальная магнитная стимуляция коры головного мозга переменным магнитным полем на специальной установке – один из современных методов восстановительного лечения. Процедура способна уменьшить проявления замедленности движения и улучшить настроение [2].

3. Физическая активность (лечебная физкультура).

Для безопасности передвижения дома удалите из жилой комнаты лишние предметы, уберите ковры; по необходимости проведите изменения места для сна: положите жесткий матрац, отрегулируйте высоту кровати, одевайте удобную обувь.

Физическая активность является одним из методов лечения при болезни Паркинсона. Необходимо поддерживать прежний уровень двигательной активности, к которой пациент привык до возникновения болезни. Обязательные упражнения при болезни Паркинсона – ходьба, упражнения, с применением эспандера, гантелей, плавание или велотренажер. Занятия физкультурой уменьшают интенсивность тремора, будут способствовать расслаблению напряженных мышц, улучшат осанку, походку, координацию. Для улучшения речи необходимо читать тексты вслух, для улучшения моторики рук печатать тексты на клавиатуре.

Получены доказательства увеличения дофамина во время физических упражнений, а также отмечается более полное всасывание леводопы в кишечнике, что повышает эффективность препарата [7,9,10,11].

Комплексы упражнений при болезни Паркинсона

Упражнения взяты из статьи «Пособие по лечебной физкультуре для больных с болезнью Паркинсона и их родственников» (выпуск № 3 Москва 2003г.) [8].

Глубокое дыхание

Цель: добиться упражнением более глубокого дыхания.

- В положении сидя. Положите руки на живот. Сделайте медленный глубокий вдох через нос, почувствуйте, как расширяется грудная клетка и как бы "надувается" живот. Затем медленно, считая до 5, выдыхайте воздух через рот, как при задувании свечи. Повторите 10 раз.
- В положении стоя. Подойдите к стенке. Встаньте так, чтобы всей спиной и поясницей Вы чувствовали бы стенку или другую вертикальную поверхность: шкаф, дверь и т.д. Поднимите руки вверх и, касаясь ими стены, сделайте глубокий вдох; при выдохе опускайте руки вниз и перекрещивайте их перед грудью и животом так, чтобы кисть правой руки взялась за локоть левой руки и наоборот. Повторите 10 раз.

Упражнение для улучшения осанки

Цель: научиться регулировать напряжение мышц шеи, туловища, чтобы противодействовать формированию "согбенной позы".

- Встаньте спиной к стене, так, чтобы затылок, лопатки, ягодицы, бедра и голени касались стены; руки располагаются вдоль тела, ладони упираются в стену. Постарайтесь с напряжением "вжаться" в стену (до счета 5), а потом следует расслабиться и отдохнуть, сколько Вам потребуется. Повторяйте упражнение несколько раз, старайтесь "не сбивать" дыхания.
- Исходное положение, как и в предыдущем упражнении. Оставаясь "прилипшим" к стене затылком, спиной, ягодицами и ладонями присядьте на корточки "скользя" спиной по стене. Если Вам трудно потом подняться, поставьте рядом стул или возьмите палку, на которую можно опереться.
- Встаньте лицом к стене так, чтобы одна щека, повернутая в сторону, грудная клетка и живот, бедра как бы "прилипли" к стене. Раскиньте руки на уровне плеч и расположите их так, чтобы ладони "прилипли" к стене. Поднимайте "прилипшие" к стене ладони кверху над головой. Когда ладони над головой - делайте выдох, когда они возвращаются на уровень плеч - делайте вдох. Упражнение делаете до ощущения приятной усталости.

"Скручивание туловища"

Цель: улучшение подвижности мышц шеи, плеч, туловища. В положении сидя или стоя положите ладони на плечи или за шею. Поворачивайте голову, шею и туловище сначала в одну, а потом в другую сторону, как можно больше. Вы должны почувствовать легкое напряжение мышц туловища. Повторите 10 раз.

Прогибания туловища

Цель: улучшение осанки и улучшение подвижности в грудном и поясничном отделе позвоночника.

Сидя на стуле положите ладони на колени, наклонитесь вперед, после чего, выгните спину дугой, расправьте плечи. Затем сядьте прямо. Повторите 10 раз.

- Сидя на стуле поместите кисти рук на область поясницы ("возьмите себя за поясницу"). Прогнитесь в пояснице, выпятив грудь вперед и расправив плечи, считая до "20". Затем сядьте прямо. Повторите 10 раз.

Упражнение для мышц брюшного пресса

Цель: укрепление мышц брюшного пресса.

Лежа на спине (на полу, на кровати), согните ноги в коленях, поставив стопы на пол (кровать). Медленно вытяните руки вперед и садитесь, приподнимая плечи и голову (при этом поясница касается пола) столько раз, на сколько у Вас хватит сил, не сбивая дыхания". Коснитесь руками коленей. Затем вернитесь в исходное положение. Повторите 10 раз.

"Мостик"

Цель: укрепление мышц туловища, бедер и тренировка поворотов в постели.

Лежа на спине, согните ноги в коленях, поставив стопы на пол (кровать), поднимите таз, опираясь на стопы и на плечи, повернитесь налево и направо. Повторите 10 раз.

Отжимания

Цель: растяжение плечевых мышц и улучшение позы.

Встаньте лицом в угол комнаты. Упритесь руками в обе стенки и наклонитесь к углу, согнув руки в локтях так, чтобы Вы почувствовали напряжение мышц. При выполнении наклона не отрывайте стопы от пола.

Наклонившись и продолжая упираться руками в стены, посчитайте до 20. Затем вернитесь в исходное положение. Повторите 10 раз.

Круговые движения и наклоны туловища

Цель: улучшение подвижности мышц туловища.

Исходное положение стоя, ноги - на ширине плеч, руки - на талии. Выполняйте круговые движения туловищем (как будто вертите обруч), а также наклоны кпереди, кзади, в стороны. Повторите по 10 раз в каждую сторону.

Упражнения для мышц шеи и надплечий.

Повороты головы в стороны

Цель: улучшение подвижности в шейном отделе позвоночника. В положении сидя или стоя медленно поворачивайте голову из стороны в сторону, стараясь при поворотах смотреть за плечо. Повернув голову, удерживайте её в таком положении, считая до 5. Вы должны почувствовать легкое напряжение мышц шеи. Повторите 10 раз.

Наклоны головы в стороны

Цель: улучшение подвижности в шейном отделе позвоночника. В положении сидя. Медленно наклоняйте голову в стороны, поочередно к каждому плечу. Во время наклонов старайтесь не поворачивать голову, смотрите вперед. При каждом наклоне Вы должны почувствовать легкое напряжение ("растяжение") мышц шеи. Выполняйте по 10 наклонов в каждую сторону.

Наклоны головы вперед и назад

Цель: улучшение осанки и уменьшение фиксированного сгибательного положения головы.

В положении сидя или стоя. Разогнуть шею и выдвинуть подбородок вперед. Затем вернитесь в исходное положение. Повторите 10 раз.

Опустить голову и коснуться подбородком груди, вернуть голову в исходное положение. Повторите 10 раз. После этого медленно откиньте голову назад (если Вы выполняете это движение стоя, лучше подстраховаться, удерживаясь за крепкий неподвижный предмет или скобу на стене). Откинув голову назад постарайтесь расслабить мышцы шеи и "почувствовать это положение". Оно должно противодействовать фиксированному положению шеи в позе сгибания.

Упражнения для мышц плечевого пояса

Упражнение для попеременного напряжения и расслабления мышц верхнего плечевого пояса

Цель: добиться тренировкой напряжения и расслабления мышц верхнего плечевого пояса.

В положении сидя или стоя соедините руки, сложив ладони друг с другом. Напрягите руки, что есть мочи, чтобы ладони упирались друг в друга. Просчитайте до "20". Потом расслабьте руки, "бросьте" их вниз. Повторите 5-10 раз. Постарайтесь зафиксировать в памяти свои ощущения во время напряжения рук и во время их расслабления. Ощущение расслабления попробуйте воспроизвести при нарастании скованности.

Разведение плеч ("расправить плечи")

Цель: увеличение объема движений в суставах верхнего плечевого пояса. В положении сидя или стоя согните руки в локтях и отведите локти назад, приблизив друг к другу лопатки. Удерживайте их в таком положении, считая до пяти. Затем расслабьтесь и верните руки в исходное положение. Повторите 10 раз.

Круговые движения в плечевых суставах

Цель: увеличение объема движений в плечевых суставах. В положении сидя или стоя производите круговые движения плечами (плечо движется вверх, назад, вниз и вперед). Выполняйте вместе или поочередно каждым плечом по 5 раз. Затем повторите круговые движения в противоположную сторону (вниз, вперед, вверх, назад).

Упражнение с палкой

1) подъем и опускание

Цель: увеличение объема движений в плечевых суставах. В положении сидя или стоя возьмите обеими руками деревянную палку (трость) длиной около 1 метра и поднимите до уровня груди. Затем попробуйте поднять палку над головой. Далее опустите руки до уровня груди и затем опустите руки на колени. Повторите 10 раз.

2) "круги"

Цель: увеличение объема движений в плечевых суставах. В положении сидя. Держа палку обеими руками на уровне груди, выполняйте круговые обороты ("рисую перед собой круг"), плавно сгибая и выпрямляя руки в локтях. Повторите 10 раз в каждую сторону.

"Вы на байдарке"

Цель: увеличение объема движений в плечевых и локтевых суставах.

- В положении сидя, держа палку обеими руками на уровне груди, двигайте палкой то одной, то другой рукой, имитируя движения веслом байдарке. Повторите 10 раз.
- В положении сидя, держите палку руками горизонтально на уровне бедер. Поднимите правый конец палки вверх в направлении правого плеча, при этом левая рука остается неподвижной, а палка располагается диагонально по отношению к телу. Опустите палку в исходное положение, теперь выполните упражнение, поднимая левый конец палки левой рукой. Повторите по 5 раз в каждую сторону.

Упражнение для рук

Цель: улучшение подвижности в локтевых и лучезапястных суставах. В положении сидя положите кисти на бедра, ладонями вниз. Затем поверните руки ладонями вверх. Начинайте эти попеременные движения в медленном темпе, затем постепенно увеличивайте темп движений. Повторите 10 раз. Можете при этом "прихлопывать" кистями, отбивая удобный для Вас ритм движений.

Круговые движения кисти

Цель: улучшение подвижности в лучезапястных суставах. В положении сидя, медленно выполняйте круговые вращения кисти одной руки в лучезапястном суставе. Выполняйте по пять оборотов в каждую сторону. Затем выполните круговые вращения кисти другой руки. При необходимости, для облегчения движений кисти одной руки можете фиксировать это предплечье другой рукой.

Упражнение для пальцев рук

Цель: улучшение подвижности пальцев.

В положении сидя или стоя, поочередно дотрагивайтесь большим пальцем до 2, 3, 4 и 5 пальцев. Продолжайте упражнение, стараясь увеличить темп движений. Повторите 10 раз.

Упражнения для мышц нижнего пояса конечностей

Прогибания в поясничном отделе позвоночника

Цель: улучшение подвижности мышц поясницы и бедер. Лягте на живот. Расслабьтесь на 3-5 минут. Затем попытайтесь приподнять верхнюю

половину туловища, опираясь на локти и стараясь прогнуться в пояснице. Оставайтесь в таком положении, считая до "20". Затем вернитесь в исходное положение и расслабьтесь. Повторите 10 раз.

Упражнение для мышц бедер (разведение бедер)

Цель: укрепление мышц бедер.

Лежа на спине, согните ноги в коленях, поставив стопы на пол (на кровать). Разведите бедра и колени в стороны, соединив подошвы. Удерживайте ноги в таком положении, считая до "20". Вы должны почувствовать легкое напряжение мышц внутренней поверхности бедер. Затем верните ноги в исходное положение. Повторите 10 раз.

Повороты бедер в положении лежа

Цель: развивает гибкость мышц туловища и бедер.

Лежа на спине (на полу, на кровати), согните ноги в коленях, поставив стопы на пол (кровать). Наклоняйте колени обеих ног в стороны, стараясь коснуться ими пола (кровати). Наклонив колени, удерживайте их в таком положении, считая до 20. Повторите упражнение с наклоном 10 раз в каждую сторону.

Подъем прямой ноги

Цель: укрепление мышц бедер и голени.

Лежа на спине (на полу), согните одну ногу в колене, другую - держите выпрямленной (обе ноги касаются пола). Поднимите выпрямленную ногу так высоко, как только можете, стараясь не сгибать её в колене. Затем медленно опустите ногу на пол. Повторите 10 раз (каждой ногой).

Полуприседания

Цель: укрепление икроножных мышц и мышц бедра.

Стойте прямо, опираясь одной рукой на спинку стула, ноги - вместе. Медленно приседайте, сгибая ноги в коленях, стараясь держать при этом спину прямой. Затем вернитесь в исходное положение. Повторите 10 раз.

Сгибание ног

Цель: укрепление мышц бедер и голени.

- Лежа на спине, согните правую ногу в колене, левую - держите выпрямленной. Возьмите левой рукой колено правой ноги и потяните согнутую ногу влево. Удерживайте ногу в таком

положении, считая до "20". Повторите 10 раз в каждую сторону. Повторите упражнение с согнутой левой ногой.

- Лягте на живот. Согните одну ногу в колене, попытайтесь дотянуться пяткой до задней поверхности бедра. Вы должны почувствовать легкое напряжение мышц задней поверхности бедер. Затем верните ногу в исходное положение. Повторите 10 раз каждой ногой.

Упражнения для улучшения движений в коленных суставах

Цель: улучшение подвижности в коленных суставах и увеличение силы в ногах.

- Сидя на стуле, разогните одну ногу в коленном суставе, затем верните в исходное положение. Повторите каждой ногой 10 раз.
- Сидя на стуле, поднимите одну ногу и положите её на маленький стульчик (табурет). Затем положите руки на колено выпрямленной ноги и потянитесь вперед. Вы должны почувствовать легкое напряжение мышц задней поверхности ноги. Оставайтесь в этом положении, считая до 20. Затем расслабьтесь. Повторите упражнение 5 раз.

Напряжение и расслабление мышц бедра и голени

Цель: укрепление мышц бедра и икроножных мышц.

Станьте боком к спинке стула и обопритесь на неё рукой. Поставьте одну ногу вперед на 50 см, а другую поставьте кзади. Теперь согните выдвинутую вперед ногу в колене и, постепенно опускайтесь, перенося тяжесть тела на выдвинутую и согнутую в колене ногу. Когда Вы полностью "присядете" на выставленную вперед ногу постарайтесь почувствовать напряжение её мышц и растяжение мышц "оставленной" сзади ноги. Оставайтесь в таком положении, считая до 20, затем расслабьтесь, и вернитесь в исходное положение. Повторите по 5 раз (каждой ногой).

Подъем на носках

Цель: укрепление икроножных мышц.

Стойте прямо, опираясь руками на спинку стула. Приподнимайтесь на носках. Повторите 10 раз.

Упражнения для мышц лица

Эти упражнения целесообразно выполнять перед зеркалом.

Цель: увеличение объема движений мышц лица, улучшение мимики.

- Попробуйте изобразить различные эмоции: радость, удивление, гнев и др.
- Сожмите губы, затем растяните их широко так, чтобы максимально разошлись углы рта, скажите с напряжением слово "сы-ы-ыр". Задерживайте каждое движение на несколько секунд.
- Поднимайте и опускайте брови, нахмурьтесь как можно сильнее; поднимите брови и раскройте глаза и выразите крайнее удивление.
- Высуньте язык и медленно двигайте кончиком языка от одного угла рта до другого.
- Откройте рот и кончиком языка проведите круговым движением по губам.

4. Психологическая реабилитация.

В решении задач психологической реабилитации особое значение уделяется улучшению эмоционального состояния больного. Как уже отмечалось выше, болезни Паркинсона очень часто сопутствует депрессия. Поднять самооценку, повысить мотивацию к активному образу жизни путем проведения различных тренингов – задачи которые помогает решить психотерапия. Психологическая помощь и поддержка нужна не только пациенту, а и ухаживающим за ним родственникам.

Чрезвычайно важным аспектом социальной и психологической реабилитации является проведение школ для пациентов и их родственников. В проведении занятий должны участвовать врач-невролог, методист ЛФК, физиотерапевт, психолог, психотерапевт [2, 9,10,11].

5. Хирургические методы лечения Глубокая стимуляция головного мозга

Это нейрохирургическое оперативное вмешательство, целью которой является подавление активности участков головного мозга отвечающих за возникновение двигательных нарушений при болезни Паркинсона. Стимуляция осуществляется при помощи специальных электродов, введенных в область мозга, отвечающий за развитие болезни. Электроды присоединяются к устройству, которое крепится под кожу чуть ниже ключицы. Устройство непрерывно посылает в мозг электрические импульсы, тем самым уменьшая проявления двигательных нарушений.

Эффективность операции

Глубокая стимуляция мозга не излечивает болезнь, но появляется возможность контролировать двигательные нарушения, вызванные заболеванием. Более 70% больных отмечают значительное улучшение состояния после проведения операции. Прием леводопы и других препаратов остается основным методом лечения, однако проведение глубокой стимуляции мозга существенно сокращает дозировку принимаемых препаратов [2,9,10,11].

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Одним из важных этапов улучшения качества помощи больным с болезнью Паркинсона и другими двигательными расстройствами явилось открытие кабинета двигательных расстройств в АО «Национальный центр нейрохирургии» в апреле 2015 года. Больным предлагается медицинская реабилитация с целью уменьшения двигательных и недвигательных нарушений. В программе реабилитации участвуют неврологи, психологи, логопеды, врачи ЛФК, проводится обучение больных и их родственников по уходу, лечебной гимнастике, повседневной активности и питанию. По мере прогрессирования заболевания оказывается консультативная помощь нейрохирургами отделения сосудистой и функциональной нейрохирургии для отбора пациентов для оперативного лечения.

Для пациента с болезнью Паркинсона очень важна поддержка как от родственников и близких людей, так и от таких же больных как он сам. С целью общения во всём мире существуют Общества пациентов с болезнью Паркинсона. Для людей с болезнью Паркинсона Общество оказывает содействие и поддержку в адаптации к новым реалиям окружающего мира. Создавая Общество пациенты организуют собрания, на которых обсуждают любые вопросы, связанные с их здоровьем, общественной жизнью и трудовой деятельностью. Общество дает возможность поддержки тем пациентам, которые впервые столкнулись с недугом, узнать опыт тех людей, которые научились преодолевать тяготы и проблемы, присущие этому заболеванию. Опыт существования таких Обществ доказывает, что участие в их деятельности повышает качество жизни у пациентов с болезнью Паркинсона.

Литература

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.