УДК 614.2:616.853

# ОПЫТ РАБОТЫ ГОРОДСКОГО КАБИНЕТА ПО ЛЕЧЕНИЮ ЭКСТРАПИРАМИДНЫХ РАССТРОЙСТВ

Любимая Наталия Евгеньевна, невролог
*МУЗ ГБ №2 КМЛДО Неврологический центр поликлиники СКАЛ, Краснодар, Россия*

В статье представлены результаты работы городского кабинета по лечению экстрапирамидных расстройств, проанализированы нозологическая представленность экстрапирамидной патологии, проводимая терапия основных клинических форм заболеваний.

Ключевые слова: ЭКСТРАПИРАМИДНЫЕ РАССТРОЙСТВА, БОЛЕЗНЬ ПАРКИНСОНА, ГОРОДСКОЙ КАБИНЕТ ПО ЛЕЧЕНИЮ ЭКСТРАПИРАМИДНЫХ РАССТРОЙСТВ.

UDC 614.2:616.853

# THE EXPERIENCE OF WORK IN CITY CABINET FOR TREATMENT OF EXTRAPYRAMIDE DISTURBANCES

Lyubimaya Natalia, neurologist
*City Hospital # 2 (KMMDA), Krasnodar, Russia Neurological Center*

The article presented the results of the work in city cabinet for treatment of extrapyramide disturbances. The nosology of extrapyramide pathology, treatment suggested was analysed.

Key words: EXTRAPYRAMIDE DISTURBANCES, PARKINSON DISEASE, CITY CABINET FOR TREATMENT OF EXTRAPYRAMIDE DISTURBANCES

Городской кабинет по лечению экстрапирамидных расстройств (КЛЭР) был создан в августе 2006г. на базе неврологического центра поликлиники СКАЛ. Актуальность создания кабинета обусловлена высокой распространенностью экстрапирамидной патологии и, прежде всего, болезни Паркинсона. Распространенность её в России по данным различных исследователей составляет от 65,6 до 187 случаев, в среднем 100 случаев на 100000 населения, с наибольшей инцидентностью в возрастных группах старше 60 лет [1]. Предполагаемое расчетное количество больных с экстрапирамидной патологией в г. Краснодаре – 786 человек. Высокий процент инвалидизации больных с экстрапирамидными расстройствами, трудности в диагностике различных форм паркинсонизма и дифференциальной диагностике паркинсонизма и эссенциального тремора, современные тенденции увеличения продолжительности жизни этой группы больных и необходимость систематического наблюдения  привели к созданию специализированного кабинета.

Основными задачами кабинета по лечению экстрапирамидных расстройств являются:

1) установление диагноза и  дифференциальная диагностика различных видов экстрапирамидной патологии, при необходимости - проведение дополнительного обследования (магнитнорезонансная томография (МРТ) или компьютерная томография (КТ) головного мозга, биохимический анализ крови (БАК), ультразвуковая допплерография брахиоцефальных сосудов (УЗДГ БЦС), консультации смежных специалистов);

2) подбор и коррекция схем приема противопаркинсонических препаратов, подбор терапии при гиперкинетических расстройствах (антиконвульсанты, нейролептики, бета-адреноблокаторы, проведение инъекций ботулотоксина типа А – диспорт), коррекция сопутствующих когнитивных и вегетативных расстройств;

3) проведение разъяснительных бесед с пациентами и их родственниками о природе заболевания, методах коррекции его проявлений; проведение школ для больных с болезнью Паркинсона и их родственников;

4) плановое динамическое обследование пациентов с установленным диагнозом или с экстрапирамидным симптомокомплексом в структуре иных нозологических форм заболеваний.

Прием в кабинете по лечению экстрапирамидных расстройств осуществляется по направлениям неврологов районных поликлиник города, врачей отделений стационаров г. Краснодара и профильных центров поликлиники СКАЛ. Небольшой процент приема составили консультации в порядке предоставления платных услуг. Пациенту, направленному в городской кабинет по лечению экстрапирамидных расстройств, необходимо иметь при себе направление на консультацию от участкового терапевта, невролога или психиатра с указанием диагноза и цели консультации; амбулаторную карту или выписку из истории болезни с указанием результатов проводившихся ранее обследований и проводимой в настоящее время медикаментозной терапии; паспорт, полис обязательного или добровольного медицинского страхования.

На каждого пациента, обратившегося в кабинет, заводится амбулаторная карта, данные о пациенте фиксируются в регистре больных экстрапирамидной патологией.

За время функционирования кабинета на диспансерный учет поставлено 654 пациента, из них больных с болезнью Паркинсона – 247 (37,8%), вторичным паркинсонизмом – 26 (3,9%), эссенциальным тремором – 302 (46,2%), вероятное сочетание болезни Паркинсона и эссенциального тремора –13 (2%), различными формами дистоний – 49 (7,5%), другими расстройствами экстрапирамидной системы – 17 (2,6%) (рис.1).

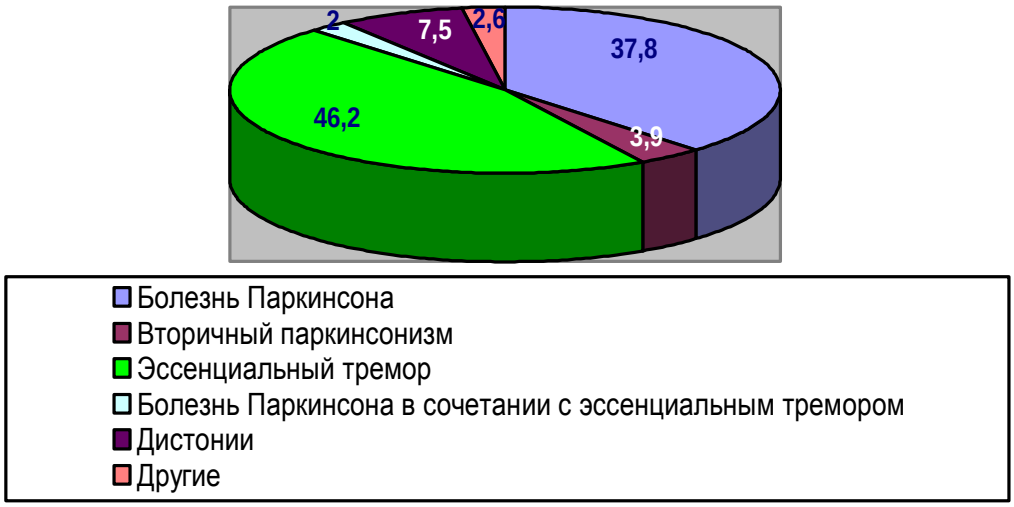


Рисунок 1 – Нозологическая структура экстрапирамидных заболеваний пациентов, наблюдающихся в кабинете по лечению экстрапирамидных расстройств.

Среди пациентов с паркинсонизмом диагноз болезни Паркинсона установлен в 90,5%, вторичного паркинсонизма – 9,5%. Большая часть пациентов с болезнью Паркинсона, наблюдающихся в КЛЭР НЦ СКАЛ, старше 70 лет - 146 больных (59,1 %), в возрасте от 51 до 70 лет – 91 пациент (36,9 %), моложе 50 лет – 10 пациентов (4 %) (рис. 2).

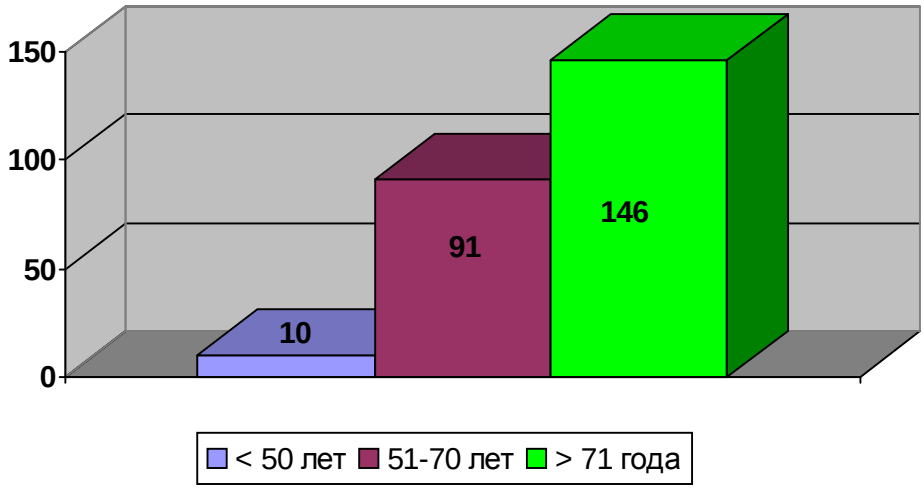


Рисунок 2 – Возрастная представленность пациентов с болезнью паркинсона, наблюдающихся в городском кабинете по лечению экстрапирамидных расстройств.

Наименьшая представленность возрастной группы до 50 лет обусловлен низкой обращаемостью больных паркинсонизмом на ранней стадии и недостаточной компетентностью врачей многих лечебно-профилактических учреждений в диагностике заболевания, а так же, как правило, более поздней манифестацией заболевания. Среди больных с болезнью Паркинсона незначительно преобладали женщины – 53%. По тяжести заболевания с оценкой по критериям 5 степенной шкалы Hoen - Yahr, 1967 в модификации [6] пациенты распределены следующим образом: 1 ст. – 25 больных (10%); 2-3 ст. – 206 (83,4%), 4 ст. – 16 больных (6,6%).

Терапевтический план для пациентов с болезнью Паркинсона включает индивидуализированную медикаментозную терапию, физиотерапевтическое лечение, двигательную реабилитацию и, при необходимости, психотерапевтическую коррекцию [2, 5, 7]. Этапное медикаментозное лечение болезни Паркинсона предусматривает применение в начале болезни монотерапии агонистами дофаминовых рецепторов или дофаминергическими препаратами и только при снижении эффективности монотерапии в связи с прогрессированием болезни – добавление других противопаркинсонических средств, то есть применение комбинированной терапии. Выбор препарата проводится с учетом возраста, выраженности двигательного дефицита, наличия сопутствующих соматических заболеваний, индивидуальной чувствительности пациента, фармако-экономических показателей [3, 4, 5]. Монотерапию агонистами дофаминовых рецепторов получают 44 больных (17,8 %), амантадинами - 6 (2,4%), ингибиторами МАО типа В - 3 (1,3 %), препаратами леводопы - 94(38 %) больных. Комбинированную терапию получают 100 больных (40,5 %).

Следует отметить, что спектр проблем, требующих коррекции у пациентов с болезнью Паркинсона, значительно шире. Это, в частности, нарушение сна, речевые расстройства, сексуальная дисфункция.

Большое внимание уделяется образовательным программам для пациентов. С 2007г. регулярно проводятся школы для больных с болезнью Паркинсона и их родственников. Задачей таких школ является разъяснение больным и их родственникам основных особенностей болезни Паркинсона и ее лечения противопаркинсоническими препаратами, особенностей поведения больного в повседневной жизни, обеспечение взаимопонимания и взаимодействия больного, его родственников с лечащим врачом. Пациентам даются рекомендации по лечебной физкультуре и организации правильного питания. За время существования кабинета проведено три школы, слушателями которых стали более 70 человек.

Ведение пациентов с эссенциальным тремором имеет особенности: это, в первую очередь, установление диагноза после предварительного диагностического поиска, при атипичных формах – динамическое наблюдение пациентов. Легкие формы эссенциального тремора не требуют фармакологической коррекции. В случаях дезадаптации пациента в виде моторных или эстетических нарушений назначается медикаментозная терапия. В кабинете по лечению экстрапирамидных расстройств лечение пациентов с эссенциальным тремором проводится блокаторами бета-адренорецепторов – пропранолол (обзидан) – 20 больных, антиконвульсантами: клоназепам – 89 больных, топирамат – 17 больных.

Мышечными дистониями страдают преимущественно молодые люди, исключая пациентов с блефароспазмом, который чаще встречается в когорте больных старше 55-60 лет. Прогрессирующее течение, сложности терапии зачастую ведут к инвалидизации пациентов. Системная терапия этой группы больных препаратами леводопы, нейролептиками, ГАМКергическими средствами, антиконвульсантами является многокомпонентной и, в большинстве случаев, малорезультативной. Около 70% пациентов с фокальными и сегментарными дистониями получают современную терапию препаратами ботулотоксина типа А. В настоящее время из 49 пациен-

тов с дистониями 33 находятся на терапии ботулотоксином типа А. Пациенты, имеющие группу инвалидности, препарат получают по системе дополнительного льготного обеспечения. С 2008г. стали проводиться инъекции диспорта по поводу постинсультной спастичности. Купирование гиперкинезов приводит к расширению функционирования больных и повышению качества жизни. Следует отметить высокую комплаентность пациентов с краниальной дистонией к проводимому лечению.

При выписке всем пациентам выдается заключение с рекомендациями о дальнейшем проведении медикаментозной терапии с указанием доз и схем подбора препаратов, продолжительности лечения, проведения реабилитационной терапии, организации повседневной активности, питания, частоты повторных осмотров в КЛЭР. В части случаев решаются вопросы медико-социальной экспертизы.

Таким образом, создание специализированного кабинета по оказанию помощи больным с экстрапирамидной патологией позволило сформировать городской регистр пациентов, обеспечить наблюдение больных со сложной прогрессирующей патологией, требующих динамической коррекции терапии. Следующим этапом предполагается организация поэтапной их реабилитации. В заключение следует подчеркнуть, что успехи в деле реабилитации и социальной адаптации больных с экстрапирамидной патологией могут быть достигнуты при совместных усилиях специалистов КЛЭР, неврологов, участковых терапевтов районных поликлиник и органов социальной защиты населения.

**Литература**

1. Экстрапирамидные расстройства. Руководство по диагностике и лечению. Под ред. В.Н. Штока, И.А.Ивановой-Смоленской, О.С.Левина. М: МедПресс-информ 2002.
2. Реабилитация неврологических больных. Под ред. А.С.Кадыкова, Л.А.Черниковой, Н.В.Шахпароновой. М: МедПресс-информ 2008.
3. *Левин О.С.* Стандарты лечения болезни Паркинсона//«Лечащий врач» №8 2007.
4. *Голубев В.Л.* Стратегия и тактика лечения ранних стадий болезни Паркинсона// «Лечащий врач» №8 2006.
5. *Федорова Н.В., Чигирь И.П., Кулуа Т.К.* Алгоритм лечения развернутых стадий болезни Паркинсона// «Атмосфера» №1 2006.
6. *Голубев В.Л., Левин Я.И., Вейн А.М.* Болезнь Паркинсона и синдром паркинсонизма // М.МедПресс, 1999, 416 с.
7. Physical Medicine and rehabilitation: Principles and Practice. [edited by] Joel A. Delisa Bruke M.Gans at all – 4th ed // Lippincott Williams and Wilkins 2005 – p. 1926.