



Федеральное государственное бюджетное учреждение дополнительного профессионального образования «Санкт-Петербургский институт усовершенствования врачей-экспертов» Министерства труда и социальной защиты Российской Федерации

Кафедра неврологии, медико-социальной экспертизы и реабилитации

Особенности МСЭ при болезни Паркинсона

ПЕНИНА Г.О.

БЕЛОЗЕРЦЕВА И.И.

САНКТ-ПЕТЕРБУРГ, 15.12.2020 Г.

Актуальность

Болезнь Паркинсона (БП) – это прогрессирующее нейродегенеративное заболевание с накоплением а-синуклеина и формированием телец Леви, которое проявляется, главным образом, двигательными расстройствами в виде гипокинезии, ригидности мышц, тремора покоя и постуральных нарушений, а также широким спектром немоторных расстройств, включающих вегетативные, когнитивные, аффективные, сенсорные и другие нарушения.

БП — наиболее частая, после болезни Альцгеймера, форма нейродегенеративных расстройств.

В настоящее время в мире от БП страдают примерно 6 миллионов человек (по некоторым данным - от 7 до 10 млн человек), в том числе 1,5 миллиона живет в 7 ведущих экономически развитых странах мира.

Распространенность — от 31,4 (в Ливии) до 328 (в Индии) на 100 000 населения.

С возрастом показатели распространенности и заболеваемости неуклонно растут.

Среди лиц старше 60 лет распространенность БП достигает 1%, а среди лиц старше 80 лет — 4%.

Отмечается преобладание БП среди мужчин, особенно в европейской популяции, в 1,5—2 раза. Заболеваемость БП составляет 16—19 случаев на 100 000 населения в год.

Средний возраст дебюта БП составляет 60—65 лет.

Только у 4—10% пациентов дебют заболевания отмечается в возрасте до 40 лет.

Численность больных с БП в России составляет 210 тысяч человек. По данным различных исследований распространенность составляет от 54,8 до 139,9 на 100 000 населения.

Ежегодно заболевание возникает у 20 тысяч человек.

Примерные оценки показывают, что как минимум четверть пациентов (то есть более 50 тысяч) оказываются вне сферы медицинской помощи.

БП неминуемо инвалидизирует пациентов, значительно снижая качество жизни не только самого больного, но и его близких, повышает экономическую нагрузку в семьях.

Основные симптомы

А. **Двигательные**

1. Гипокинезия
2. Ригидность
3. Тремор покоя
4. Постуральная нестабильность
5. Нарушение позы
6. Нарушение походки
7. Изменение речи
8. Акатизия

Нарушение позы при БП

Увеличение постуральной нестабильности

Увеличение риска падений

Уменьшение ЖЕЛ

Болевой синдром

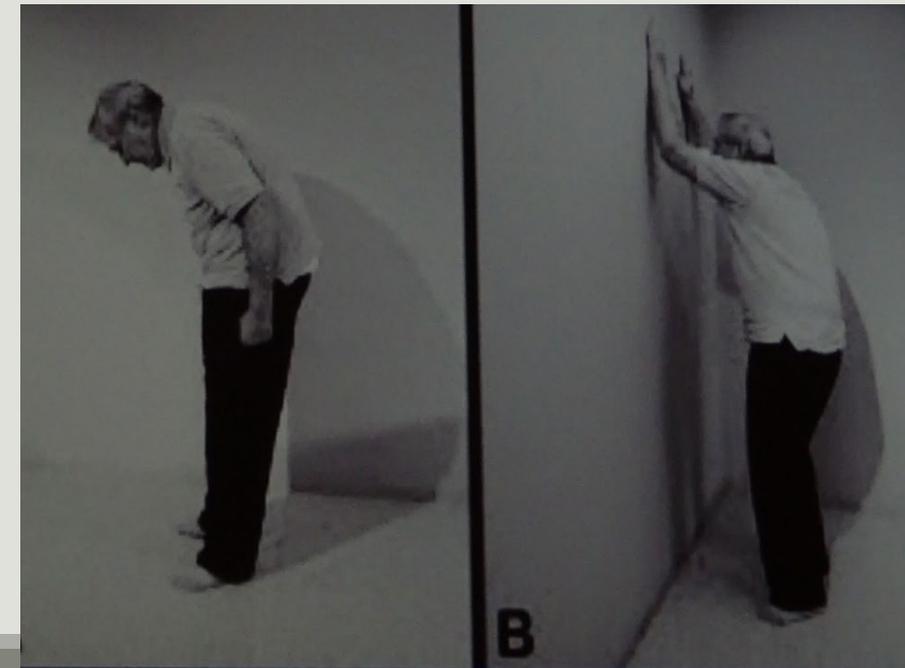
Вторичные вертеброгенные деформации

Ухудшение зрительного контроля

Нарушение глотания и речи (антеколлис)

Гиперсаливация

Увеличение инвалидизации



Основные симптомы

Б. Немоторные симптомы

1. Болевой синдром
2. Вегетативные нарушения
3. Когнитивные нарушения
4. Психотические расстройства
5. Синдром хронической усталости
6. Нарушения сна

Побочные явления и осложнения терапии (прогрессирование заболевания)

обычно через 5 лет, у 25–50% больных

двигательные флюктуации и лекарственные дискинезии

Моторные осложнения болезни Паркинсона

Моторные флюктуации



Феномен «истощения» («истощение конца дозы»)

Ослабление эффекта к концу действия очередной дозы леводопы с его укорочением до 2-3 часов, что приводит к усилению симптомов паркинсонизма в утренние часы или к моменту приема очередной дозы



Феномен «включения–выключения»

Переходы от относительно мобильного состояния (на фоне действия препарата леводопы) к обездвиженности, которые с течением времени становятся более выраженными и проявляются все более резко (в течение нескольких минут)

Моторные флюктуации

Отсроченное «включение»

Ухудшение после приема леводопы

Отсутствие «включения»

Непредсказуемые включения-выключения

Неравномерное действие леводопы в течение дня

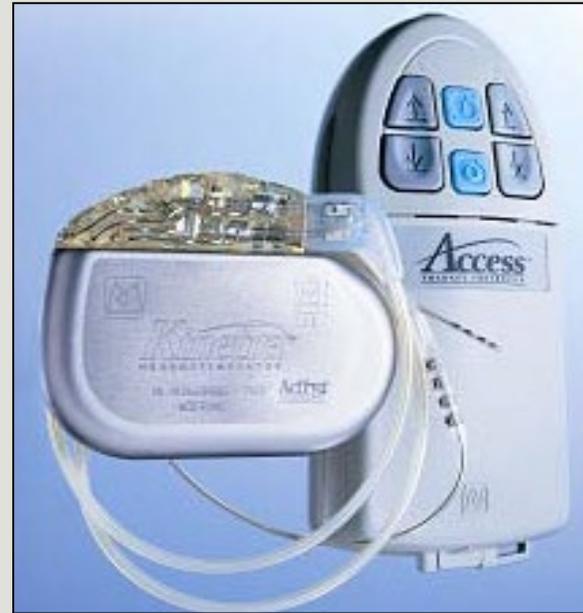
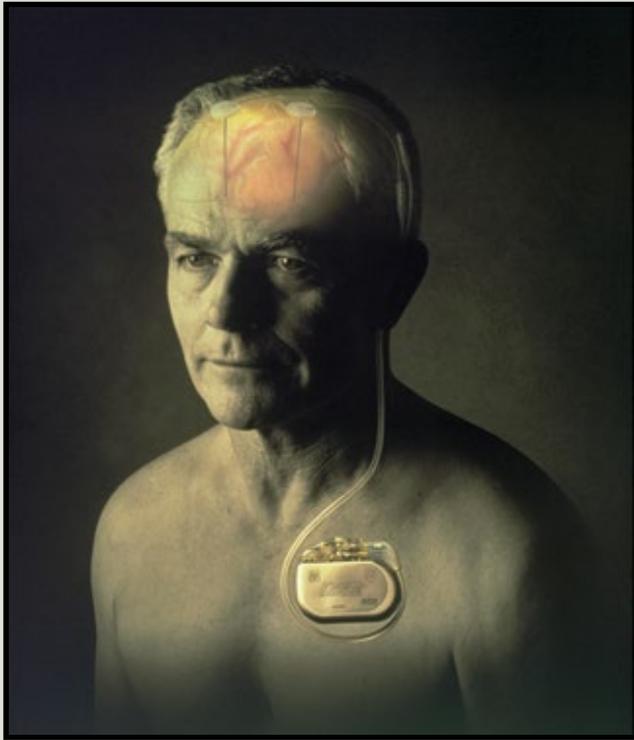
Клинические варианты лекарственных дискинезий

источник: статья «Леводопла-индуцированные дискинезии при болезни Паркинсона: возможности предупреждения и терапии» О.С. Левин, 2015

Основные варианты лекарственных дискинезий, возникающих при БП	
Тип дискинезии	Клинические проявления
Дискинезии «пика дозы»	Быстрые хореоформные или дистонические движения, обычно более выраженные в верхней половине тела, возникающие на фоне максимального действия принятой дозы леводопы
Дискинезии периода «выключения»	Медленные дистонические, часто болезненные движения, обычно в нижней половине тела, возникающие на фоне ослабления или прекращения действия принятой дозы леводопы
Двухфазные дискинезии	Быстрые размашистые (баллистические) движения, обычно в нижних конечностях, возникающие в фазе начала и прекращения действия принятой дозы леводопы

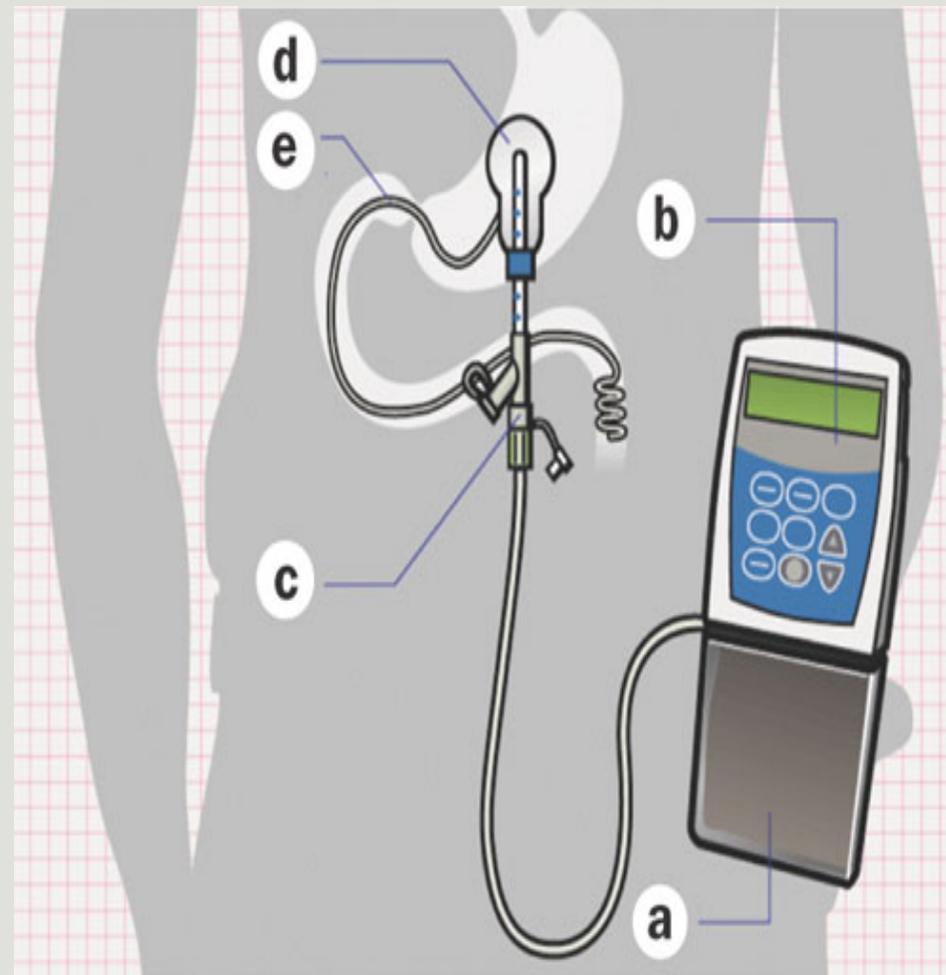
существует также дискинезия «лечебного плато» - дискинезии сопровождают весь период «включения» и исчезают только с развитием признаков «выключения»

Нейростимуляторы для DBS



Дуодопа

Подкожное
введение апоморфина
в виде помпы



классификация тяжести синдрома паркинсонизма (4 степени):

- легкая – небольшая гипокинезия, непостоянный тремор;
- умеренная – отчетливая гипокинезия, ригидность, постоянный тремор;
- выраженная (двусторонние нарушения) – резкая замедленность, общая скованность, нарушение речи, дисфагия, выраженный тремор
- Значительно выраженная -обездвиженность.

Шкала Хен и Яра (Hoehn, Yahr, 1967)

Стадия 0 Нет признаков болезни Паркинсона.

Стадия 1 Односторонние неврологические нарушения.

Стадия 1,5 Односторонние нарушения с вовлечением аксиальной мускулатуры.

Стадия 2 Двусторонние неврологические нарушения без расстройства равновесия.

Стадия 2,5 Легкие двусторонние нарушения при сохранении способности преодолеть ретропульсию.

Стадия 3 Легкие или умеренные двусторонние нарушения. Небольшая неустойчивость. Сохранена способность к самообслуживанию.

Стадия 4 Выраженные нарушения; но больной еще может стоять и ходить без посторонней помощи.

Стадия 5 В отсутствие посторонней помощи прикован к креслу или кровати.

- **Шкала дневной активности Шваба и Ингланда**
- **100%** Полная независимость, сохранение способности выполнять всю домашнюю работу без замедленности, затруднений
- **90%** Полная независимость, выполняет всю домашнюю работу с некоторой замедленностью и небольшими затруднениями
- **80%** Полная независимость, может выполнять большинство домашних работ, но тратит на это в 2 раза больше времени, чем в норме
- **70%** Частичная независимость, значительные затруднения при выполнении некоторых видов домашней работы, затрачивается на них в 3- 4 раза больше времени, чем в норме
- **60%** Более высокая степень зависимости, может выполнять большую часть домашней работы, но очень медленно, с большими усилиями и ошибками, некоторые виды работы выполнять не может
- **50%** Выраженная зависимость, необходима посторонняя помощь в 50% случаев, замедленность и затруднения при выполнении любых работ
- **40%** Сильная зависимость, может оказывать помощь в домашней работе, но самостоятельно выполняет только отдельные задания
- **30%** С трудом выполняет или пытается выполнять единичные задания. Необходима постоянная посторонняя помощь
- **20%** Выраженная инвалидизация, может оказывать некоторую помощь ухаживающему за ним, но самостоятельно ничего делать не может
- **10%** Полная инвалидизация и зависимость от посторонней помощи
- **0%** Прикован к постели, нарушения вегетативных функций (глотания, мочеиспускания, дефекации)

№ 585н

п. 6.5.2 Нарушения нейромышечных, скелетных и связанных с движением (статодинамических) функций; МКФ: В 710 - 789, В 798, В 799.

Незначительные, легкие моторные и немоторные симптомы паркинсонизма.

1 и 2 стадии болезни по шкале Хен-Яра. Шкала Шваба-Ингланда 90 - 100%. **10 – 30 %**

Инвалидность 3-й группы устанавливается в случае, если у больного имеются:

умеренные моторные и/или немоторные симптомы паркинсонизма,

3 стадия болезни по шкале Хен-Яра,

Шкала Шваба-Ингланда 70 - 80%.

Инвалидность 2-й группы устанавливается в случае, если у больного имеются:

Выраженные моторные и/или немоторные симптомы паркинсонизма, умеренные продолжительные флуктуации и болезненные дискинезии, частично или не контролируемые оптимальной консервативной терапией, 4 стадия болезни по шкале Хен-Яра, Шкала Шваба-Ингланда 50 - 60%, на период подбора режима программирования при глубокой стимуляции глубоких структур головного мозга; наличие осложнений после оперативного вмешательства, приводящих к выраженным нарушениям функций

Инвалидность 1-й группы устанавливается в случае, если у больного имеются: значительно выраженные моторные и/или немоторные симптомы паркинсонизма, 5 стадия болезни по шкале Хен-Яра. Шкала Шваба-Ингланда 0 - 40%.

При определении группы инвалидности при БП имеет значение: выраженность моторных и немоторных нарушений, в частности когнитивных, вегетативных расстройств, темп прогрессирования заболевания, сопутствующая патология, эффективность лечебных мероприятий; осложнения дофаминергической терапии, их длительность и возможность коррекции

Алгоритм медико-социальной помощи

Невролог поликлиники



Невролог кабинета
(центра) экстрапирамидной патологии
района (города)



Диспансерное наблюдение
(коррекция лечения, психотерапия, ЛФК, школа для больных)



При наличии стойких нарушений статодинамических и др. функций,
направление
на освидетельствование в БМСЭ (определение или
усиление группы инвалидности, разработка ИПРА)



Реабилитационные мероприятия
в специализированном центре (кабинете)