

Настанови щодо лікування пацієнтів із хворобою Паркінсона

До вашої уваги представлено огляд настанов Національного інституту здоров'я і клінічного вдосконалення Великої Британії (NICE, 2018), які ґрунтуються на описанні та систематизації даних уже існуючих рекомендацій, а також містять інформацію щодо призначення медикаментозних засобів, стандартів і правил надання допомоги пацієнтам із хворобою Паркінсона (ХП).

Налагодження контакту з особами із ХП має на меті розширити можливості щодо участі в обговоренні та прийнятті рішення стосовно догляду.

Оскільки у пацієнтів із ХП можуть погіршуватися когнітивні функції, наростати проблеми з комунікацією чи депресія, необхідно забезпечити їм:

- усне та письмове спілкування протягом усього періоду захворювання, яке може бути за потреби індивідуально адаптоване;
- періодичне спілкування з фахівцями.

Хворим на ХП слід представити план догляду, погоджений ними персонально, членами їхньої родини, фахівцями та особами, які надають вторинну медичну допомогу. Варто запропонувати пацієнту із ХП доступний контакт із відповідними спеціалістами. Це має забезпечити медична сестра, яка спеціалізується на ХП.

Діагностування хвороби Паркінсона

ХП можна запідозрити в осіб із тремором, утрудненнями в рухливості, уповільненням, проблемами з рівновагою та порушеннями ходи. У разі виникнення підозри щодо наявності захворювання, варто скерувати такого пацієнта до спеціаліста для відповідної диференціації його стану.

Уточнення діагнозу

Уточнення діагнозу ХП проводять на регулярній основі та переглядають відповідно до змін клінічних парадигм. Так, пацієнти із ХП мають проходити огляд в інтервалі 6-12 місяців з метою уточнення діагнозу.

Інструментальні методи діагностики

Однофотонну емісійну комп'ютерну томографію (ОФЕКТ) застосовують в осіб з есенціальним тремором, який неможливо клінічно диференціювати від симптомів паркінсонізму. Не варто використовувати позиційну емісійну томографію (ПЕТ) для диференційної діагностики синдрому паркінсонізму, за винятком клінічних досліджень. Структурована магнітно-резонансна терапія (МРТ) також не рекомендована. Її проводять з метою диференційної діагностики інших симптомів паркінсонізму. Не потрібно застосовувати магнітно-резонансну волюметрію та магнітно-резонансну спектроскопію для диференційної діагностики синдрому паркінсонізму, за винятком клінічних досліджень.

Не варто застосовувати тести, послуговуючись леводопою та апоморфіном при диференційній діагностиці синдрому паркінсонізму. Об'єктивний тест на запах, за винятком клінічних досліджень, також не рекомендований.

Фармакологічний менеджмент рухових порушень

Перед початком лікування осіб із ХП слід обговорити потенційну користь та можливу шкоду застосування різних груп препаратів (табл. 1).

Не рекомендовано різко відмінити препарати для лікування симптомів паркінсонізму. За можливості варто намагатися уникати порушення всмоктування ліків для усунення гострої акінезії чи нейролептичного зловласного синдрому. Практика відміни протипаркінсонічних препаратів (так звані медикаментозні канікули) для зменшення моторних ускладнень має здійснюватися під контролем лікаря, щоб запобігти ризику розвитку зловласного нейролептичного синдрому.

У разі скерування на стаціонарне лікування чи до гериатричних будинків пацієнти повинні брати з собою необхідні ліки, щоб у будь-який час мати змогу приймати їх згідно з раніше призначеним режимом. Застосовувати інші препарати можна лише після обговорення зі спеціалістом із ХП.

Препарати вибору першої лінії терапії

Пацієнтам на ранніх стадіях ХП, у яких наростають рухові порушення, погіршуючи якість їхнього життя, треба запропонувати леводопу. Якщо в осіб на ранніх стадіях захворювання рухові порушення не чинять впливу на якість життя, перевагу слід надавати агоністам дофаміну, леводопі чи інгібіторам моноаміноксидази-В (МАО-В).

Не рекомендовано призначати препарати ерготамінового ряду, агоністи дофамінових рецепторів як засоби першої лінії вибору при ХП.

Інформація та підтримка

Перед початком лікування особам із ХП, членам родини та доглядальникам слід надати усну чи письмову інформацію щодо подальших інтервенцій та обговорити дискусійні питання про можливі ризики, а саме:

- розлади контролю імпульсів, пов'язані з усіма видами дофамінової терапії (ризик зростає у разі призначення агоністів дофаміну);

- надмірну сонливість та раптове засинання вдень через побічну дію агоністів дофаміну;
- психотичні симптоми (галюцинації та маячні розлади), пов'язані з лікуванням ХП (ризик зростає при призначенні агоністів дофаміну).

Додаткова терапія моторних розладів

Варто запропонувати дофамінові агоністи, інгібітори МАО-В чи катехол-О-метилтрансферазу (КОМТ) як додаткову терапію до леводопи, враховуючи потенційну користь та можливу шкоду застосування різних груп препаратів (табл. 2).

Рекомендовано розглянути агоністи дофамінових рецепторів ерготамінового ряду як додаткову терапію до леводопи в тих осіб із ХП, у кого:

- розвивається дискінезія чи моторні флуктуації незважаючи на оптимальну терапію леводопою;
- симптоми не належно контрольовані агоністами дофамінових рецепторів неерготамінового ряду.

Якщо дискінезію не вдається усунути шляхом модифікації поточної терапії, слід спробувати призначити амантадин. Не варто застосовувати антихолінергічні препарати у пацієнтів із ХП, в яких розвивається дискінезія та/чи моторні флуктуації.

Розлади контролю над імпульсами Інформація та підтримка

На початку лікування агоністами дофаміну необхідно надати такому пацієнтові та членам родини інформацію щодо його стану та обговорити незрозумілі питання стосовно:

- зростання ризику розладів контролю над імпульсами при застосуванні агоністів дофаміну;
- різних видів розладів контролю над імпульсами (наприклад, компульсивний гемблінг, гіперсексуальність, передання та компульсивні вчинки);
- розвитку розладів контролю над імпульсами в осіб, які контактують зі згаданим пацієнтом;
- можливості перегляду, припинення чи зменшення дозування агоністів дофаміну в разі виникнення порушень контролю над імпульсами.

Лікування осіб із розладами контролю над імпульсами

Допомога при розладах контролю над імпульсами полягає в модифікації дофамінергічної терапії. Передусім це виражається у поступовому зменшенні дози дофамінових агоністів і моніторингу щодо покращання симптомів розладів контролю над імпульсами та наявності в особи ознак відміни дофамінергічної терапії.

Медикаментозне лікування немоторних симптомів Сонливість у денний час доби

Потрібно розглянути препарат модафініл для лікування надмірної сонливості протягом дня в осіб із ХП. Перед цим варто зібрати детальний анамнез пацієнта, щоб виключити порушення сну внаслідок інших фармакологічних чи фізичних чинників. Щонайменше кожні 12 місяців пацієнт із ХП, який приймає модафініл, має проходити огляд відповідним спеціалістом.

Розлади поведінки у REM-фазі сну

Необхідно бути вкрай уважними щодо виявлення та допомоги особам із ХП при синдромі неспокійних ніг, швидкій рухливості очей уві сні, поведінкових розладах та порушеннях сну. За наявності зазначених розладів слід розглянути можливість призначення клоназепаму чи мелатоніну.

Нічна акінезія

Якщо леводопа чи інші оральні дофамінергічні агоністи неефективні у лікуванні нічної акінезії, варто розглянути ротиготин.

Ортостатична гіпотензія

Якщо в пацієнта із ХП розвивається ортостатична гіпотензія, треба проаналізувати препарати, які він приймає, щоб виключити фармакологічний вплив. Рекомендовано розглянути можливість призначення мідрину в осіб із ХП та ортостатичною гіпотензією, враховуючи протипоказання та необхідні спостереження (моніторинг гіпертензії).

Якщо мідрин протипоказаний до застосування, неефективний або хворий погано його переносить, потрібно розглянути застосування флудрокортизону (зважаючи на профіль безпеки,

особливо щодо кардіологічних ризиків та потенційних взаємозв'язків між ліками).

Психотичні симптоми

Необхідно знизити дозування будь-яких протипаркінсонічних препаратів, які можуть провокувати галюцинації чи маячні розлади. Варто розглянути кветіапін для лікування галюцинацій і маячних розладів у пацієнтів із ХП, які мають погіршення когнітивної сфери. Якщо стандартна терапія виявилася неефективною, особам із ХП для лікування галюцинацій та маячних розладів рекомендується запропонувати клозапін. Як правило, слід призначити нижчі дозування кветіапіну та клозапіну. Автори керівництва не рекомендують застосовувати оланзапін для лікування галюцинацій та маячних розладів у пацієнтів із ХП.

Деменція при хворобі Паркінсона

Пацієнтам із легким чи середнім ступенями деменції, яка розвинулася внаслідок ХП, треба запропонувати інгібітори холінергери. Також варто розглянути застосування цих препаратів в осіб із тяжким ступенем деменції внаслідок ХП.

Приймання мемантину особам із деменцією при ХП можливе, якщо інгібітори холінергери протипоказані чи погано переносяться.

Надмірне слиновиділення

Для зменшення надмірного слиновиділення (гіперсалівації) пацієнту із ХП варто використовувати глікопіронію бромід. У разі неефективності слід скерувати його до спеціаліста, який зможе забезпечити застосування ботулінічного токсину А.

Варто надавати перевагу призначенню антихолінергічних препаратів над глікопіронію бромідом, якщо ризик виникнення когнітивних побічних ефектів є мінімальним.

Нейропротективна терапія

Не слід застосовувати вітамін Е та коензим Q₁₀ як нейропротективні засоби в осіб із ХП. Агоністи дофаміну та інгібітори МАО-В не рекомендовані як засоби нейропротективної терапії пацієнтам із ХП, за винятком клінічних досліджень.

Нефармакологічні інтервенції Медсестринський догляд

Необхідно надати пацієнтам із ХП постійний доступ до клінічного моніторингу та медичного коригування відповідними службами.

Фізіотерапія та фізична активність

Варто розглянути можливість направлення особи на ранній стадії ХП до фізіотерапевта, який спеціалізується на наданні допомоги за такого стану.

Працетерапія та мовленнєва терапія

Слід розглянути можливість скерування осіб на ранніх стадіях ХП до досвідченого фахівця із працетерапії. Він оцінить стан хворого, проведе навчання й надасть рекомендації щодо моторних та немоторних симптомів. Також варто розглянути можливість направлення таких пацієнтів до терапевта-логопеда. Він оцінить стан хворого, проведе навчання та надасть відповідні рекомендації.

Харчування

Для надання рекомендацій щодо харчування пацієнта із ХП спершу варто направити до дієтолога. Рекомендовано розпочати режим вживання їжі, збагаченої протеїнами (наприкінці дня), а також можливий перерозподіл протеїнової дієти на основі флуктуації симптомів у разі приймання леводопи.

Пацієнтам із ХП не слід приймати вітамін D та біологічні добавки безрецептурного ряду без консультації з фармацевтом чи іншим спеціалістом у сфері охорони здоров'я.

Глибока краніальна стимуляція

Рекомендовано розглянути глибоку краніальну стимуляцію для осіб із тривалим перебігом ХП, у яких симптоми захворювання неможливо контролювати методами медикаментозної терапії.

Підготувала Юлія Крамар

Оригінальний текст документа читайте на сайті www.nice.org.uk

	Леводопа	Агоністи дофаміну	Інгібітори МАО-В
Моторні симптоми	Значне поліпшення в руховій сфері	Менш виразне покращання в руховій сфері	
Щоденна активність протягом дня	Суттєве покращання щодо активності протягом дня	Менш виразне поліпшення в активності протягом дня	
Моторні ускладнення	Виразне порушення рухової активності	Менш виразні рухові труднощі	
Побічні ефекти	Менше специфічних побічних ефектів	Більше специфічних побічних ефектів	Менше специфічних побічних ефектів

Примітки: Інгібітори МАО-В – інгібітори моноаміноксидази В; * надмірна сонливість, галюцинації та порушення контролю імпульсів (детальна інформація у відповідних інформаційних довідниках).

	Агоністи дофаміну	Інгібітори МАО	Інгібітори КОМТ	Амантадин
Моторні симптоми	Покращання рухової активності			Відсутні дані про покращання рухової активності
Щоденна активність протягом дня	Підвищення щоденної активності протягом дня			Відсутні дані про поліпшення активності протягом дня
Off-time	Виразніша редукція off-time	Редукція off-time		
Побічні ефекти	Середній ризик виникнення побічних ефектів	Менша кількість побічних ефектів	Більша кількість побічних ефектів	Відсутні дані щодо цих показників
Галюцинації	Вищий ризик галюцинацій	Нижчий ризик галюцинацій		

МІРАКСОЛ

Pramipexol

неерголіновий агоніст допаміну

Хвороба Паркінсона
обмежує:
рухи
бажання
життя



Покращує рухову активність та якість життя пацієнтів з хворобою Паркінсона

Застосовується як монотерапія або у комбінації з леводопою

Чинить нейропротекторну дію

Інформація про лікарський засіб для професійної діяльності медичних і фармацевтичних працівників.

МІРАКСОЛ. Таблетки. РП МОЗ України № UA12123/01/01; UA/12123/01/02 від 13.05.2017.

Склад: 1 таблетка містить праміпексолу дигідрохлориду моногідрату 0,25 мг або 1,0 мг, що відповідає праміпексолу 0,18 мг або 0,7 мг.

Фармакотерапевтична група. Допамінергічні засоби. Агоністи допаміну. Код АТС N046 C05.

Фармакологічні властивості. Праміпексол, активний компонент Міраксолу, є допаміновим агоністом із високою селективністю та специфічністю до допамінових рецепторів підтипу D2 та має переважну спорідненість із D3-рецепторами, він відзначається повною внутрішньою активністю. Праміпексол полегшує паркінсонічні рухові порушення шляхом стимуляції допамінових рецепторів стріатуму (смугового тіла). Праміпексол захищає допамінові нейрони від дегенерації у відповідь на ішемію чи метамфетамінову нейротоксичність, а також захищає нейрони від нейротоксичного впливу леводопи.

Показання. Ідіопатична хвороба Паркінсона (як монотерапія чи в комбінації з леводопою). Симптоматичне лікування ідіопатичного синдрому «неспокійних ніг».

Протипоказання. Гіперчутливість до праміпексолу чи до інших компонентів препарату.

Побічні реакції: нудота, дискінезія, артеріальна гіпотензія, запаморочення, сонливість, безсоння, запор, галюцинації, головний біль і підвищена втомлюваність. Частота розвитку сонливості підвищувалася при застосуванні доз вище 1,5 мг на добу. Найчастішою побічною реакцією при прийомі в комбінації з леводопою була дискінезія. Артеріальна гіпотензія можлива на початку лікування, особливо при занадто швидкому титруванні доз праміпексолу.

Категорія відпуску. За рецептом. Зберігати в недоступному для дітей місці. **Упаковка.** По 10 таблеток у блістері, по 3 блістери в паці.

Повна інформація про лікарський засіб в інструкції для медичного застосування.



Виробник. ПАТ НВЦ «Борщагівський ХФЗ»
(фасування з форми «in bulk» фірм-виробників Сінтон БВ, Нідерланди / Сінтон Хіспанія С.Л., Іспанія).
03134 Україна, м. Київ, вул. Миру, 17. Тел.: (044) 205-41-23.

www.bcpr.com.ua