

ГБУ РД «Городская клиническая больница»		
Вид документа	Клинический протокол	
ГБУ РД «ГКБ»	Версия	№ 1
	Запись в Едином реестре документации	№ 16
	Экземпляр	№
	Введен в действие	01.11.21г.
Конфиденциально	Срок действия	3 года
Название документа	<i>Клинический протокол «Болезнь Паркинсона» Коды МКБ (G20) Возрастная группа - взрослые Год утверждения - 2016</i>	

Утверждено приказом № __
от «01» ноября 2021 г.

	Должность	Ф. И. О.	Подпись	Дата
Разработано:	Заведующий отделением неврологии № 1	Альбориева Э.А. Мамайханов Г.Г.		
Согласовано:	Главный врач	Малаев Х. М.		
	Заместитель главного врача по лечебной работе	Гаджиева Л. Х.		
	Заместитель главного врача по амбулаторно-поликлинической работе	Адильханов Б. Г.		
	Заместитель главного врача по хирургической работе	Аабдулмеджидо в Х. М.		
	Заведующий экспертным отделом	Махмудов Ф. Б.		

Болезнь Паркинсона – хроническое прогрессирующее заболевание головного мозга, преимущественно связанное с дегенерацией дофаминергических нейронов черной субстанции с накоплением в них белка α -синуклеина и образованием особых внутриклеточных включений (телец Леви), которое проявляется сочетанием гипокинезии с ригидностью, тремором покоя и постуральной неустойчивостью, а также широким спектром немоторных проявлений (психических, вегетативных, сенсорных и др.) [1]. 38.

Классификация: в классификации БП выделяют клиническую форму, стадию и темп прогрессирования.

В зависимости от доминирования в клинике того/иного симптома выделяют три клинических формы:

акинетико-ригидно-дрожательную (60-70%),

акинетикоригидную (15-20%) и

дрожательную (5-10%).

Стадии заболевания. общепризнанной является классификации стадий (степеней тяжести) БП: Стадия 0. Двигательные проявления отсутствуют;

Стадия 1. Односторонние проявления заболевания;

Стадия 2. Двусторонние проявления заболевания без постуральной неустойчивости;

Стадия 3. Умеренно выраженная постуральная неустойчивость, возможно самостоятельное передвижение;

Стадия 4. Значительная утрата двигательной активности, но пациент в состоянии передвигаться; Стадия 5. При отсутствии посторонней помощи пациент прикован к постели или инвалидному креслу.

Модифицированная шкала Хен и Яр

Стадия 0.0 – нет признаков паркинсонизма;

Стадия 1.0 – только односторонние проявления;

Стадия 1.5 – односторонние проявления с вовлечением аксиальной мускулатуры;

Стадия 2.0 – двухсторонние проявления без признаков нарушения равновесия;

Стадия 2.5 – мягкие двухсторонние проявления. Сохранена способность преодолевать вызванную ретропульсию;

Стадия 3.0 – умеренные или средней тяжести двухсторонние проявления. Небольшая постуральная неустойчивость. Но больной не нуждается в посторонней помощи;

Стадия 4.0 – тяжёлая обездвиженность; однако ещё может ходить или стоять без поддержки; Стадия 5.0 – без посторонней помощи прикован к креслу или кровати.

Темп прогрессирования.

ДИАГНОСТИКА И ЛЕЧЕНИЕ НА СТАЦИОНАРНОМ УРОВНЕ :

1) Диагностические критерии Жалобы и анамнез:

2) Жалобы: тремор (мелкое дрожание конечностей, головы) в конечностях, голове. Обычно возникает в покое, уменьшается при попытке двигать конечностями;

3) скованность в мышцах – усиливается при повторных движениях (каждое движение выполняется все сложнее);

4) нарушение походки (ходьба мелкими шаркающими шажками);

5) частые падения (возникают из-за развившейся неустойчивости пациента);

замедленность движений;

- 6) бедность мимики (отсутствие мимики, лицо практически не выражает эмоций);
- 7) ухудшение памяти, мышления;
- 8) эмоциональные нарушения: склонность к ворчливости, подавленное настроение;
- 9) повышенное слюноотделение изо рта.

Анамнез:

- 10) уточнить в каком возрасте началось заболевание, какие симптомы были его первым проявлением;
- 11) необходимо уточнить, как началось заболевание (постепенно (незаметно)/внезапно, в связи с какими-либо факторами);
- 12) обратить внимание на наличие когнитивных нарушений, депрессии, галлюцинаций;
- 13) выяснить наличие в семейном анамнезе БП/других нейродегенеративных заболеваний (либо их отдельных симптомов, например, тремора) у родственников, наличие в анамнезе повторных травм головы, профессионального/бытового контакта с токсичными веществами;
- 14) в отношении принимаемых в настоящее время лекарственных средств, уточнить наличие сопутствующих заболеваний. Физикальное обследование Неврологический статус:
- 15) гипокинезия (акинезия);
- 16) ригидность;
- 17) тремор в покое, представляющий ритмическое дрожание II, III и противопоставленного им I пальца кисти с частотой 4-6 Гц, напоминающий скатывание пальцами хлебного шарика (по типу «катания пилюль»/«счёта монет»).

В начале заболевания тремор односторонний/асимметричный, усиливается на холоде, при эмоциональном напряжении и усталости, ходьбе, движениях в контралатеральной руке. При движении конечности тремор уменьшается/исчезает, во время сна отсутствует.

По мере прогрессирования становится двусторонним, присоединяется дрожание стоп, челюсти, языка, век. Редко возможен дебют с асимметричного, одностороннего тремора покоя стоп;

- вегетативные расстройства;
- аффективные нарушения;
- когнитивные дисфункции;
- психотические нарушения.

Гипокинезия:

- замедленностью движений;
- нарушением инициации;
- снижением скорости и амплитуды повторяемых движений;
- гипомимия;
- редкое мигание;

- замедленная речь (брадилалия);
- гипофоничная и монотонная речь;
- дисфагия с затруднением глотания слюны;
- утрата содружественных движений (ахейрокинез);
- шаркающая, короткими шагами походка;
- мелкий почерк (микрография);
- затруднения при поворотах в постели;
- замедленность в повседневной активности.

Ригидность:

- скованность/чувство стягивания в шее, нижней части спины, в мышцах руки/ноги (в начале заболевания ригидность носит асимметричный, односторонний характер усиливается при отвлечении внимания/движениях в контралатеральной конечности);

- мышечный тонус вязкий, пластический, монотонный, усиливается при каждом повторном пассивном движении в процессе проверки (феномен «восковой куклы», феномен «свинцовой трубы») толчкообразно меняется (феномен «зубчатого колеса»). Постуральная неустойчивость: ☒ нарушение способности удерживать равновесие тела/ходьбе; NB! Нарушение способности удерживать равновесие тела/ходьбе предрасполагает пациента к частым падениям чаще вперед, реже назад при ходьбе, поворотах на месте, вставании с кресла или постели. Для выявления поздних нарушений проводят толчковую пробу на пропульсию/ретропульсию. NB! В ранних стадиях БП затрудняются преимущественно тонкие движения в конечностях. Для выявления лёгкой степени гипокинезии можно попросить больного побарабанить пальцами по столу, постучать стопой о пол, быстро сжимать и разжимать кулаки, пронирировать и супинировать предплечья. Следует обращать внимание на асимметрию движений, на феномен «истощаемости» (декремент) – замедление движения при его повторении с уменьшением амплитуды.

. Острая декомпенсация болезни Паркинсона:

☒ нарастание основных клинических проявлений паркинсонизма, особенно гипокинезии, ригидности, постуральной неустойчивости;

☒ нарушение речи (вплоть до анартрии) и глотания;

☒ усиление моторных флуктуаций и дискинезий;

☒ психические расстройства (спутанность сознания, галлюцинации, параноидный бред, кататония);

☒ вегетативная нестабильность (ортостатическая гипотензия, нарушения сердечного ритма, терморегуляции, потоотделения, моторики ЖКТ, мочеиспускания);

☒ разновидность декомпенсации – акинетический криз, характеризующийся резким нарастанием гипокинезии и ригидности с развитием обездвиженности, анартрии и нарушения глотания, а также акинетико-гипертермический (злокачественный) синдром, для которого, помимо проявлений акинетического криза, характерна гипертермия (гиперпирексия), вызванная дисфункцией гипоталамуса. NB! Сопровождающееся существенным ограничением функциональных возможностей пациента и сохраняющееся более 24 часов, несмотря на продолжение/возобновление привычной для пациента противопаркинсонической терапии [1,3].

Лабораторные исследования:

лабораторных исследований, позволяющих подтвердить диагноз БП, не

существует. **Инструментальные исследования:**

- ☒ МРТ головы – нет специфических критериев для болезни Паркинсона, проводится с целью исключения других заболеваний.
- ☒ Транскраниальное ультразвуковое сканирование головного мозга – наличие патологического гиперэхогенного сигнала в проекции черной субстанции (у 80-90% больных)

В диагностическом алгоритме БП можно выделить два этапа .

Первый этап – установление синдрома паркинсонизма и дифференциальная диагностика его с внешне сходными состояниями, в том числе эссенциальным/дистоническим тремором, аффективными нарушениями (апатия, депрессия, абулия), паратонией, истерией, апраксией ходьбы (лобной дисбазией) при сосудистых поражениях головного мозга/гидроцефалии, гипотиреозом.

Второй этап предполагает установление нозологического диагноза паркинсонизма и дифференциальную диагностику БП с другими заболеваниями, вызывающими этот синдром. Для клинической диагностики БП используют критерии Банка головного мозга Общества болезни Паркинсона Великобритании . С помощью данных критериев можно установить лишь вероятный диагноз (при наличии не менее трех признаков, относящихся к третьей группе) или возможный диагноз (при наличии менее трех признаков) БП.

Достоверный диагноз БП возможен лишь по данным патоморфологического исследования. Критерии клинической диагностики БП головного мозга Общества болезни Паркинсона Великобритании (уровень доказательности - В).

Шаг 1 Диагностика синдрома паркинсонизма Гипокинезия в сочетании не менее чем с одним из следующих симптомов:

- а) мышечная ригидность;
- б) тремор покоя 4-6 Гц;
- в) поструральная неустойчивость, не связанная с первичными зрительными, вестибулярными, мозжечковыми нарушениями, нарушением глубокой чувствительности.

Шаг 2 Критерии исключения БП

- повторные инсульты в анамнезе со ступенеобразным прогрессирующим симптомом паркинсонизма;
- повторные ЧМТ в анамнезе;
- энцефалит в анамнезе;
- окулогирные кризы;
- лечение нейролептиками на момент появления симптомов;
- семейный характер заболевания (более одного родственника с аналогичным заболеванием);
- наличие длительной ремиссии;
- строго односторонняя симптоматика более 3 лет;
- паралич взора вниз;
- ранняя быстро прогрессирующая вегетативная недостаточность;
- мозжечковые знаки;
- рано развивающаяся деменция с нарушениями памяти, речи и праксиса;
- симптом Бабинского;
- наличие атрофии мозжечка или сообщающейся гидроцефалии на КТ;
- отсутствие реакции на высокие дозы леводопы (в отсутствие 10 мальабсорбции);
- контакт с токсическими веществами, вызывающими паркинсонизм.

Шаг 3 Критерии, подтверждающие диагноз БП

- одностороннее начало;
- тремор покоя;
- прогрессирующее течение;
- сохранение асимметрии симптоматики с преобладанием на первоначально вовлеченной стороне;
- высокая эффективность препаратов леводопы (уменьшение симптомов на 70-100%);
- выраженные хореiformные дискинезии, индуцированные леводопой;
- сохранение реакции на леводопу в течение 5 лет и более;
- течение заболевания на протяжении 10 лет и более.

Лечение ранних стадий болезни Паркинсона

3.1.1.1. Нейропротективная, нейрорепаративная и, модифицирующая течение заболевания, терапия

☒ Рекомендуется в качестве начальной терапии пациентам назначать препараты с нейропротективным, нейрорепаративным и, модифицирующим течение заболевания, действием . Уровень убедительности рекомендаций – С (уровень достоверности доказательств – 4).

Препараты для лечения ранних стадий БП

Рекомендуется назначать дофаминергические препараты пациентам с симптомами паркинсонизма, достигающие уровня, ограничивающего повседневную активность и вызывающего озабоченность больного в качестве начальной терапии. Не доказано, что раннее начало дофаминергической терапии приводит к более благоприятному долгосрочному эффекту .

Уровень убедительности рекомендаций – В (уровень достоверности доказательств – 2) Комментарий: Лечение, как правило, начинается с монотерапии.

В последующем если первоначально назначенный препарат в средней терапевтической дозе не оказал ожидаемого эффекта, переходят на комбинированную терапию (одномоментно назначают или увеличивают дозу не более чем одного препарата).

☒ Рекомендуется применять ингибиторы MAO-B у пациентов с легкими двигательными нарушениями, независимо от возраста в качестве начальной терапии. Уровень убедительности рекомендаций – В (уровень достоверности доказательств – 2)

☒ Рекомендуется применять агонисты дофаминовых рецепторов у пациентов с умеренно выраженными двигательными нарушениями и в молодом возрасте, до 60 лет с высоким риском развития моторных флуктуаций и дискинезий в качестве начальной терапии.

Уровень убедительности рекомендаций – А (уровень достоверности доказательств – 1)

☒ Рекомендуется применять агонисты дофаминовых рецепторов с симптомами депрессии или апатии в качестве начальной терапии.

Уровень убедительности рекомендаций – С (уровень достоверности доказательств – 3)

☒ Не рекомендуются применять эрголиновые производные АДР как препараты первой линии в связи с риском развития фиброза клапанов сердца и других фиброзирующих реакций (плевропульмонального/ретроперитонеального фиброза.

Уровень убедительности рекомендаций – С (уровень достоверности доказательств – 3).

☒ Рекомендуется отдавать предпочтение препаратам леводопы в качестве начальной терапии пациентам с выраженными двигательными нарушениями, пожилого возраста (старше 65 лет) в связи с высоким риском нейропсихиатрических осложнений, и с когнитивными нарушениями и серьезными преморбидными заболеваниями.

Уровень убедительности рекомендаций – В (уровень достоверности доказательств – 2)

☒ Не рекомендуется начинать прием препаратов леводопы с препаратов с замедленным высвобождением или энтакапоном у пациентов в качестве начальной терапии. Формы леводопы с контролируемым высвобождением или добавление энтакапона не отдалает развитие моторных осложнений.

Уровень убедительности рекомендаций – А (уровень достоверности доказательств – 1)

☒ Не рекомендуется применение комбинированного препарата леводопы/карбидопы /энтакапона у пациентов на ранних стадиях без моторных флуктуаций .

Уровень убедительности рекомендаций – В (уровень достоверности доказательств – 2).

Рекомендуется применять амантадины или антихолинергические препараты у пациентов при непереносимости дофаминергических препаратов и в некоторых других случаях (например, при невозможности исключить лекарственный паркинсонизм) в качестве начальной монотерапии.

Уровень убедительности рекомендаций – С (уровень достоверности доказательств – 3) Комментарии: Использование холинолитиков ограничено отрицательным влиянием на когнитивные функции и возможным развитием нейропсихиатрических расстройств.

Противопоказанием для назначения холинолитиков являются закрытоугольная глаукома, тахикардия, гипертрофия предстательной железы. Внезапное прекращение приема холинолитиков может сопровождаться рикошетным феноменом, поэтому отмена препаратов должна производиться постепенно.

Последующая коррекция симптоматической терапии у пациентов без моторных флуктуаций.

☒ Рекомендуется добавить препараты АДР и леводопы у пациентов с началом лечения с ингибитора MAO-B, амантадина или холинолитика или их комбинации для поддержания двигательной активности .

Уровень убедительности рекомендаций – С (уровень достоверности доказательств – 3)

☒ Рекомендуется увеличение дозы АДР, переход на другой АДР или добавление препарата леводопы у пациентов с начала лечения с АДР для поддержания двигательной активности.

Уровень убедительности рекомендаций – С (уровень достоверности доказательств – 3)

☒ Рекомендуется увеличение дозы препарата леводопы, добавление АДР или 51 ингибитора MAO-B или ингибитора КОМТ у пациентов с начала лечения с препарата леводопы для поддержания двигательной активности.

Уровень убедительности рекомендаций – С (уровень достоверности доказательств – 3)

☒ Рекомендуется добавление антихолинергического препарата, клозапина или β-блокатора (пропранолола) у пациентов для коррекции выраженного дрожания .

Уровень убедительности рекомендаций – С (уровень достоверности доказательств – 3).

Коррекция феномена истощения разовой дозы препаратов леводопы, предсказуемый феномен «включения-выключения»

☒ Рекомендуется увеличение кратности приема препаратов леводопы до 4-6 раз при сохранении неизменной суточной дозы или ее минимальное увеличение пациентам для коррекции моторных флуктуаций.

Уровень убедительности рекомендаций – С (уровень достоверности доказательств – 4).

☒ Рекомендуется полный или частичный перевод на трехкомпонентный препарат леводопа/карбидопа/энтакапон при недостаточном контроле двигательных симптомов двухкомпонентной леводопой у пациентов для коррекции моторных флуктуаций.

Уровень убедительности рекомендаций – А (уровень достоверности доказательств – 1).

☒ Рекомендуется прием ингибиторов МАО-В в качестве адъювантной терапии у пациентов для коррекции моторных флуктуаций.

Уровень убедительности рекомендаций – А (уровень достоверности доказательств – 1).

☒ Рекомендуются добавление одного из агонистов дофаминовых рецепторов, или перевод с одного АДР на другой у пациентов для коррекции моторных флуктуаций.

Уровень убедительности рекомендаций – А (уровень достоверности доказательств – 1).

Рекомендуется оставлять выбор агониста дофаминовых рецепторов на усмотрение врача у пациентов в связи с недоказанностью преимуществ какого-либо из препаратов на развернутой стадии.

Уровень убедительности рекомендаций – А (уровень достоверности доказательств – 1).

☒ Рекомендуются прием пролонгированных или коротких форм агонистов дофаминовых рецепторов у пациентов для контроля за двигательными симптомами в связи с тем, что пролонгированные формы не имеют доказанных преимуществ перед короткими формами на развернутой стадии .

Уровень убедительности рекомендаций – В (уровень достоверности доказательств – 2).

☒ Рекомендуется комбинированная терапия препаратами леводопы и агонистами дофаминовых рецепторов, в сравнении с монотерапией препаратами леводопы для лучшего контроля за двигательными симптомами, однако, комбинация препаратов достоверно чаще дает побочные эффекты на развернутой стадии.

Уровень убедительности рекомендаций – А (уровень достоверности доказательств – 1).

. ☒ Рекомендуется монотерапия препаратами леводопы у пациентов с когнитивными и психотическими нарушениями для контроля за двигательными симптомами.

Уровень убедительности рекомендаций – А (уровень достоверности доказательств – 1).

☒ Рекомендуется прием ингибиторов катехол-О-метилтрансферазы (КОМТ) у пациентов с моторными флуктуациями для уменьшения периода «выключения».

Уровень убедительности рекомендаций – А (уровень достоверности доказательств – 1).

Коррекция замедленного наступления или отсутствие эффекта разовой дозы препаратов леводопы

☒ Рекомендуется прием препарата, содержащего леводопу, на пустой желудок (за 60 мин до еды), прием препарата леводопы в растворенном виде, соблюдение низкобелковой диеты в течение дня, назначение препаратов, усиливающих моторику желудка (домперидона) у пациентов для коррекции замедленного наступления или отсутствия эффекта разовой дозы препаратов леводопы.

Уровень убедительности рекомендаций – С (уровень достоверности доказательств – 4).

Коррекция непредсказуемых колебаний эффекта разовой дозы препаратов леводопы

☒ Рекомендуется оценить адекватность доз леводопы (излишне малые дозы не обеспечивают полноценного длительного эффекта), увеличить разовую дозу леводопы, увеличив интервал между приемами препарата до 4-5 часов у пациентов для коррекции непредсказуемых колебаний эффекта разовой дозы препаратов леводопы. Уровень убедительности рекомендаций – С (уровень достоверности доказательств – 4)

. ☒ Рекомендуется рассмотреть нейрохирургическое лечение пациентам для 59 коррекции непредсказуемых колебаний эффекта разовой дозы препаратов леводопы при недостаточно контролируемой консервативной терапии.

Уровень убедительности рекомендаций – А (уровень достоверности доказательств – 1).

Коррекция дискинезий пика дозы

☒ Рекомендуется повышение доз агонистов дофаминовых рецепторов у пациентов с лекарственными дискинезиями для уменьшения доз препаратов леводопы.

Уровень убедительности рекомендаций – С (уровень достоверности доказательств – 3).

☒ Рекомендуется увеличение кратности приемов с уменьшением однократной дозы препаратов леводопы у пациентов для коррекции лекарственных дискинезий пика дозы.

Уровень убедительности рекомендаций – С (уровень достоверности доказательств – 4).

☒ Рекомендуется прием амантадинов у пациентов для коррекции лекарственных дискинезий.

Уровень убедительности рекомендаций – А (уровень достоверности доказательств – 1).

☒ Рекомендуется рассмотреть назначение леветирацетама у пациентов для коррекции лекарственных дискинезий в случае, когда другие лекарственные препараты не дали необходимого эффекта.

Уровень убедительности рекомендаций – С (уровень достоверности доказательств – 2).

☒ Рекомендуется рассмотреть назначение клозапина у пациентов для коррекции лекарственных дискинезий только тогда, когда все остальные препараты оказались неэффективны, учитывая высокие риски побочных эффектов.

Уровень убедительности рекомендаций – С (уровень достоверности доказательств – 3).

☒ Рекомендуется рассмотреть нейрохирургическое лечение у пациентов для коррекции лекарственных дискинезий, которые недостаточно контролируются консервативной терапией.

Уровень убедительности рекомендаций – А (уровень достоверности доказательств – 1).

Лечение деменции при болезни Паркинсона

☒ Рекомендуется применение антихолинэстеразных препаратов у пациентов с БП для лечения деменции.

Уровень убедительности рекомендаций - А (уровень достоверности доказательств - 1).

☒ Рекомендуется назначение мемантина** у пациентов с БП для лечения деменции в случае непереносимости или недостаточной эффективности антихолинэстеразных средств (ИХЭ).

Уровень убедительности рекомендаций - А (уровень достоверности доказательств - 1).

Нелекарственная терапия депрессии при болезни Паркинсона

☒ Рекомендуется пациентам с депрессией в качестве дополнительных методов терапии повторная транскраниальная магнитная стимуляция (ПТКМС) для уменьшения тяжести депрессии, когнитивно-поведенческая терапия (КПТ).

Уровень убедительности рекомендаций - В (уровень достоверности доказательств - 3).

IV. Медицинская реабилитация, медицинские показания и противопоказания к

применению методов реабилитации:

Показания: все стадии БП.

1. Двигательная реабилитация:
 - лечебная гимнастика;
 - баланс-тренинг;
 - аэробный тренинг;
 - тренинг ходьбы (скандинавская ходьба).
2. Когнитивный тренинг.
3. Технологии с биологической обратной связью и виртуальной реальностью.
4. Психотерапия.
5. Логопедическая коррекция речевых нарушений и расстройств глотания.
6. Трудотерапия.

V. Дополнительные методы диагностики, лечения:

Методы	Наименование, кратность	Нормативный документ
Физиотерапевтические методы	Проводится в условиях реабилитационного центра	Клинически рекомендации «БОЛЕЗНИ ПАРКИНСОНА от «29» ноября 2016 г.
Клиническая лабораторная диагностика	Дополнительных нет	Стандарт специализированной медицинской помощи при болезни Паркинсона с выраженными когнитивными и другими немоторными расстройствами (приказ МЗ РФ №1556н от 24.12.2012г.)
Цитологические, гистологические методы диагностики	Не показаны	Стандарт специализированной медицинской помощи при болезни Паркинсона с выраженными когнитивными и другими немоторными расстройствами (приказ МЗ РФ №1556н от 24.12.2012г.)
Иглорефлексотерапия	Не показаны	Стандарт специализированной медицинской помощи при

		болезни Паркинсона с выраженными когнитивными и другими немоторными расстройствами (приказ МЗ РФ №1556н от 24.12.2012г.)
Гирудотерапия	Не показаны	Стандарт специализированной медицинской помощи при болезни Паркинсона с выраженными когнитивными и другими немоторными расстройствами (приказ МЗ РФ №1556н от 24.12.2012г.)
Экстракорпоральные методы	Не показаны	Стандарт специализированной медицинской помощи при болезни Паркинсона с выраженными когнитивными и другими немоторными расстройствами (приказ МЗ РФ №1556н от 24.12.2012г.)
Методы традиционной китайской медицины	Не показаны	Стандарт специализированной медицинской помощи при болезни Паркинсона с выраженными когнитивными и другими немоторными расстройствами (приказ МЗ РФ №1556н от 24.12.2012г.)
Методы остеопатии	Не показаны	Стандарт специализированной медицинской помощи при болезни Паркинсона с выраженными когнитивными и другими немоторными расстройствами (приказ МЗ РФ №1556н от 24.12.2012г.)

VI. Порядок информирования и передачи информации в Роспотребнадзор в случае инфекционной патологии: порядок информирования не требуется

VII. Показания для госпитализации:

Показания для экстренной госпитализации:

1. Острая декомпенсация БП
2. Акинетико — гипертермический (злокачественный) синдром

Плановая госпитализация:

1. показаний нет

VIII. Критерии оценки качества медицинской помощи

1. Прием (осмотр, консультация) врача- невролога первичный:

К (частота предоста вления)	Критерии качества	Выпол нение	Уровень достоверно сти доказательс тва (при наличии)	Уровень убедитель ности рекоменда ций (при наличии)
К 1	1. Осмотр врача- невролога первичный. 2. Полная дифференциальная диагностика с другими неврологическими заболеваниями. 3. Осмотр врача- терапевта первичный. 4. Прием врача по лечебной физкультуре. 5. Прием врача невролога повторный	1 1 1	1 1 1 1	а а в а
К 0.9				
К 0.8				
К 0.7				
К 0.6				
К 0.5	1. Прием и консультация врача генетика первичный 2. Осмотр врача- терапевта повторный 3. Осмотр врача физиотерапевта.	1	1	с

2. Лабораторные методы исследования:

К (частота предоста вления)	Критерии качества	Выпол нение	Уровень достоверно сти доказательс тва (при наличии)	Уровень убедитель ности рекоменда ций (при наличии)
К 1	1. Клинический анализ крови развернутый; 2. Биохимический анализ крови	1 1	1 1	с с

	развернутый; 3. Общий анализ мочи; 4. Анализ крови на антитела к ВИЧ, гепатиту В и С;	1 1 1	2 2	с с с
К 0.9				
К 0.8				
К 0.7				
К 0.6				
К 0.5				

3. Инструментальные методы исследования:

К (частота предоста вления)	Критерии качества	Выпол нение	Уровень достоверно сти доказательс тва (при наличии)	Уровень убедитель ности рекоменда ций (при наличии)
К 1	Экг(расшифровкой)			
К0.02	1.стабиллометрия	1	2	в
К 0.9				
К 0.8				
К 0.7				
К 0.6				
К 0.5	1. МРТ головного мозга с контра- стированием	1	А	1

IX. Регламентирующие документы:

Нозологическая форма (болезнь Паркинсона)			
Диагностика, лечение	Стандарт (номер, наименование, дата)	Клинические прото- колы (наименова- ние, кем разработан, номер, дата)	Другое (национальные клинические руководства)

	Приказ Минздрава России МЗ РФ №1556н приказ от 24.12.2012г.) Стандарт специализированной медицинской помощи при болезни Паркинсона с выраженными когнитивными и другими немоторными расстройствами (Клинически рекомендации «Болезнь Паркинсона от «29» ноября 2016 г.
--	--	--	--

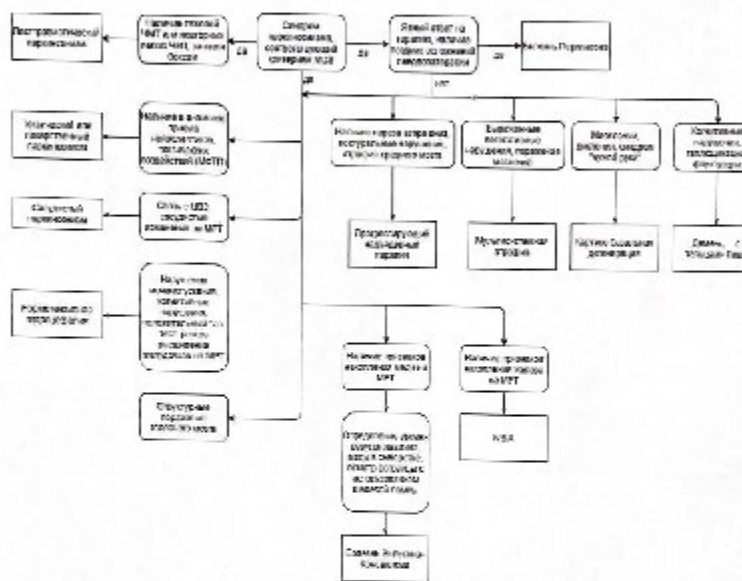
Х. Информация для пациента (кратко о заболевании).

Болезнь Паркинсона (БП) – медленно прогрессирующее хроническое заболевание головного мозга, которое проявляется замедленностью и обеднением рисунка движений, повышением тонуса мышц, неустойчивостью при изменении позы, нарушением ходьбы, а также широким спектром не-двигательных симптомов. Заболевание названо в честь английского врача Джеймса Паркинсона, проявившего феноменальную клиническую наблюдательность и сумевшего описать почти все основные признаки болезни в «Эссе о дрожательном параличе», опубликованном в 1817 г. В названии «дрожательный паралич» было отражено парадоксальное соединение избыточных насильственных движений со своеобразной «слабостью» – нарушением тонких движений конечностей, скованностью, общей замедленностью и обеднением рисунка движений. Только в 1912 г. немецким патоморфологом Фредериком Леви были обнаружены специфические включения в некоторых структурах головного мозга у пациентов с болезнью Паркинсона. Наконец, в 1919 г., выдающийся отечественный невролог К.Н. Третьяков описал аналогичные включения в нейронах черной субстанции, назвав их тельцами Леви. Таким образом, было выявлено, что причиной болезни Паркинсона является нарушение функции и уменьшение численности клеток, содержащих черный пигмент нейромеланин и вырабатывающих дофамин. Эти клетки сконцентрированы в головном мозге в области, называемой черной субстанцией. Собственно, их скопление и придает этой структуре темный оттенок, отраженный в ее названии. Выделяемый этими клетками дофамин, служащий для передачи возбуждения с одной клетки на другую, поддерживает в рабочем состоянии всю систему подкорковых структур, которые обеспечивают регуляцию движений, мыслительной деятельности и аффективного состояния (настроения, мотивации и др.). Недостаток дофамина в глубоких (подкорковых) отделах головного мозга является ключевым биохимическим дефектом при болезни Паркинсона. С ним связаны основные двигательные проявления заболевания, а коррекция недостаточности дофамина с помощью леводопы и других дофаминергических средств служит главным направлением в его лечении. Синдром паркинсонизма со сходными симптомами возможен также при сосудистом или травматическом поражении подкорковых структур головного мозга, опухоли мозга, расширении желудочков мозга (гидроцефалии), побочном действии лекарственных средств, некоторых других хронических заболеваниях головного мозга. Однако болезнь Паркинсона – самая частая причина синдрома паркинсонизма, на долю которой приходится до 80% его случаев. В целом же распространенность болезни Паркинсона составляет от 120 до 180 случаев на 100 000 населения, а в возрасте старше 75 лет ею страдают не менее 2% людей. Болезнь Паркинсона чаще всего проявляется после 50 лет, но не

редки случаи дебюта болезни и в более раннем возрасте. Мужчины страдают несколько чаще, чем женщины.

Приложение Б. Алгоритмы действий врача

Алгоритм диагностики:



Критерии качества специализированной медицинской помощи взрослым при болезни Паркинсона (коды по МКБ-10: [G20](#))

N п/п	Критерии качества	Оценка выполнения
1.	Проведен сбор жалоб и анамнеза не только у пациентов, но и у информаторов	Да/Нет
2.	Выполнена оценка 2. двигательных нарушений на повседневную активность пациентов	Да/Нет
3.	Уточнена сопутствующая медикаментозная терапия, 3. включая растительные препараты, витамины и биологически активные добавки, их дозы и регулярность приема	Да/Нет
4.	Проведен неврологический осмотр	Да/Нет
5.	Проведено специализированное нейропсихологическое 5. обследование с оценкой когнитивных функций	Да/Нет
6	Проведено исследование аффективных нарушений	Да/Нет
7	Проведено исследование вегетативных нарушений	Да/Нет
8	Выполнен общеклинический 8. ческий анализ крови	Да/Нет
9	Выполнен общеклинический анализ мочи	Да/Нет
10	Выполнено нейровизуализационное обследование 10. (КТ/МРТ головного мозга)	Да/Нет
11	Назначена симптоматическая терапия в зависимости от 11. нарушенных функций и предполагаемого нозологического варианта	Да/Нет
12	Назначена немедикаментозная коррекция	Да/Нет

ЧЕК-ЛИСТ ПРОВЕРКИ ИСТОРИИ БОЛЕЗНИ ПРИ БОЛЕЗНИ ПАРКИНСОНА
Код МКБ (G20)

№	Н истории болезни:	ФИО	Возраст:	Да - 1 Нет - 0
1.	Титульный лист. 1. Дата поступления, время поступления; 2. Дата выписки, время выписки; 3. Указание температуры при поступлении; 4. Указание непереносимости лекарственных средств; 5. Указание номера истории болезни; 6. Выставление клинического, заключительного диагноза, при поступлении, с указанием даты, кода заболевания; 7. Указание вида транспортировки больного; 8. Вес, рост больного.			
2.	Оформление 2-й страницы титульного листа 1. Отметка о выдаче л/н с указанием номера и с подписи нетрудоспособного; 2. Указание исхода заболевания; 4. Подписи заведующего, лечащего врача.			
3.	Лист назначений 1. Подпись пациента, лечащего врача, палатной медсестры на листе назначений; 2. Дата назначения препаратов, с датой отмены препаратов, с указанием дозировки и формы, с указанием пути введения препарата; 3. Указание даты назначения, даты выполнения диагностических назначений; 4. Указание лечебного стола.			
4.	Выполнен общеклинический анализ крови.			
5.	Выполнен общеклинический анализ мочи.			
6.	Проведен неврологический осмотр.			
7.	Выполнена оценка двигательных нарушений на повседневную активность пациентов.			
8.	Уточнена сопутствующая медикаментозная терапия, включая растительные препараты, витамины и биологически активные добавки, их дозы и регулярность приема.			
9.	Проведен сбор жалоб и анамнеза не только у пациентов, но и у информаторов.			
10.	Проведено специализированное нейропсихологическое обследование с оценкой когнитивных функций.			
11.	Проведено исследование аффективных нарушений.			
12.	Проведено исследование вегетативных нарушений.			
13.	Выполнено нейровизуализация (КТ/МРТ головного мозга).			
14.	Назначена симптоматическая терапия в зависимости от нарушенных функций и предполагаемого нозологического варианта.			
15.	Этапный эпикриз: 1. каждые 10 й день пребывания в стационаре; 2. имеется указание динамики состояния пациента; 3. имеется указание динамики лабораторно – диагностических данных.			
16.	Выписной эпикриз 1. Персональные данные пациента; 2. Дата и время выписки; 3. Заключительный диагноз согласно классификации заболевания; 4. Данные всех выполненных лабораторно - инструментальных исследований; 5. Указание объективного статуса пациента при выписке и при поступлении; 6. Указание подробных рекомендаций для следующего этапа лечения.			

