

**ЗАТВЕРДЖЕНО**наказом Міністерства охорони здоров'я України  
від 13.06.2008 № 317**Клінічний протокол надання медичної допомоги хворим на паркінсонізм**

Шифр за МКХ-10: G20, G21.

**Паркінсонізм** – хронічне, прогресуюче захворювання головного мозку з дегенерацією нігростріарних нейронів та порушення функції базальних гангліїв.

**Ознаки та критерії діагностики**

Основними симптомами хвороби є тремор, ригідність, брадікінезія та позитивні постуральні рефлекси. В залежності від переважання симптоматики виділяють тремтячу, ригідну, акінетичну та змішану форми хвороби. За даними статистики розповсюдженість паркінсонізму складає 150 чоловік на 100 тисяч населення; щорічно діагностуються виникнення паркінсонізму у 20 чоловік на 100 тисяч населення.

**Умови, в яких повинна надаватися медична допомога**

Хворі на паркінсонізм підлягають амбулаторному лікуванню під спостереженням невролога. При необхідності – стаціонарне лікування в умовах неврологічного відділення. При наявності показів до хірургічного лікування показана госпіталізація у нейрохірургічне відділення.

**Діагностика**

1. Збір анамнезу.
2. Неврологічний та соматичний огляд, огляд психіатра.
3. АКТ / МРТ головного мозку.
4. УЗДГ магістральних судин голови, шії.
5. Дослідження крові: загальний, біохімічний аналіз, контроль згортання.
6. Визначення групи крові, резус-фактора.
7. Загальний аналіз сечі.
8. Консультація нейроофтальмолога, отоневролога.

**Лікування****I. Медикаментозне**

На ранніх стадіях хвороби лікування необхідно починати з призначення інгібіторів МАО типу В (селегелін, юмекс, сеган) або амантодіну (неомідантан, ПК-мерц). При прогресуванні хвороби та переважанні тремтіння – холінолітичні препарати (паркопан, циклодол, трифен). В більш пізніх стадіях – левадопа з інгібіторами периферичної ДОФА-декарбоксилази (сінемет, наком, мадопар). При появі побічних ефектів від прийому левад па-вміщуючих препаратів – призначення допамінових агоністів (парлодел, бромкріптін, роналін). Також допамінові агоністик призначаються на ранніх стадіях розвитку хвороби при домінуванні брідікінезії.

**II. Хірургічне**

Показання:

- прогресування хвороби;
- мала ефективність або неефективність специфічної медикаментозної терапії, розвиток побічних ефектів від медикаментозного лікування (дискінезії, синдром «включення-виключення», феномен «виснаження дози»);
- прогресуюча соціально-побутова дезадаптація.

Види хірургічних втручань

1. Таламотомія (одностороння, двостороння) – деструкція вентролатеральних ядер таламусу.

Показання – тремтяча, ригідні дна форми паркінсонізму.

Покази до двосторонньої операції – отримання стійкого позитивного ефекту після першої операції із повним припиненням або значним зменшенням тремору та ригідності; прогресуючий розвиток рухових розладів на неоперованій стороні; відсутність ускладнень після першої операції (рухових психічних); відсутність вираженої загальносоматичної патології.

2. Палідотомія – деструкція внутрішньої блідої кулі.

Показання – ригідна, брадікінетична форми, дискінезії, що виникли внаслідок вживання протипаркінсонічних препаратів.

3. Глибинна мозкова електростимуляція (одностороння, двостороння). Встановлення глибинних внутрішньомозкових електродів у субталамічне ядро та у GpI).

Показання - ригідна, брадікінетична форми, дискінезії, що виникли внаслідок вживання протипаркінсонічних препаратів.

### **Критерії ефективності та очікувані результати**

Покращання стану хворого проявляється припиненням тремтіння кінцівок, нормалізацією м'язевого тону в них, підвищенням загальної рухової активності, покращання ходьби, підвищення рівня соціально-побутової адаптації.

Після операцій ригідність зникає або значно зменшується у 85-95% хворих; тремор – 75-90% хворих; явища брадікінезії регресують у 60-70% хворих.

Орієнтовна тривалість лікування в стаціонарних умовах складає 10-14 днів. Подальше амбулаторне лікування хворих на паркінсонізм показано під наглядом невролога. Огляд нейрохірурга після операції – 1 раз на рік.

**Головний позаштатний спеціаліст**

**МОЗ України за спеціальністю «нейрохірургія»** Підпис

**Є.Г. Педаченко**