

Развернутая стадия болезни Паркинсона. Возможности перехода на инвазивные методы лечения.

Заседание Совета экспертов (Москва, 16 декабря 2016 г.)

16 декабря 2016 г. в Москве под эгидой **Национального общества по изучению болезни Паркинсона и расстройств движений** и **Секции двигательных расстройств Всероссийского общества неврологов** состоялось заседание Совета экспертов, посвященное проблемам развернутой стадии болезни Паркинсона и современным возможностям перехода на инвазивные методы лечения.

Заседание Совета экспертов, в котором приняли участие более 20 ведущих специалистов нашей страны в данной области клинической неврологии, проходило под председательством:

- члена-корреспондента РАН С.Н. Иллариошкина – заместителя директора по научной работе Научного центра неврологии, президента Национального общества по изучению болезни Паркинсона и расстройств движений;
- профессора А.Б. Гехт – руководителя Научно-практического психоневрологического центра им. З.П. Соловьева Департамента здравоохранения Москвы, ученого секретаря Всероссийского общества неврологов, члена президиума Национального общества по изучению болезни Паркинсона и расстройств движений;
- профессора О.С. Левина – заведующего кафедрой неврологии и руководителя Центра экстрапирамидных заболеваний Российской медицинской академии непрерывного профессионального образования, члена исполкома Европейской секции Международного общества двигательных расстройств, вице-президента Национального общества по изучению болезни Паркинсона и расстройств движений.

На заседании были представлены следующие доклады:

1) А.Б. Гехт, Г.Р. Попов. “Эпидемиологические и социальные аспекты развернутых стадий болезни Паркинсона”;

2) С.Н. Иллариошкин. “Новые подходы и современные технологии лечения развернутых стадий болезни Паркинсона”;

3) Е.А. Катунина, Н.В. Титова. “Развернутые и поздние стадии болезни Паркинсона: критерии диагностики”.

В работе Совета экспертов также принял участие известный испанский ученый-невролог, специалист в области болезни Паркинсона, профессор Pablo Martinez Martín (Instituto de Salud Carlos III, Мадрид). Он представил аудитории новую комбинированную шкалу для оценки тяжести болезни Паркинсона и рассказал о значении оценки результатов лечения самими пациентами в организации помощи при данном заболевании.

По итогам состоявшегося обсуждения была принята следующая резолюция.

Резолюция заседания Совета экспертов “Развернутая стадия болезни Паркинсона. Возможности перехода на инвазивные методы лечения” (16 декабря 2016 г.)

Председатели: член-корреспондент РАН С.Н. Иллариошкин, профессор А.Б. Гехт, профессор О.С. Левин

Болезнь Паркинсона (БП) относится к заболеваниям, ограничивающим физические возможности человека, и является одной из основных причин инвалидизации пациентов



неврологического профиля. Фармакоэкономические исследования показывают, что по мере прогрессирования резко увеличиваются затраты на лечение: по сравнению с I стадией стоимость лечения IV стадии БП возрастает минимум в 2 раза, V стадии – в 5–6 раз.

На развернутой стадии БП дезадаптация пациента преимущественно связана с изменением характера ответа на леводопу и появлением двигательных осложнений – моторных флуктуаций и дискинезий, которые постепенно приобретают характер инвалидирующих и резистентных к стандартным фармакотерапевтическим подходам. Помимо моторных осложнений всё больший вес приобретают леводопа-резистентные немоторные симптомы (когнитивные, психотические, вегетативные) и аксиальные двигательные нарушения (постуральная неустойчивость, падения, нарушение позы, дисфагия), которые становятся важными факторами, снижающими качество жизни пациента и ограничивающими его жизнедеятельность.

Неэффективность контроля двигательных осложнений с помощью традиционных подходов является основанием для рассмотрения вопроса о возможности лечения с применением высокотехнологичной нейромодуляции. В Российской Федерации для пациентов с развернутой стадией БП в качестве инвазивных методик, обеспечивающих постоянную дофаминергическую стимуляцию, могут быть использованы нейрохирургический метод глубокой стимуляции мозга (DBS) и дуоденальная инфузия геля леводопы–карбидопы (ЛКИГ). Мировой опыт применения DBS и инфузии ЛКИГ подтвердил их высокую эффективность не только в отношении дезадаптирующих моторных осложнений, но и в отношении немоторных симптомов, а также улучшения качества жизни пациентов. Улучшение моторных функций на фоне лечения ЛКИГ делает пациента более независимым, снимает бремя ухода с родственников, положительно влияя на их качество жизни, а также приводит к снижению затрат на социальную помощь. Несмотря на высокую стоимость

метода, есть убедительные научные данные, доказывающие, что использование технологии инфузии ЛКИГ уменьшает социально-экономическое бремя развернутой стадии БП и является экономически целесообразным с учетом качества жизни пациента и ожидаемой продолжительности жизни. Уровень коэффициента “затраты–эффективность” при таком виде лечения считается приемлемым, особенно с учетом потенциально небольшого количества нуждающихся пациентов.

Стратегии, связанные с реализацией концепции непрерывной дофаминергической стимуляции, должны проводиться в тот период, когда основные дезадаптирующие симптомы БП чувствительны к леводопе. Основанием для рассмотрения пациента в качестве возможного кандидата для проведения инвазивных методов является соответствие современным критериям развернутой стадии БП (согласно исследованию Delphi panel, Antonini et al., 2015): а) моторные признаки (умеренный уровень дезадаптирующих моторных флуктуаций, не менее 2 ч в сутки в состоянии “выключения”, не менее 1 ч в состоянии дезадаптирующих дискинезий при умеренном общем уровне дискинезий, дезадаптирующая дисфагия, прием леводопы не менее 5 раз в сутки); б) немоторные признаки (флуктуации немоторных симптомов, умеренный уровень нарушений ночного сна); в) функциональные проявления (повторяющиеся падения, необходимость посторонней помощи в повседневной жизни, невозможность выполнять сложные виды деятельности большую часть времени, умеренное нарушение способности к передвижению). Своевременное распознавание развернутой стадии БП позволит вовремя направить пациента к специалисту для обсуждения возможности лечения с помощью инвазивных методов.

Реализация высокоспециализированной помощи при БП требует определения оптимальной “маршрутизации” пациента. Получение высокоспециализированной помощи по соответствующему профилю заболевания (БП) должно осуществляться по направлению

лечащего невролога по месту прикрепления пациента. В условиях специализированного клинко-диагностического кабинета специалист в области двигательных расстройств при недостаточной эффективности консервативной терапии рассматривает вопрос о потенциальной возможности лечения пациента с помощью инвазивных методов и направляет в лечебное учреждение, имеющее возможность оказания указанных видов высокотехнологичной помощи и дальнейшего наблюдения. Критерии отбора для каждой методики требуют тщательного учета физического, психического состояния больных, коморбидности, возраста, социальных аспектов, ожиданий пациента. Окончательный отбор для инвазивного метода и выбор метода должен проводиться в условиях специализированного центра. Для объективной оценки тяжести заболевания и эффектов терапии рекомендуется использование набора специальных шкал и опросников.

В мире практика применения ЛКИГ при БП насчитывает 12 лет (регистрация препарата в 2004 г. в Швеции); к настоящему времени более 5200 пациентов в 31 стране получали этот вид лечения. В Российской Федерации есть многолетний опыт применения технологии DBS, а также положительный опыт применения ЛКИГ (48 пациентов) в рамках круп-

нейшего международного многоцентрового открытого проспективного клинического исследования (354 пациента в 86 центрах в 16 странах) (Fernandez et al., 2015). Полученный опыт может служить основой для дальнейшего внедрения этой технологии.

Важным условием повышения доступности эффективной высокотехнологичной помощи при БП является достаточность информации о современных методах лечения, что подразумевает под собой разработку образовательных программ для врачей и системы информационной поддержки пациентов.

Ссылки:

Antonini A., Odin P., Kleinman L., Skalicky A., Marshall E., Sail K., Onuk K. Implementing a Delphi panel to improve understanding of patient characteristics of advanced Parkinson's disease. *Mov Disord* 2015; 30(Suppl 1): 2072. Poster No 1186. Presented at the 19th International Congress of Parkinson's Disease and Movement Disorders, June 14–18, 2015, San Diego, California, United States.

Fernandez H., Standaert D., Hauser R.A., Lang A.E., Fung V.S., Klostermann F., Lew M.F., Odin P., Steiger M., Yakupov E.Z., Chouinard S., Suchowersky O., Dubow J., Hall C.M., Chatamra K., Robieson W.Z., Benesh J.A., Espay A.J. Levodopa-carbidopa intestinal gel in advanced Parkinson's disease: final 12-month, open-label results. *Mov Disord* 2015; 30(4): 500–508.

