

# **БОЛЕЗНЬ ПАРКИНСОНА**

**Пособие для пациентов  
и их родственников**

Под редакцией проф. ***О.С.Левина***



**Москва**  
**«МЕДпресс-информ»**  
**2014**

УДК 56.12  
ББК 616.858  
Б79

*Все права защищены. Никакая часть данной книги не может быть воспроизведена в любой форме и любыми средствами без письменного разрешения владельцев авторских прав.*

Российская медицинская академия последипломного образования  
Кафедра неврологии  
Центр экстрапирамидных заболеваний  
Национальное общество по изучению болезни Паркинсона  
и расстройств движения  
Общественная организация содействия больным паркинсонизмом

Пособие подготовлено О.С.Левиным, Н.В.Федоровой,  
В.К.Датиевой, А.Ю.Яблонской, И.П.Ким, В.К.Солтамовой

**Болезнь Паркинсона:** пособие для пациентов и их родственников / под ред. проф. О.С.Левина. – М. : МЕДпресс-информ, 2014. – 128 с. : ил.  
ISBN 978-5-00030-075-6

В пособии излагаются основные сведения о болезни Паркинсона, возможностях ее лечения, рекомендуемых для пациента стиле жизни, физической активности и диете.

УДК 56.12  
ББК 616.858

ISBN 978-5-00030-075-6

© Оформление, оригинал-макет.  
Издательство «МЕДпресс-информ», 2014

---

## СОДЕРЖАНИЕ

---

<b>Предисловие</b> .....	5
<b>Основные сведения о болезни Паркинсона</b> .....	7
Что такое болезнь Паркинсона? .....	7
Обследование больных с болезнью Паркинсона	15
Ваше отношение к диагнозу болезни Паркинсона	19
Изменение массы тела .....	21
Лечение болезни Паркинсона .....	22
Побочные эффекты, появляющиеся при длительном приеме препаратов леводопы ...	28
Нелекарственное лечение .....	42
Нейрохирургическое лечение .....	43
Коррекция немоторных симптомов .....	44
<b>Повседневная активность</b> .....	58
Вы проснулись .....	59
Как сесть в постели .....	59
Вы встаете с постели .....	60
Утренний туалет и гигиена .....	61
Выход из дома за покупками .....	64
Прием пищи .....	64
Уборка квартиры .....	66
Стирка белья .....	67
Прогулки .....	67
Двигательная активность в остальное время дня .....	68
Поездка в гости и прием гостей .....	69

Приготовление ко сну .....	70
Советы больным с болезнью Паркинсона, которым предстоит многочасовая поездка в автомобиле, поезде, самолете .....	72
Ваши взаимоотношения с родственниками, близкими и окружающими вас людьми .....	74
Ваше поведение при эпизодах ухудшения состояния в течение дня или в течение нескольких дней .....	75
Падение .....	76
Социальная защита .....	79
<b>Лечебная физкультура .....</b>	<b>81</b>
Комплексы упражнений ЛФК .....	85
Упражнения для туловища .....	87
Упражнения для мышц шеи и надплечья .....	89
Упражнения для мышц плечевого пояса и верхних конечностей .....	91
Упражнения для мышц тазового пояса и нижних конечностей .....	95
Упражнения для мышц лица .....	99
Некоторые дополнительные советы, которые помогут вам преодолеть затруднения в повседневной двигательной активности .....	100
Ходьба .....	100
Равновесие .....	102
Речь .....	103
Письмо .....	104
Упражнения для предупреждения падений .....	106

---

## ПРЕДИСЛОВИЕ

---

Одно из основных направлений деятельности Центра экстрапирамидных заболеваний, 35 лет существующего при кафедре неврологии Российской медицинской академии последипломного образования, – консультативная помощь пациентам с болезнью Паркинсона и другими формами паркинсонизма. Центр стал своего рода «Меккой» для пациентов с экстрапирамидной патологией. За десятилетия существования Центра его сотрудники оказали помощь многим тысячам пациентов с этим недугом.

За то недолгое время, пока длится прием, сотрудник Центра успевает многое – расспросить и осмотреть пациента, поставить правильный диагноз, назначить или откорректировать схему лечения, порекомендовать нелекарственные методы воздействия или, что не менее важно, удержать пациента от бесполезных или авантюрных методов терапии и, наконец, психологически поддержать пациента и его близких.

И тем не менее, у врача часто остается чувство неудовлетворенности – не обо всех аспектах за-

болевания, важных для пациента и его близких, он имеет время рассказать, не на все их вопросы может подробно и обстоятельно ответить.

Так родилась идея о создании специальных школ для пациентов и их родственников и пособий для них, которые бы помогали им выработать нужную линию поведения в сложной ситуации, в которую они попали.

В основу данного пособия положен 35-летний опыт Центра экстрапирамидных заболеваний, опыт наших отечественных и зарубежных коллег в лечении болезни Паркинсона. Многому в профессиональном и человеческом плане мы научились и у наших пациентов, мужественно преодолевающих тяготы заболевания. Надеемся, что пособие принесет им пользу.

---

## ОСНОВНЫЕ СВЕДЕНИЯ О БОЛЕЗНИ ПАРКИНСОНА

---

### Что такое болезнь Паркинсона?

Заболевание названо в честь замечательного 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.

Сегодня врачи знают, что в основе заболевания лежит нарушение функции и уменьшение численности крупных 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, деятельном состоянии всю систему подкорковых структур, объединенных тесными двусторонними связями.

Недостаток дофамина в глубинных (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 около 140 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.

В последние годы стало известно, что причиной патологии клеток черной субстанции является избыточное накопление белка альфа-синуклеина в силу его повышенной продукции (при немногочисленных генетически обусловленных случаях заболевания) или нарушения его распада. Отложения альфа-синуклеина в клетках формируют внутриклеточные *тельца Леви*, что служит одним из важнейших патоморфологических маркеров заболевания, выявляющихся посмертно.

Примерно в 5–10% случаев болезнь Паркинсона имеет семейный характер, и это указывает на то, что в ее основе может лежать генетический дефект, проявляющийся в зрелом возрасте, однако идентифицировать его удалось пока лишь в очень небольшом числе случаев. Предполагают, что спорадические случаи, возникающие в отсутствие семейного анамнеза (т.е. родственников, страдающих тем же заболеванием), вызываются пока не идентифицированным внешним фактором, который проявляет свое действие у лиц с наследственной предрасположенностью.

Наследственная предрасположенность может заключаться в недостаточности систем, предупреждающих скопление *альфа-синуклеина* и других внутриклеточных белков в нервных клетках или их повреждение в ходе окислительных процессов.

Отмечено, что заболевание чаще встречается у некурящих, однако остается неясным, объясняется ли этот факт защитной ролью курения или тем обстоятельством, что у лиц с предрасположенностью к болезни Паркинсона эта безусловно вредная привычка вырабатывается не столь активно. Заболевание часто проявляется после психоэмоционального стресса, однако его роль окончательно не определена.

Основным **клиническим проявлением** болезни Паркинсона служит синдром паркинсонизма, который включает комплекс следующих симптомов:

- замедленность всех движений;
- нарушение тонких движений конечностей;
- истощаемость быстрых чередующихся движений кистей и стоп;
- скованность (повышение тонуса) мышц (*мышечная ригидность*);
- дрожание рук и ног (но почти никогда головы), которое наиболее выражено в покое;

- неустойчивость при изменении положении тела и изменение позы (наиболее часто – сгорбленность);
- укорочение длины шага и шарканье при ходьбе, отсутствие содружественных движений руками при ходьбе.

Симптомы болезни развиваются исподволь. Первыми обычно появляются дрожание, скованность или неловкость в одной из конечностей, реже заболевание первоначально проявляется изменением походки или общей скованностью.

В дебюте заболевания внимание часто привлекает не столько ограничение движений, сколько боли и напряжение в мышцах конечностей или спины (один из нередких ошибочных диагнозов у пациентов с начальными проявлениями болезни Паркинсона – плечелопаточный периартрит).

Вначале симптомы возникают только на одной стороне тела, но со временем постепенно становятся двусторонними. Движения становятся все более замедленными, ослабляется мимика. Из-за редкого моргания взгляд кажется пронзительным, колючим. Пропадают содружественные движения (например, движения рук при ходьбе). Затрудняются тонкие движения пальцев (например, при застегивании пуговиц, вдевании нитки в иглолку, поиске ключей в кармане, игре на музыкальных

инструментах). Почерк становится более мелким и менее разборчивым. Больному все труднее изменить позу, например, встать со стула или повернуться в постели с боку на бок. Речь становится приглушенной и монотонной, иногда заикающейся. Меняется походка: шаги становятся более короткими, шаркающими. На пораженной стороне больной вынужден подтаскивать ногу. Вследствие преобладания тонуса мышц-сгибателей голова и туловище больных наклоняются вперед, руки сгибаются в локтях и прижимаются к туловищу, ноги сгибаются в коленях («поза просителя»).

Дрожание (*тремор*) обычно возникает в покое, например, в руке, спокойно лежащей на колене, или ноге, когда больной сидит и не опирается на нее. Помимо конечностей, дрожание часто вовлекает нижнюю челюсть и губы, но крайне редко всю голову. Движения большого и указательного пальцев при паркинсоническом дрожании напоминают «скатывание пилюль» или «счет монет».

Дрожание – крайне динамичный симптом и зависит как от эмоционального состояния больного, так и от его движений. Например, тремор в руке уменьшается или пропадает во время ее движения, но усиливается при движениях другой руки или ног (в том числе при ходьбе). Дрожание обычно очень беспокоит больных, поскольку, как они

считают, оно привлекает к ним внимание окружающих и «выдает» их болезнь. Однако, в отличие от гипокинезии и ригидности, типичное дрожание покоя практически не препятствует их двигательной активности, поскольку при движении ослабляется или даже полностью исчезает. Только у части больных оно сохраняется при движениях и может затруднять их.

Состояние может существенно колебаться в течение суток или ото дня ко дню, часто в зависимости от психоэмоциональных и, возможно, внешних (погодных) факторов. Из-за стеснительности и чувства неловкости, которые больной испытывает в окружении незнакомых людей (например, в общественном транспорте), чувства тревоги скованность и дрожание могут усиливаться. Наоборот, при пребывании в кругу семьи, среди добрых знакомых, при возможности заняться любимым делом двигательная активность значительно облегчается. Например, музыканты, страдающие болезнью Паркинсона, отмечают, что их состояние улучшается после призывного постукивания дирижерской палочки по пюпитру перед началом выступления. По словам знаменитого литературоведа и мастера художественного рассказа И.Л.Андроникова, известного своими устными рассказами и также страдавшего болезнью Пар-

кинсона, у него внезапно уменьшались симптомы, как только он попадал под свет софитов на сцене.

Кроме перечисленных нарушений движения, при болезни Паркинсона возникают **«немоторные» расстройства** со стороны внутренних органов: замедляется деятельность кишечника, что приводит к запорам, а вот мочевого пузыря релаксируется, и мочеиспускания становятся более частыми, прежде всего в ночное время. При вставании или длительном нахождении в вертикальном положении, а иногда после приема пищи может снижаться артериальное давление, что сопровождается ощущением внезапной слабости или головокружением.

Концентрация внимания при интеллектуальной работе может даваться с большим трудом. Требуется дополнительные усилия, чтобы вспомнить нужное слово, которое иногда так и вертится на кончике языка, но никак не «всплывает». Усиливается слюноотделение, в том числе в ночное время – больные нередко уже в дебюте болезни замечают мокрые пятна на подушке.

Человек часто становится более тревожным и раздражительным. Нередко возникают длительные периоды угнетенного настроения – депрессия. Это связано с двумя причинами: во-первых, пациент бывает огорчен тем, что не может дей-

ствовать так же полноценно, как прежде, ни на работе, ни дома; во-вторых, нарушается активность тех отделов мозга, которые обеспечивают уравновешенное настроение человека. Проявления депрессии разнообразны и включают не только плохое настроение, но и необычно быструю утомляемость, повышенную раздражительность или безразличие к окружающему, изменение аппетита.

Возникают затруднения во взаимоотношениях с окружающими. Это, прежде всего, касается взаимоотношений в семье. Больные бывают недовольны и собой, и окружающими людьми. Если же и сам больной, и окружающие его люди знают о таких психологических проявлениях болезни, то только одно это уже помогает снять психологическое напряжение и наладить доброжелательные отношения.

## **Обследование больных с болезнью Паркинсона**

Традиционные дополнительные методы исследования, как лабораторные, так и инструментальные, не выявляют специфических изменений при болезни Паркинсона и используются главным образом для исключения других заболеваний.

Примерно 10–15% случаев паркинсонизма вызываются не болезнью Паркинсона, а другими

дегенеративными заболеваниями головного мозга. Для этих болезней характерно более обширное вовлечение нервной системы, не ограничивающееся только черной субстанцией, поэтому они проявляются комбинацией паркинсонизма с другими симптомами («паркинсонизм-плюс»). Из этой группы особенно часто встречаются мультисистемная атрофия и прогрессирующий надъядерный паралич.

Для *мультисистемной атрофии* характерны раннее развитие тяжелой вегетативной недостаточности, выражающейся в невозможности удержать артериальное давление в вертикальном положении (*ортостатическая гипотензия*) и недержании мочи, а также нарушение координации движений вследствие дегенерации мозжечковых структур.

При *прогрессирующем надъядерном параличе* рано развиваются нарушения движений глаз, расстройства речи и глотания, более грубо страдает функция поддержания равновесия.

Изредка причиной паркинсонизма бывают интоксикации (например, отравление угарным газом, марганцем, цианидами, метиловым спиртом) или черепно-мозговая травма. Широко распространенный в прошлом постэнцефалитический паркинсонизм, имевший инфекционное проис-



хождение в последние десятилетия диагностируется исключительно редко.

Компьютерная или магнитно-резонансная томография головного мозга позволяет диагностировать сосудистые поражения мозга, гидроцефалию или опухоли, которые также иногда бывают причиной паркинсонизма.

В течение многих лет *сосудистый паркинсонизм*, возникающий как осложнение инсультов или дисциркуляторной энцефалопатии, ошибочно диагностировали у многих пациентов с болезнью Паркинсона. На самом деле сосудистый паркинсонизм встречается довольно редко (на его долю приходится не более 6% паркинсонизма), однако его диагностика очень важна, поскольку он требует особого подхода к лечению.

У больных с паркинсонизмом важно исключить и его возможную лекарственную причину. *Лекарственный паркинсонизм* обычно вызывается *нейролептиками* (такими как Аминазин, Галоперидол, Трифтазин, Эглонил, Сонапакс и др.), которые особенно часто используются в психиатрической практике, но может быть также вызван *метоклопрамидом* (Церукал), применяющимся для лечения тошноты, рвоты и других желудочно-кишечных расстройств, *циннаризином*, применяемым для улучшения мозгового крово-

обращения, или гипотензивными препаратами, содержащими *резерпин*. При лекарственном паркинсонизме после отмены препарата в большинстве случаев симптомы исчезают в течение 4–8 нед., но иногда восстановление затягивается на несколько месяцев и даже лет.

Паркинсонизм нередко ошибочно диагностируют у больных с *эссенциальным тремором*. Эссенциальный тремор (доброкачественный семейный тремор) – заболевание, основным симптомом которого является дрожание, проявляющееся, в отличие от паркинсонического, не в покое, а при движении (например, при письме, поднесении ложки ко рту или наливании воды в стакан). В отличие от болезни Паркинсона, эссенциальный тремор с самого начала наблюдается в обеих руках, нередко у больных возникает дрожание головы. Эссенциальный тремор встречается в 2–4 раза чаще, чем паркинсонизм, часто возникает в более молодом возрасте, прогрессирует очень медленно, в легких и умеренных случаях не требует лечения. Примерно у половины больных с эссенциальным тремором имеются родственники, страдающие тем же заболеванием.

## **Ваше отношение к диагнозу болезни Паркинсона**

Когда опытный невролог приходит к заключению о том, что у вас болезнь Паркинсона, ни Вам, ни Вашим близким не следует впадать в отчаяние. Конечно, эту болезнь пока невозможно радикально вылечить. Она неизбежно ограничивает Вашу активность и на работе, и дома. Она требует непрерывного лечения, в том числе постоянного приема лекарственных средств. Но в наши дни, когда имеется много разных противопаркинсонических препаратов, существует возможность контролировать ее симптомы. Своевременное и правильно подобранное лечение способно сохранить на многие годы Вашу профессиональную и бытовую активность.

**Для того чтобы Вы могли выбрать правильную линию поведения, можем предложить Вам следующие советы.**

- *Выбрать лучшего, по Вашему мнению, врача и во всем ему доверять.* Выполнять все указания врача в отношении лечения. Если возникают какие-то вопросы в отношении лечения, следует консультироваться с врачом о том, как быть дальше. В настоящее время почти в каждом регионе нашей страны работают врачи, специализирующиеся на лечении

Вашего заболевания, которые всегда смогут дать нужный совет.

Ни в коем случае не занимайтесь самолечением! Возьмите за правило применять только такое лечение, которое назначил или одобрил Ваш врач.

- *Организовать свою работу и наладить взаимодействие со своими близкими так, чтобы вы чувствовали себя по возможности максимально уверенным и независимым.* Подумайте, что вы сможете сделать в новых условиях, когда болезнь ограничила вашу обычную двигательную активность, что может помочь вам раскрыть свои возможности. Учитесь спокойно реагировать на неуместное любопытство окружающих. Общение с людьми, имеющими те же проблемы, что у вас, поможет вам справляться с трудностями. Старайтесь не идти на поводу у трудностей и преодолевать их.
- *Выполнять рекомендованный комплекс физических упражнений.* Старайтесь не сокращать, а наоборот, расширять свою двигательную активность. Это не только поддержит ваши физические возможности, но и, как

показывают научные исследования, может затормозить прогрессирование заболевания.

## **Изменение массы тела**

При болезни Паркинсона может меняться масса тела, причем как в сторону снижения, так и в сторону увеличения. Снижение массы тела может возникать за несколько лет до установления диагноза или в первые годы болезни. Часто данный симптом настораживает больных и их родственников, заставляя искать онкологические заболевания. Повышенная настороженность больных приводит к необоснованным консультациям и исследованиям, ненужному растрачиванию сил и средств.

Снижение массы тела, вероятно, является следствием нарушения обмена веществ центрального характера, но бывает также связано со снижением аппетита, тошнотой, рвотой, вызванными лекарственными средствами, а на поздних стадиях заболевания – с произвольными движениями и нарушением глотания.

Увеличение массы тела может быть связано с повышением аппетита на фоне приема противопаркинсонических препаратов (чаще – агонистов дофаминовых рецепторов). В любом случае изменение массы тела происходит в течение не-

скольких месяцев, затем вес на длительный срок стабилизируется и не требует специальных мероприятий. Но в любом случае об изменении веса следует поговорить с лечащим врачом.

## Лечение болезни Паркинсона

Поддержание двигательных функций зависит от двух основных составляющих: успешной лекарственной терапии и адекватной физической активности. Лекарственная терапия, прежде всего, направлена на восполнение дефицита дофамина, развивающегося при болезни Паркинсона в результате поражения клеток черной субстанции. В настоящее время для лечения болезни Паркинсона применяются 6 групп лекарственных средств:

- *Леводопа* (L-ДОФА) – предшественник дофамина, который, в отличие от самого дофамина, способен проникать в головной мозг. В клетках мозга в результате ферментативной реакции леводопа превращается в дофамин, восполняя его дефицит и нормализуя взаимодействие клеток глубоких структур мозга.
- *Агонисты дофаминовых рецепторов* имеют похожую на дофамин химическую структуру и за счет этого способны компенсировать дефицит дофамина, стимулируя его рецепторы.

- *Ингибиторы моноаминоксидазы В* блокируют распад высвободившегося в синапсы дофамина и тем самым усиливают и продлевают его действие.
- *Ингибиторы катехол-О-метилтрансферазы* подавляют распад в организме принятой пациентом леводопы, удлинняя период ее действия.
- *Амантадины* блокируют обратный захват дофамина и норадреналина, но их основной лечебный эффект может быть связан с блокированием глутаматных рецепторов.
- *Холинолитики* нормализуют нарушенное в глубинных структурах мозга соотношение между ослабленным дофаминергическим и усиленным холинергическим действием.

К сожалению, на сегодняшний день нет средства, которое бы доказательно защищало клетки мозга от патологического процесса (т.е. обладало нейропротективным действием) или способствовало их восстановлению, однако такие средства, как ингибиторы моноаминоксидазы В, агонисты дофаминовых рецепторов, амантадин, обладают *нейропротективным* потенциалом, выявленным в исследованиях на животных и культурах клеток, но не подтвержденным пока в клинических испытаниях.

Выбор препарата для начального и последующего лечения, его дозу, число приемов в день, комбинацию лекарств определит только Ваш лечащий врач с учетом индивидуальных особенностей Вашего заболевания.

Все последующее лечение должно проводиться под наблюдением Вашего врача, который оценит его эффективность и безопасность. К сожалению, все препараты имеют побочные эффекты, некоторые из них делают тот или иной препарат нежелательным или противопоказанным именно для Вас. Весь возможный спектр побочных действий отражен во вкладыше-инструкции к препарату.

Чтение этого списка некоторых пациентов повергает в «ступор», однако надо понимать, что по-настоящему опасные препараты не допускаются в клиническую практику, а большинство указанных во вкладыше побочных эффектов встречаются крайне редко. В любом случае польза, которую вы извлекаете из приема препарата, как правило, на порядок выше той опасности, которую создают побочные действия. Конечно, из этого правила есть исключения, о которых хорошо знают врачи, выписывающие Вам тот или иной препарат. И тем не менее, если при знакомстве со вкладышем у Вас появились сомнения в безопасности



данного препарата для вас, посоветуйтесь со своим врачом.

В настоящее время выпускаются противопаркинсонические средства, которые можно принимать один раз в день, что делает лечение более удобным. Тем не менее, многие средства вам придется принимать несколько раз в день, а с учетом необходимости приема сразу нескольких лекарств схема лечения может быть достаточно сложной.

Чтобы не забывать принимать каждый из препаратов в отведенное для него время (а это очень важно для успеха лечения), мы рекомендуем приобрести специальную пластмассовую планшечку с несколькими отделениями (таблетницу) или просто воспользоваться пустыми пузырьками от лекарств. В зависимости от того, как часто врач назначил вам лекарство в течение дня, на каждом пузырьке вы пишете, например: «утро», «день», «вечер», или «8, 12, 16, 20 часов». Лекарства в эти пузырьки Вы или Ваши близкие кладете накануне вечером, практически исключая таким образом неправильный прием лекарств. На напоминание о необходимости приема препаратов в нужное время можно запрограммировать современные «умные» телефоны, планшеты и другие электронные приборы.

У некоторых больных противопаркинсонические лекарства вызывают тошноту, а иногда

и рвоту. Как правило, тошнота и рвота вызываются не раздражением желудка, как считают многие пациенты, а стимуляцией особого участка мозга – так называемого «*рвотного центра*», который содержит дофаминовые рецепторы. В течение 2 нед. рецепторы рвотного центра обычно адаптируются к принимаемому вами дофаминергическому средству, и ощущение тошноты проходит. Для уменьшения тошноты в начальный период лечения или после существенного увеличения дозы лекарства следует принимать во время или сразу после еды. В последующем некоторые препараты (в первую очередь леводопу) следует принимать на пустой желудок – при таком приеме их действие усиливается, наступает быстрее и длится дольше. Если тошнота препятствует приему назначенного препарата, врач порекомендует вам принимать в течение 2–3 нед. *домперидон* (Мотилиум), который заблокирует рецепторы рвотного центра, но при этом не усилит симптомы паркинсонизма.

Напомним, что другое популярное противорвотное средство метоклопрамид (Церукал) противопоказано при болезни Паркинсона, так как способно усугубить ее проявления.

Других побочных эффектов лекарств, как и тошноты, также не следует бояться, поскольку все они могут быть ликвидированы при изменении дозы лекарства или замене препарата лечащим врачом.

Напомним о некоторых **относительно частых побочных эффектах**, встречающихся при приеме тех или иных противопаркинсонических средств.

При приеме амантадина и агонистов дофаминовых рецепторов может появляться *«мраморная» окраска кожи* предплечий и кистей или *отеки голеней и стоп*. При снижении дозы или отмене препарата данный побочный эффект проходит.

Холинолитики (такие как *Циклодол*) противопоказаны при **закрытоугольной** глаукоме и гиперплазии предстательной железы, а также лицам пожилого возраста.

При превышении индивидуально переносимой дозы холинолитики вызывают *«затуманивание» зрения, сухость во рту, запоры, затруднение при мочеиспускании (у мужчин), нарушение внимания и памяти, беспокойство и галлюцинации*.

Следует отметить, что галлюциноз обычно возникает на фоне тяжелого течения заболевания и может быть спровоцирован практически любым

противопаркинсоническим средством, однако в наименьшей степени это свойство обнаруживается у препаратов леводопы, которые обычно остаются в схеме лечения пациентов, имеющих предрасположенность к психотическим расстройствам, тогда как другие препараты приходится поэтапно отменять.

Одним из универсальных приемов, к которым прибегают врачи для уменьшения риска побочных эффектов, является *титрование дозы*: первоначально тот или иной препарат назначается в минимально возможной дозе, а затем дозу постепенно в течение нескольких недель доводят до эффективной при условии хорошей переносимости препарата. При этом дозу препарата стараются ограничить, добиваясь не полного устранения симптомов, а достаточного функционального улучшения, позволяющего больному продолжить работу или сохранить независимость в быту.

## **Побочные эффекты, появляющиеся при длительном приеме препаратов леводопы**

Вот уже около 50 лет наиболее эффективным средством лечения болезни Паркинсона остается леводопа (L-ДОФА – левовращающий изомер аминокислоты *дезокси*фенилаланина). По эффек-

---

## ЛЕЧЕБНАЯ ФИЗКУЛЬТУРА

---

ЛФК представляет собой высокоэффективный метод лечения, основанный на выполнении физических упражнений. ЛФК успешно дополняет лекарственное лечение. Когда человек выполняет физические упражнения, у него улучшается работа сердечно-сосудистой, дыхательной, двигательной и пищеварительной систем.

При болезни Паркинсона на первый план выступают именно нарушения движений. Во-первых, это так называемое «дрожание покоя» (совершенно очевидно, что при лечебной гимнастике, выводящей конечности из состояния покоя, оно уменьшается). Во-вторых, это замедление движений и повышенное напряжение («скованность») мышц, которые после ЛФК и при овладении больным умением расслаблять напряженные мышцы тоже уменьшаются. Если у больного длительное время имеется ограничение движений, то суставы и мышцы «застаиваются», ограничение объема движений может нарастать, могут появиться боли в мышцах и суставах. ЛФК помогает преодолеть эти нарушения.

Когда больному удастся избавиться от этих нарушений, у него улучшается ходьба, восстанавливается привычная осанка, улучшается равновесие.

Если вы заболели недавно, а до этого вели достаточно активный образ жизни (поездки и путешествия, пешеходные и лыжные прогулки, спортивные игры, теннис, волейбол, плавание, велосипед и т.п.), то нет оснований прекращать любимые вами занятия. Принимая хорошо подобранные лекарства, ведя здоровый образ жизни, вы, посоветовавшись с врачом, можете продолжить заниматься любимыми видами спорта.

Улучшая свою физическую активность, вы чувствуете себя гораздо увереннее в повседневной жизни – поездка в транспорте перестает быть для вас проблемой, на работе вы меньше устаете, дома вы лучше справляетесь с домашними делами. Вы можете пойти в театр или на вечеринку.

Однако систематические занятия ЛФК потребуют от вас значительной настойчивости и упорства, а также существенного физического напряжения.

Когда вы оказываетесь перед необходимостью начать систематическую ЛФК, это вовсе не значит, что вы должны срочно приобретать гантели и эспандеры, лезть на шведскую стенку и нырять в бассейн. Вам следует согласовать программу

ежедневных физических упражнений (объем физической нагрузки, продолжительность одного занятия – а их может быть несколько в день, – оптимальный набор упражнений для улучшения именно тех движений, которые вам даются труднее и т.д.) с наблюдающими вас неврологом, врачом ЛФК или реабилитологом, методистом ЛФК, который будет наблюдать, насколько правильно вы выполняете предписанную программу.

В нашем руководстве мы не можем дать рекомендации по ЛФК для всех сразу. Эти рекомендации очень индивидуальны. Однако некоторые советы общего плана будут уместны.

- ЛФК должна быть ежедневной.
- Число занятий в день определяется по совету с неврологом и врачом ЛФК и зависит от особенностей вашей повседневной активности.
- Каждое занятие ЛФК должно приносить вам приятную усталость, но ни в коем случае не измождение. Простой признак – в течение короткого отдыха после ЛФК вы забываете об усталости, но продолжаете ощущать энергию, которую вам дали проделанные упражнения.
- Упражнения в течение дня должны захватывать все мышечные группы и движения во всех суставах для обеспечения максимально большого объема движений. Каждое из заня-

тий тренирует определенную группу мышц, но бóльшая часть этих упражнений должна быть направлена на тренировку тех движений, которые помогают вам преодолеть вызванные болезнью нарушения вашей двигательной активности.

- Любые двигательные упражнения выполняются легче в условиях ритмического режима, привычного или приятного для больного; для одного это ритмичные мелодии, для другого – простой счет вслух или в уме. Очень часто команды самому себе позволяют начать, продолжить в нужном ритме и правильно выполнить все элементы упражнения.
- Старайтесь приурочить ваши занятия ЛФК ко времени более активного состояния в те периоды дня, когда более эффективно помогают лекарства.
- Иногда в течение дня вам не хватает времени, чтобы выполнить все намеченные физические упражнения. В таких случаях нужно научиться «маленьким хитростям» – выполнять отдельные упражнения во время других необходимых для вас действий:
  - езды в транспорте на работу или по делам;
  - на работе при выполнении каких-либо иных действий;