ЗАТВЕРДЖЕНО
Наказ Міністерства охорони
здоров'я України
_____ № _____

СТАНДАРТ МЕДИЧНОЇ ДОПОМОГИ

ДІАГНОСТИКА ТА ЛІКУВАННЯ ХВОРОБИ ПАРКІНСОНА

2026

Загальна частина

Діагноз: Хвороба Паркінсона

Коди стану або захворювання НК 025:2021 «Класифікатор хвороб та споріднених проблем охорони здоров'я»:

G20.0 Хвороба Паркінсона

U80 Хвороби нервової системи

U80.1 Хвороба Паркінсона

Розробники:

Московко Геннадій Сергійович	завідувач кафедри неврології та нейрохірургії факультету післядипломної освіти Вінницького національного медичного університету імені М.І. Пирогова, голова робочої групи;
Карабань Ірина Миколаївна	керівник відділу фізіології та патології екстрапірамідної нервової системи ДУ «Інститут геронтології імені Д.Ф. Чеботарьова НАМН України», заступник голови групи з клінічних питань;
Гончар Євген В'ячеславович	заступник Міністра охорони здоров'я України;
Хаджинова Наталя Афанасіївна	начальник відділу реалізації політик у сфері медичного забезпечення Міністерства охорони здоров'я України;
Костюк Костянтин Романович	керівник відділення функціональної нейрохірургії і нейромодуляції державної установи «Інститут нейрохірургії імені акад. А.П. Ромоданова НАМН України» (за згодою);
Маньковський Дмитро Станіславович	завідувач відділенням кардіоневрології державного некомерційного підприємства «Інститут серця Міністерства охорони здоров'я України»», член експертної групи МОЗ України за напрямком «Неврологічна та нейрохірургічна допомога»;
Марута Наталія Олександрівна	керівник відділу пограничної психіатрії, заступник директора з наукової роботи державної установи «Інститут неврології, психіатрії та наркології імені П.В. Волошина НАМН України», голова громадської організації «Асоціація неврологів, психіатрів і наркологів України» (за згодою);
Гриб Вікторія Анатоліївна	завідувач кафедри неврології та нейрохірургії Івано-Франківського національного медичного університету;

Слободін Тетяна Миколаївна	професор кафедри загальної і медичної психології Національного медичного університету імені О.О. Богомольця;
Дельва Михайло Юрійович	завідувач кафедри нервових хвороб Полтавського державного медичного університету;
Саноцький Яношь Євгенович	лікар-невролог Університетської лікарні Державного некомерційного підприємства «Львівський національний медичний університет імені Данила Галицького», експерт з рухових розладів Львівського обласного науково-практичного центру екстрапірамідних захворювань, голова громадської організації «Українське товариство рухових розладів»;
Кріпчак Олена Олексіївна	лікар-невролог Університетської лікарні Державного некомерційного підприємства «Львівський національний медичний університет імені Данила Галицького», експерт з рухових розладів Львівського обласного науково-практичного центру екстрапірамідних захворювань, секретар громадської організації «Українське товариство рухових розладів»;
Назар Оксана Василівна	завідувач кафедри педіатрії, дитячої неврології та медичної реабілітації Національного університету охорони здоров'я України імені П.Л. Шупика;
Карпінська Катерина Олегівна	завідувач відділення цереброваскулярної патології та екстреної медичної допомоги комунального некомерційного підприємства «Обласний клінічний центр нейрохірургії та неврології» Закарпатської обласної ради (за згодою);
Хіміон Людмила Вікторівна	завідувач кафедри терапії, сімейної медицини, гематології і трансфузіології Національного університету охорони здоров’я України імені П.Л. Шупика.

Методологічний супровід та інформаційне забезпечення

Гуленко Оксана Іванівна	заступник директора - начальник управління стандартизації медичної та реабілітаційної допомоги Департаменту стандартів у сфері охорони здоров’я державного підприємства «Державний експертний центр Міністерства охорони здоров’я України», заступник голови робочої групи з методологічного супроводу;

Рецензенти:

Зінкевич Ярослав Павлович	лікар-нейрохірург Центру нейрохірургії Клінічної лікарні «Феофанія» Державного управління справами, к.мед.н.;
Мяловицька Олена Анатоліївна	професор кафедри внутрішньої медицини навчально-наукового центру «Інститут біології та медицини» Київського національного університету імені Тараса Шевченка, д.мед.н. професор.

Дата оновлення стандарту – 2031 рік

Перелік умовних позначень та скорочень

ГСМ	глибинна стимуляція мозку
ЗОЗ	заклад охорони здоров’я
інгібітори-КОМТ	інгібітори катехол-о-метилтрансферази
КМП	клінічний маршрут пацієнта
КПТ	когнітивно-поведінкова терапія
КК	креатинкіназа
КТ	комп’ютерна томографія
ЛКР	легкий когнітивний розлад
МАО	моноаміноксидаза
МКХ	міжнародна класифікація хвороб
МРТ	магнітно-резонансна терапія
НПЗЗ	нестероїдні протизапальні засоби
РКІ	розлад контролю імпульсів
СВАД	синдром відміни агоністів дофамінових рецепторів
ХП	хвороба Паркінсона
ЦНС	центральна нервова система
RBD	REM behavior disorder (розлади поведінки під час фази сну з швидким рухом очних яблук)
Форма № 003/о	форма первинної облікової документації № 003/о «Медична карта стаціонарного хворого № _», затверджена наказом Міністерства охорони здоров’я України від 14 лютого 2012 року № 110 (у редакції наказу Міністерства охорони здоров’я України від 21 січня 2016 року № 29), зареєстрованим в Міністерстві юстиції України 28 квітня 2012 року за № 662/20975
Форма № 025/о	форма первинної медичної документації № 025/о «Медична карта амбулаторного хворого №_», затверджена наказом Міністерства охорони здоров’я України від 14 лютого 2012 року № 110, зареєстрованим в Міністерстві юстиції України 28 квітня 2012 року за № 661/20974
Форма № 028/о	форма первинної облікової документації № 028/о «Консультаційний висновок спеціаліста», затверджена наказом Міністерства охорони здоров’я України від 14 лютого 2012 року № 110, зареєстрованого в Міністерстві юстиції України 28 квітня 2012 року за № 683/20996.

Розділ І. Організація надання медичної допомоги пацієнтам з хворобою Паркінсона

1. Положення стандарту медичної допомоги

Лікарі різних спеціальностей мають бути обізнані щодо основних факторів ризику та клінічних проявів хвороби Паркінсона (далі – ХП) з метою їх раннього виявлення та направлення пацієнта до закладів охорони здоров'я (далі – ЗОЗ), що надають спеціалізовану медичну допомогу пацієнтам з ХП.

Медична допомога пацієнтам з ХП потребує міждисциплінарної співпраці та інтегрованого ведення пацієнтів мультидисциплінарною командою фахівців, до якої мають бути включені: лікарі загальної практики-сімейної медицини, лікарі-неврологи, лікарі фізичної та реабілітаційної медицини, лікарі-нейрохірурги, лікарі-психіатри, лікарі-психологи, лікарі відділень невідкладної допомоги. Облік та лікування пацієнтів з ХП виконує лікар-невролог.

2. Обґрунтування

Рання діагностика та початок лікування пацієнтів з ХП сприяє попередженню та відтермінування порушення працездатності, появи ознак інвалідності, розвитку невідкладних станів та передчасної смерті пацієнтів.

Завдяки розширенню масштабів просвітницьких заходів щодо ХП за останні роки в Україні та багатьох інших країнах світу було зафіксовано поліпшення діагностики, що призвело до збільшення первинної захворюваності та поширеності, а також до скорочення діагностичної затримки між появою симптомів і встановленням діагнозу.

3. Критерії якості медичної допомоги

Обов'язкові:

1) пацієнти із встановленим діагнозом ХП перебувають під спостереженням лікарів загальної практики-сімейних лікарів та/або лікарів-неврологів;

2) наявність локально узгодженого клінічного маршруту пацієнта (далі – КМП), що координує та інтегрує медичну допомогу, для забезпечення своєчасної діагностики та лікування пацієнтів з ХП;

3) наявність задокументованого індивідуального плану медичної допомоги, узгодженого з пацієнтом та, за його згодою, з членами сім'ї та/або з його законними представниками, і доступного мультидисциплінарній команді, що містить інформацію щодо діагнозу пацієнта, лікування та моніторингу його стану;

4) пацієнти та, за згодою, члени сім'ї/законні представники, забезпечуються у доступній формі інформацією щодо стану пацієнта, плану лікування та подальшого спостереження, навчаються навичок, необхідних для поліпшення результатів медичної допомоги, забезпечуються контактами для отримання додаткової інформації та консультацій;

5) надавачі медичних послуг розміщують інформаційні матеріали стосовно основних клінічних проявів ХП в доступних для пацієнтів місцях, а також на веб-сайтах та офіційних сторінках ЗОЗ у соціальних мережах.

Розділ ІІ. Діагностика хвороби Паркінсона

1. Положення стандарту медичної допомоги

Діагноз ХП може бути запідозрений лікарем будь-якої спеціальності на основі виявлення у пацієнта ознак синдрому паркінсонізму.

Діагноз ХП встановлюється лікарем-неврологом за класичними клінічними критеріями, такими як брадикінезія, тремор спокою та асиметричні симптоми. До них належать кілька немоторних симптомів, таких як гіпосмія. Додаткові діагностичні параметри включають відповідь на препарати леводопи та тривале спостереження, а також рухові флуктуації та дискінезії.

Діагноз ХП, його диференціацію та верифікацію, визначення стадії захворювання та наявності ускладнень, здійснюється лікарями-неврологами на підставі анамнестичних та клінічних даних, даних лабораторних обстежень (виявлення генетичних маркерів), даних візуалізації нервової системи та інших обстежень, необхідних для проведення диференційної діагностики.

2. Обґрунтування

Диференційна діагностика різних синдромів Паркінсона часто викликає значні труднощі, особливо на ранніх термінах захворювання. Це призводить до пошуку клінічно чітких предикторів ХП або атипових синдромів Паркінсона.

Для встановлення діагнозу ХП або її підозри лікар має виявити у пацієнта наявність синдрому паркінсонізму, що включає обов’язковий симптом - брадикінезію (уповільненість рухів), та не менше одного симптому з наступних: м’язову ригідність (підвищення м’язового тонусу за пластичним типом з або без феномену «зубчатого колеса») та/або наявність тремору спокою (насильницький осцилюючий рух кінцівок, що з’являється або посилюється при спокійному лежанні кінцівки на підтримуючій поверхні та різко послаблюється при виконанні довільного руху цією ж кінцівкою). Також характерним для синдрому паркінсонізму є наявність порушень постуральної стійкості (рефлекс збереження пози у вертикальній позиції при спробі вивести людину з рівноваги), що визначає приналежність пацієнта до певної стадії захворювання.

Крім рухових проявів, вже на початку захворювання пацієнти можуть мати ряд характерних для ХП немоторних проявів: зниження нюху, ортостатичну гіпотензію, закрепи, порушення сну, нетримання сечі та порушення статевої функції у чоловіків, тривожні та депресивні розлади.

Діагностичні критерії наразі базуються на критеріях UKPDS BB. Вони є єдиними нейропатологічно перевіреними діагностичними критеріями для діагностики ХП. Діагностичні критерії включають брадикінезію, тремор спокою, асиметричну симптоматику та прогресування захворювання. Підтримуючі діагностичні параметри включають реакцію на препарати леводопи та тривале спостереження впродовж щонайменше п’яти років, рухові флуктуації та дискінезії.

Оскільки ХП є безперервним дегенеративним процесом, застосування продромальних критеріїв може підвищити точність діагностики на ранніх стадіях

захворювання, навіть якщо пряме порівняння з клінічним перебігом через 3-5 років недоступне.

Застосування продромальних критеріїв на ранніх стадіях хвороби Паркінсона є корисним і його слід враховувати в рутинній клінічній практиці для забезпечення діагностичної достовірності в перші кілька років, але постійний діагностичний огляд особливо важливий на ранніх стадіях захворювання.

Диференціальна діагностика ХП є досить складною через наявність великої кількості захворювань з подібною клінічною симптоматикою та залежить від індивідуальних особливостей у кожного пацієнта. Встановлення точного діагнозу іноді можливе тільки через декілька років спостереження за пацієнтом з оцінкою наявності критеріїв виключення та ефективності специфічного лікування.

Будь-яка патологічна форма тремору у пацієнтів з ХП класифікується як паркінсонічний тремор. Тремор спокою є важливим ключовим симптомом ХП і з'являється як найпоширеніша моторна ознака ХП майже у 90% пацієнтів у певний момент протягом захворювання. Тремор спокою зазвичай виникає спочатку у верхніх кінцівках, рідше в нижніх кінцівках, а потім поширюється на іншу сторону тіла. Губи, підборіддя та обличчя також можуть бути вражені тремором у спокої. Формою тремору спокою, яка є специфічною для ХП, є тремор, який зазвичай починається з одного боку, і характеризується повторюваними рухами згинання великого та вказівного пальців.

3.Критерії якості медичної допомоги

Обов'язкові:

1) діагностичні заходи зі встановлення діагнозу ХП передбачають:

збір даних анамнезу, фізикальний огляд, оцінка неврологічного статусу, проведення додаткових методів дослідження, оцінку ефективності специфічного лікування (за необхідності); та встановлюється за допомогою критеріїв MDS, що наведені у додатку 1 до цього Стандарту;

2) у складних діагностичних випадках пацієнту може бути проведений «тест з леводопою», що проводиться із застосуванням 1 таблетки леводопи/карбідопи 250/25 мг та подальшою клінічною оцінкою; тест може вважатись позитивним при суттєвому поліпшенні симптомів паркінсонізму за суб'єктивним враженням пацієнта та/або за об'єктивним покращенням показників >30% за шкалою MDS-UPDRS, що наведена у додатку 2 до цього Стандарту;

3) всім пацієнтам на етапі встановлення діагнозу ХП та за відсутності протипоказань, має бути проведена магнітно-резонансна терапія (далі – МРТ) головного мозку у стандартних послідовностях (зваженими за Т1 і Т2) і, опціонально, зваженими за чутливістю до заліза для виключення інших захворювань, що мають у клінічній картині синдром паркінсонізму;

4) на кожному візиті лікар-невролог повинен визначити стадію хвороби за Модифікованою шкалою Хен і Яра, що наведена у додатку 3 до цього Стандарту, та за наявності рухових флуктуацій в клінічному діагнозі після оцінки стадії вказується в якому періоді («увімкнення» або «вимкнення») була проведена така оцінка;

5) в клінічному діагнозі зазначаються, за наявності, види ускладнень терапії (феномен рухових флуктуацій «увімкнення/вимкнення», феномен «виснаження», феномену «застигання», дискінезії, дистонії), а також наявність супутніх немоторних синдромів (розлади поведінки під час фази сну з швидким рухом очних яблук (далі – RBD), галюцинації, когнітивні порушення, розлади сну, сечовипускання тощо);

6) у тих випадках, коли подальша корекція медикаментозної терапії не призводить до покращення стану пацієнта, при наявності нормального когнітивного статусу та відсутності психічних розладів (за винятком розладу контролю імпульсів (РКІ), викликаного прийомом агоністів дофамінових рецепторів), легкого тривожного та/або депресивного розладу, пацієнт, за його бажанням, направляється на консультацію до нейрохірурга, який володіє методикою встановлення системи для глибинної стимуляції мозку (ГСМ);

7) за наявності ознак психічних та поведінкових розладів пацієнт направляється на консультацію до лікаря-психіатра/лікаря-психолога;

діагностика невідкладних станів:

8) лікарі різних спеціальностей, які надають медичну допомогу, мають бути обізнані з основними симптомами невідкладних станів при ХП, таких як синдром відміни агоністів дофамінових рецепторів (далі - СВАД), синдром гострого акінетичного кризу, синдром відміни ГСМ, РКІ, при виявлені яких пацієнт має бути терміново направлений до лікаря-невролога з можливістю негайної госпіталізації в неврологічне, психіатричне або нейрохірургічне відділення стаціонару або у відділення реанімації та інтенсивної терапії залежно від стану;

9) СВАД виникає на фоні зниження дози та/або відміни агоністів дофамінових рецепторів та встановлюється за наявності наступних критеріїв:

наявність комплексу виражених стереотипних соматичних та/або психологічних симптомів (тривоги, болю, пітливості, ангедонії);

поява симптомів корелює з відміною агоніста дофамінових рецепторів та зміни його дози;

симптоми викликають клінічно значущі порушення стану пацієнта та соціальну/професійну дезадаптацію;

симптоми не реагують на дію леводопи та інших протипаркінсонічних лікарських засобів (крім агоністів дофамінових рецепторів);

симптоми не мають іншого клінічного обґрунтування;

10) пацієнт з ХП при швидкому наростанні симптомів паркінсонізму та за наявності критеріїв синдрому гострого акінетичного кризу, що наведені у додатку 4 до цього Стандарту, має негайно бути госпіталізований у неврологічне відділення стаціонару ЗОЗ;

11) у пацієнтів з ХП та встановленим ГСМ при порушенні адекватної роботи стимулятора, а також при плановому видаленні ГСМ, встановлюється діагноз синдрому відміни ГСМ за наступними критеріями:

наявність пацієнт-асоційованих факторів ризику або технічних факторів

ризику, пов'язаних із системою ГСМ;

клінічна симптоматика у вигляді гострого погіршення симптомів ХП, що супроводжується лихоманкою, порушенням свідомості, супутніми вегетативними симптомами та підвищенням креатинкінази (далі – КК);

несправність системи ГСМ, що була імплантована впродовж тривалого часу і раніше мала позитивні симптоматичні ефекти;

клінічний перебіг характеризується наявністю транзиторної резистентності до леводопи, вираженим погіршенням стану та покращенням після відновлення ефективної ГСМ;

для профілактики розвитку синдрому відміни ГСМ пацієнту проводиться систематичний контроль працездатності системи та рівня заряду батареї кожні 3-6 місяців;

діагностика немоторних проявів ХП:

12) під час огляду лікарем-неврологом пацієнт має бути обов’язково опитаний щодо наявності болю; при позитивній відповіді біль пацієнта оцінюється за шкалою категоризації болю при ХП та за візуально-аналоговою шкалою, що наведені у додатках 5 та 6 до цього Стандарту відповідно;

13) під час огляду пацієнта з ХП встановлюється наявність розладів сечовипускання та еректильної дисфункції (зазвичай пацієнти мають симптоми, пов’язані з фазою наповненням сечового міхура або накопичення сечі, що проявляються у вигляді ніктурії та/або частого або постійного та надзвичайно неприємного відчуття імперативних позивів до сечовипускання та/або нетримання сечі, еректильна дисфункція у чоловіків), та, за необхідності, пацієнт направляється на консультацію до лікаря-уролога;

14) за наявності скарг, що характерні для ортостатичної гіпотензії (запаморочення, головний біль, епізоди втрати свідомості, що виникають або наростають під час тривалого стояння, ранкова гіпертензія із самостійною нормалізацію тиску впродовж дня), пацієнтам слід провести діагностичний тест, що включає активний тест з вертикалізацією або, за можливості, пасивний тест на столі – вертикалізаторі; вимірювання артеріального тиску відбувається у положенні лежачи через 10 хвилин і стоячи - на 3-ій та, за необхідності, 10-ій хвилині; падіння тиску на 3-ій або 10-ій хвилині більше ніж на 10-15 мм рт. ст. вважається критерієм ортостатичної гіпотензії;

15) діагностика хронічних закрепів виконується за наявності наступних критеріїв впродовж щонайменше 3 місяців, причому перші прояви симптомів відбуваються щонайменше за 6 місяців до постановки діагнозу, та повинні бути присутніми ≥2 з наступних симптомів:

грудкуватий або твердий стілець (шкала форми калу Брістоля 1-2) у >25% випадків випорожнень; сильне напруження при >25% випорожнень; суб'єктивно неповне випорожнення у >25% випадків дефекації; суб'єктивна непрохідність у >25% випадків випорожнень; мануальні маневри для полегшення дефекації у >25%

випадків випорожнень (пальцеві маніпуляції, підтримка тазового дна); <3 спонтанних випорожнень на тиждень;

м’який стілець рідко виникає без застосування проносних засобів;

немає критеріїв для синдрому подразненого кишківника;

16) при підозрі на розлади когнітивних функцій пацієнту має бути проведено тестування за МоСА, що наведено у додатку 7 до цього Стандарту; порогове значення для синдрому легкого когнітивного розладу (далі - ЛКР) складає <26 балів, для деменції <21 балу, для встановлення ступеня когнітивного дефіциту ЛКР/деменція, пацієнт направляється до лікаря-психіатра/лікаря-психолога;

17) за наявності ознак тривоги, депресії, психотичних порушень пацієнт направляється на консультацію до лікаря-психіатра/лікаря-психолога з метою діагностики депресивних розладів та виконується відповідно до Уніфікованого клінічного протоколу первинної, вторинної (спеціалізованої) та третинної (високоспеціалізованої) медичної допомоги «Депресія (легкий, помірний, тяжкий депресивні епізоди без соматичного синдрому або з соматичним синдромом, рекурентний депресивний розлад, дистимія)», затвердженого наказом Міністерства охорони здоров’я України від 25 грудня 2014 року № 1003, наявність суїцидальної поведінки є показанням до невідкладного направлення пацієнта до лікаря-психіатра;

18) у випадку підозри наявності синдрому РКІ пацієнт має бути оцінений за шкалою QUIP-RS, наведеною у додатку 8 до цього Стандарту;

19) пацієнти та їх законні представники мають бути регулярно опитані щодо наявності психотичних симптомів (розлади сприйняття, маячення, галюцинації, порушення поведінки) та застосовані наступні критерії:

наявність одного з ключових симптомів: ілюзії, хибне відчуття присутності, галюцинації, делюзії;

ключовий симптом присутній 1 місяць або більше або симптом рекурентний;

ключовий симптом з’явився після постановки діагнозу ХП відповідно до критеріїв;

виключено альтернативні діагнози;

20) при психотичних симптомах та поведінці пацієнта, що загрожує здоров’ю, його життю та безпеці оточуючих, він обов’язково направляється на лікування до лікаря-психіатра;

21) діагноз делірію встановлюється на основі критеріїв, перелічених у МКХ-10 або DSM-V, що наведено у додатку 9 до цього Стандарту), та може призвести до його розвитку у пацієнтів похилого віку (зазвичай >65 років), попереднім вживанням психоактивних речовин, поліпрагмазією, порушенням слуху, супутніми захворюваннями та когнітивними розладами, під дією тригерних факторів, таких як інфекція, порушення обміну речовин, психологічний стрес, побічні ефекти лікарських засобів та біль, тривалим перебуванням в ЗОЗ, особливо у відділеннях інтенсивної терапії, проведення великих хірургічних процедур та встановлення постійних пристроїв, таких як інфузійні лінії та катетери;

Бажані:

22) у складних діагностичних випадках, коли результат може вплинути на подальше лікування та за наявності технічної можливості («відкрите кісткове вікно»), пацієнту може бути виконана транскраніальна сонографія паренхіми головного мозку (оцінка чорної субстанції, сочевицеподібного ядра та 3-го шлуночка);

23) пацієнтам, у яких перші рухові симптоми розпочались у віці до 50 років, які бажають пройти генетичне дослідження та мають щонайменше двох родичів першого ступеня або одного родича першого ступеня та одного родича другого ступеня спорідненості із синдромом паркінсонізму, має бути проведене генетичне консультування та тестування на причинні гени (PRKN, PINK1, DJ1, LRRK2, SNCA та VPS35);

24) за наявності розладів сну пацієнту проводиться оцінка за шкалою PDSS-2, що наведено у додатку 10 до цього Стандарту, а при ознаках денної сонливості - за шкалою ESS, що наведено у додатку 11 до цього Стандарту;

25) при підозрі наявності у пацієнта синдрому поведінкових розладів під час фази сну з швидким рухом очних яблук або за необхідності диференційної діагностики з іншими розладами сну пацієнту призначається проведення полісомнографічного дослідження;

26) для діагностики рухових коливань пацієнту надається для заповнення щоденник Хаузера впродовж 3-х послідовних днів перед наступним оглядом лікарем-неврологом, що наведено у додатку 12 до цього Стандарту;

27) для діагностики синдрому ранкової гіпертензії в контексті ортостатичної гіпотензії пацієнтам слід провести добове (холтерівське) моніторування артеріального тиску та пульсу.

Розділ ІІІ. Лікування пацієнтів з хворобою Паркінсона

1. Положення стандарту медичної допомоги

Лікування пацієнтів з ХП призначається лікарем-неврологом після встановлення діагнозу. Медична допомога пацієнтам з ХП, зазвичай, здійснюється амбулаторно. Стаціонарне лікування є винятком, наприклад, у кризовій ситуації.

Основним методом лікування є замісна терапія дофамінової недостатності препаратами леводопи, агоністами дофамінових рецепторів, препаратами, що змінюють метаболізм дофаміна (інгібітори-МАО-В; інгібітори-КОМТ у вигляді добавки до препаратів леводопи) та їх комбінаціями. У складних випадках, коли подальша корекція медикаментозних засобів не призводить до зменшення симптомів ХП та поліпшення якості життя, розглядається можливість нейрохірургічного втручання, в основі якого лежить встановлення системи ГСМ.

Госпіталізація пацієнтів з ХП до ЗОЗ, що спеціалізуються на діагностиці та лікуванні неврологічних захворювань та мають у своїй структурі відділення інтенсивної терапії/реанімації, здійснюється негайно за наявності симптомів, що загрожують життю: гострий акінетичний криз, синдром відміни агоністів

дофамінових рецепторів, синдром відміни ГСМ, тяжкі психотичні розлади та розлади свідомості.

Госпіталізація в неврологічне відділення здійснюється у наступних випадках:

необхідність проведення «леводопного/апоморфінового тесту»;

підбір/корекція лікування, якщо це не можливо зробити в амбулаторних умовах (наявність когнітивних розладів, відсутність родичів/опікунів, важка коморбідна патологія, при неефективності амбулаторної корекції терапії або побічних ефектів терапії);

різке погіршення стану в наслідок важкої супутньої патології (гостра інфекція, метаболічні порушення, важка соматична патологія, після перенесених операцій або інших причин);

порушення ковтання (ризик аспірації, неможливість перорального прийому ліків) – при наявності мультидисципларної реабілітаційної команди (у тому числі терапевта)

раптове погіршення рівноваги з частими падіннями

синдром відміни агоністів дофамінових рецепторів

синдром відміни глибинної стимуляції мозку або з метою корекції її роботи.

При появі виражених вегетативних порушень (ортостатична гіпотензія з синкопе, різка лабільність артеріального тиску, затримка сечі, кишкова непрохідність) пацієнт може бути госпіталізований в неврологічне відділення або у відділення за профілем ускладнення.

Невідкладна госпіталізація у відділення реанімації/інтенсивної терапії відбувається у випадку підозри на виникнення гострого акінетичного кризу, злоякісного нейролептичного синдрому.

За наявності психічних ускладнень, що загрожують здоров'ю та життю пацієнта та/або оточуючих, пацієнт має бути негайно оглянутий лікарем-психіатром і, за необхідності, госпіталізований у стаціонарне відділення ЗОЗ, що забезпечує психіатричну допомогу.

Хірургічне лікування ХП здійснюється у ЗОЗ, що має відповідне матеріально-технічне, кадрове забезпечення та досвід з виконання постановки ГСМ.

2. Обґрунтування

Мета лікування ХП полягає у зменшенні основних проявів захворювання та покращенні якості життя. Базисом терапії є компенсація недостатності дофаміну в центральній нервовій системі (далі – ЦНС). Фармакотерапію ХП слід розпочинати своєчасно, належним чином та ефективно. Критеріями вибору в якості ініціальної терапії препаратів леводопи є вираженість симптомів, необхідність швидкого ефекту, мультиморбідність, ризик розвитку побічних ефектів від альтернативних лікарських засобів, вірогідна краща переносимість. Залежно від віку пацієнта, тривалості захворювання та соціального стану, можуть бути актуальними такі цілі лікування:

корекція рухових та/або немоторних, та/або вегетативних розладів;

терапія психологічних, психічних та поведінкових симптомів захворювання;

збереження незалежності в повсякденній діяльності;

запобігання/зменшення потреби в догляді;

збереження незалежності в сім'ї та суспільстві (соціальні навички);

підтримання професійної придатності;

збереження/підвищення якості життя;

уникнення вторинних супутніх захворювань внутрішніх органів та ортопедичних порушень;

профілактика/лікування рухових і немоторних ускладнень;

профілактика ускладнень дофамінергічної терапії.

«Золотим стандартом» терапії є застосування препаратів леводопи в комбінації з блокаторами допадекарбоксилази (карбідопа або бенсеразид). Альтернативою застосування леводопи на початку лікування можуть бути неерголінові агоністи дофамінових рецепторів та інгібітори МАО-В. З прогресуванням захворювання закономірно виникають ускладнення терапії у вигляді феноменів «виснаження», коливання ефективності дії лікарських засобів - флуктуації «увімкнення/вимкнення» та поява насильницьких рухів - дискінезій та дистоній. У таких випадках проводиться корекція терапії у вигляді призначення комбінації препаратів леводопи з неерголіновими агоністами дофамінових рецепторів та/або з лікарськими засобами, що змінюють метаболізм дофаміну (інгібітори МАО-В, КОМТ), та/або з амантадином. В окремих випадках, для зменшення симптомів ХП та її ускладнень, пацієнтам має бути запропонована ГСМ (нейрохірургічна процедура зі встановлення постійного електростимулятора в певне ядро головного мозку).

Крім рухових порушень, пацієнти з ХП потребують корекції її немоторних проявів, таких як ортостатична гіпотензія, розлади сну та сечовипускання, біль, психічні та емоційні порушення, когнітивні розлади.

Спостереження за пацієнтом та корекція терапії зазвичай забезпечується на амбулаторному рівні. У випадках, що загрожують життю пацієнта (гострий акінетичний криз) та його оточуючим (психотичні розлади), пацієнти мають бути госпіталізовані у відповідні відділення стаціонарного перебування для більш ретельного спостереження та лікування.

3. Критерії якості медичної допомоги

Обов'язкові:

Лікування рухових симптомів:

1) пацієнтам, які мають рухові порушення, що впливають на повсякденну активність та/або впливають на працездатність, мають бути призначені пероральні препарати леводопи зі звичайним вивільненням в комбінації з блокаторами допадекарбоксилази (карбідопа або бенсеразид); мінімальна цільова кратність прийому препаратів леводопи 3 рази на добу;

2) препарати леводопи призначаються в найменшій дозі з поступовим її збільшенням для запобігання небажаних побічних ефектів (нудоти та/або

блювання), у разі вираженої нудоти та/або блювання швидкість підвищення дози зменшують, а для запобігання нудоті/блюванні призначають домперидон;

3) після призначення терапії пацієнт має бути оглянутий через 4-6 тижнів для визначення адекватності дозування та наявності симптомів непереносимості. В подальшому пацієнта оглядають з інтервалами 3-12 місяців залежно від тяжкості симптомів та клінічної доцільності. У випадку незадовільної відповіді на лікування, поганої переносимості лікування та швидкого прогресування захворювання доцільно вибирати менші інтервали. Цільова доза препаратів леводопи має бути мінімальною, але такою що забезпечує достатній контроль рухових симптомамів ХП. У нічний час рекомендовано застосовувати препарати леводопи пролонгованої дії;

4) у пацієнтів з ХП середнього віку для запобігання ускладнень терапією леводопи в якості ініціального лікування можуть бути призначені неерглінові агоністи дофамінових рецепторів або інгібітори МАО-В;

5) при застосуванні агоністів дофамінових рецепторів та наявності у пацієнтів печінкової недостатності в якості препарату вибору має бути праміпексол, при нирковій недостатності – ропінірол;

6) у випадках недостатності ефекту при ініціальній монотерапії неерголіновим агоністом дофамінових рецепторів або інгібітором МАО-В, або за наявності побічних ефектів від цих груп препаратів в лікування додаються препарати леводопи. Пацієнтам похилого віку з тяжкою супутньою патологією та з ризиком психічних ускладнень, потрібно переглянути доцільність подальшого продовження використання агоністів дофамінових рецепторів та інгібіторів МАО-В;

7) у випадку недостатності ефекту при ініціальній монотерапії препаратами леводопи в лікування можуть бути додані неерголінові агоністи дофамінових рецепторів за відсутності протипоказань або ризиків до їх застосування;

8) при появі моторних флуктуацій рекомендується збільшити кратність прийому препаратів леводопи. Для зменшення симптомів рухових флуктуацій до лікування препаратами леводопи можуть бути додані неерголінові агоністи дофамінових рецепторів, інгібітори МАО-В та інгібітори КОМТ (до кожної дози леводопи);

9) при появі інвалідизуючих дискінезій, пацієнтам рекомендовано зменшити разову дозу препаратів леводопи та збільшити частоту їх прийому, та/або застосовувати препарати амантадину за відсутності протипоказань. При застосуванні амантадину, пацієнт має системно моніторувати побічні реакції (наявність галюцинацій, порушення функції нирок, затримка сечі та подовження інтервалу QT);

10) при домінуванні тремору на фоні оптимально підібраної дофамінергічної терапії за показниками брадикінезії та м’язової ригідності можуть бути застосовані наступні методи його корекції:

антихолінергічні препарати застосовуються у виняткових ситуаціях і тільки у молодих пацієнтів з нормальним когнітивним статусом;

бета-блокатори (поза показаннями) можуть бути ефективні за наявності постурального тремору;

встановлення системи ГСМ;

якщо інші методи не виявились ефективними, а встановлення системи ГСМ є протипоказаною або неможливою, можна застосувати клозапін (поза показаннями) при забезпеченні адекватного моніторингу його побічних реакцій;

11) пацієнтам середнього віку зі збереженою когнітивною функцією, у яких виявляються інвалідизуючі симптоми ХП, ускладнення терапії та подальша корекція медикаментозної терапії не призводить до суттєвого покращення рухової сфери та якості життя, надається інформація щодо можливості хірургічного лікування симптомів ХП; за бажанням пацієнта проводиться консультація лікарем-нейрохірургом з метою встановлення системи ГСМ, який спеціалізується на відповідних хірургічних втручаннях;

12) при встановлення системи ГСМ основною мішенню є субталамічне ядро, якщо встановлення системи ГСМ у субталамічне ядро неможлива або протипоказана, можливе використання у якості мішені проміжне вентролатеральне ядро таламусу/задня субталамічна ділянка або внутрішній сегмент блідої кулі;

13) при виявленні у пацієнта феномену «застигання» під час ходи препаратами вибору є прямі агоністи дофамінових рецепторів та леводопа, причому леводопа має перевагу в виборі, також можуть бути призначені селегілін або разагілін, а також ривастигмін (поза основними показаннями), нікотин (поза основними показаннями) та метилфенідат (поза основними показаннями);

лікування невідкладних станів:

13) у випадку виникнення СВАД застосовують наступні методи лікування:

поступове відновлення прийому або збільшення дози агоністів дофамінових рецепторів;

постійний контроль розвитку суїцидальної схильності та синдрому порушення контролю імпульсів, при появі яких пацієнт невідкладно має бути госпіталізований у стаціонар з можливістю постійного спостереження та надання психіатричної допомоги;

14) при діагностиці гострого акінетичного кризу лікування передбачає:

лікування супутньої інфекції;

зниження температури;

збільшення споживання рідини;

профілактику тромбозу;

регулярний моніторинг життєво важливих функцій організму;

відновлення леводоповмісних препаратів (за необхідності - через назо-гастральний зонд), застосування апоморфіну у лікарській формі підшкірних ін’єкцій;

слід розглянути внутрішньовенне введення амантадину, в окремих випадках застосування бензодіазепінів;

15) при діагностиці синдрому відміни ГСМ виконуються наступні кроки:

негайне відновлення роботи ГСМ;

за відсутності можливості відновлення роботи ГСМ пацієнту надається допомога згідно правил лікування гострого акінетичного кризу;

лікування немоторних симптомів ХП:

16) при сильному хронічному болю при ХП використовується мультимодальний міждисциплінарний підхід, в основі якого лежить оптимізація терапії антипаркінсонічними лікарськими засобами, після чого залежно від типу больового синдрому використовується відповідна схема, що наведено у додатку 13 до цього Стандарту;

17) лікування розладів сечовипускання та еректильної дисфункції залежить від основних механізмів розладів та може включати наступні методи:

пацієнтам мають бути запропоновані немедикаментозні терапевтичні заходи нейрогенного розладу сечового міхура у вигляді його тренування, щоденного коригування споживання рідини та уникнення вживання кофеїну, алкоголю та газованих напоїв. Щоб уникнути соціальної стигматизації, спричиненої нетриманням сечі, слід рекомендувати використання допоміжних засобів. Для немедикаментозного лікування ніктурії пацієнтам слід рекомендувати обмежити споживання рідини в другу половину дня/ввечері, уникати вживання алкоголю ввечері та прагнути підняти верхню частину тіла на 10-20° під час сну;

антимускаринові препарати (соліфенацин, троспіум, дарифенацин) слід застосовувати для медикаментозного лікування почастішання позивів до сечовипускання та нетримання сечі внаслідок надмірної активності детрузора сечового міхура та внаслідок зменшення ємності сечового міхура;

агоністи β3-рецепторів (мірабегрон) слід використовувати для лікування частого сечовипускання та нетримання сечі через надмірну активність детрузора сечового міхура у пацієнтів із ХП, які мають неадекватну відповідь або які не переносять антимускаринові препарати, або яким вони протипоказані;

для лікування гіперактивності детрузора можна призначити внутрішньоміхурову ін'єкцію ботулінічного токсину А пацієнтам, які не мали адекватної відповіді на пероральну терапію, за умови, що рівень рухової та когнітивної здатності пацієнта дозволяє періодичну самокатетеризацію;

для лікування нічної поліурії можна призначити вечірню терапію десмопресином під ретельним контролем артеріального тиску, рівня електролітів у сироватці крові та маси тіла;

для медикаментозної терапії еректильної дисфункції при низькому серцево-судинному ризику під час статевого акту слід розглянути терапію інгібітором фосфодіестерази 5 (силденафіл) та враховувати можливе виявлення/посилення ортостатичної гіпотензії;

18) для лікування ортостатичної гіпотензії у пацієнтів з ХП слід використовувати наступну покрокову схему:

усунути/лікувати обтяжуючі/провокуючі фактори (інфекційні захворювання, зневоднення тощо);

якщо застосовуються антигіпертензивні засоби, слід розглянути питання щодо зменшення дози/припинення їх прийому);

проводити немедикаментозні терапевтичні заходи:

збільшити споживання рідини та солі, за умови відсутності відповідних протипоказань (наприклад, серцевої, печінкової або ниркової недостатності);

уникати великих порцій їжі або надмірного вживання алкоголю;

уникати впливу надмірного тепла;

піднімати верхню частину тіла на 10-20° під час сну;

носити компресійний бандаж для живота впродовж дня, що є ефективнішим, ніж компресійні панчохи;

застосовувати ізометричні прийоми підвищення артеріального тиску в продромальній фазі непритомності (наприклад, скорочення м'язів ніг, сідниць, живота та рук);

розпочати прийом лікарських засобів, що підвищують артеріальний тиск (флудрокортизон при щільному моніторингу його побічних явищ);

19) для лікування нічної/ранкової гіпертензії слід застосовувати наступний покроковий план:

нефармакологічна профілактика та поведінкові заходи:

рекомендувати уникати лежання впродовж дня;

інформувати пацієнта щодо часу прийому будь-яких лікарських засобів, що підвищують артеріальний тиск (не приймати після 16:00);

зменшити споживання рідини у вечірні години (після 18:00);

рекомендувати вживання невеликої кількості їжі перед сном;

рекомендувати підняти верхню частину тіла на 10–20° під час сну;

змінити лікарські засоби, що підвищують артеріальний тиск, тривалої дії на препарати короткої дії;

зниження артеріального тиску: вечірнє застосування клонідину, еплеренону, лозартану, небівололу або силденафілу.

20) для лікування закрепів слід застосовувати наступні заходи:

слід забезпечити щоденне споживання 1,5-2,0 літрів води;

необхідно уникати фізичної бездіяльності;

необхідно уникати регулярного стримування позивів до дефекації;

у базовій терапії геріатричних пацієнтів із закрепами необхідно враховувати індивідуальну переносимість натуральної клітковини та забезпечувати достатнє споживання рідини;

пацієнтам похилого віку можна призначити розчинну клітковину, якщо натуральна клітковина не переноситься;

якщо виникають неприємні супутні симптоми, слід зменшити споживання клітковини та надати пріоритет іншим заходам лікування закрепу;

макрогол слід призначати як препарат першої лінії;

натрію пікосульфат, бісакодил слід призначати як препарати другої лінії пацієнтам, для яких попередня традиційна терапія (спосіб життя, вживання

клітковини, традиційна медикаментозна терапія, традиційні проносні засоби) була недостатньо ефективною або погано переноситься;

рекомендації щодо медикаментозної терапії, що включають лікарські засоби класу антрахінонів, цукор та цукрові спирти;

слід призначити нефармакологічні методи лікування: біологічний зворотний зв'язок та тренування м'язів тазового дна, масаж живота та товстої кишки;

за показаннями призначити пробіотики, пребіотики та синбіотики без рекомендацій щодо конкретного штаму;

21) за наявності розладів сну потрібно підтвердити або виключити чи за порушення сну відповідають моторні або немоторні дофамінергічні флуктуації, в такому випадку дофамінергічну фармакотерапію слід відповідно скоригувати. Якщо в контексті розладів сну лежить RBD, потрібно забезпечити пацієнту безпечне середовище для сну (прибрати предмети, що можуть травмувати пацієнта та його оточуючих). Також можна призначити клоназепам та/або мелатонін з урахуванням можливих побічних ефектів. У випадках безсоння або порушень циркадного ритму слід виключити основні причини, такі як побічні ефекти дії лікарських засобів та/або первинні розлади сну, такі як розлади дихання, пов’язані зі сном. Після виключення причин розладів сну, що можна вилікувати специфічними методами, їх слід лікувати за допомогою заходів гігієни сну, інтенсивних фізичних тренувань та світлотерапії. Доксепін, тразодон, мелатонін, венлафаксин (у разі коморбідної депресії) або міртазапін можна розглядати для лікування безсоння, якщо попереднє лікування виявилось неефективним;

22) для лікування синдрому ЛКР пацієнтам рекомендують проводити заходи фізичної реабілітації та тренування пам’яті. Медикаментозні засоби, такі як мемантин, донепезил та ривастигмін на стадії ЛКР не призначаються. Для лікування когнітивних порушень рівня деменції пацієнту призначаються ривастігмін та донепезил (поза показаннями);

23) для лікування афективних розладів рекомендовано направити пацієнта до лікаря-психотерапевта з метою проведення когнітивно-поведінкової терапії (далі – КПТ), при недостатній ефективності КПТ можуть бути рекомендовані лікарські засоби, що наведено в додатку 14 до цього Стандарту;

24) з метою зменшення синдрому РКІ пацієнтам рекомендовано поступово відміняти агоністи дофамінових рецепторів. При появі симптомів СВАД дози агоністів дофамінових рецепторів зменшують до мінімальної. При персистенції синдрому РКІ та неможливості повністю відмінити агоністи дофамінових рецепторів пацієнта необхідно направити до лікаря-нейрохірурга, який володіє методикою постановки ГСМ, для вирішення подальшої тактики лікування;

25) лікування психотичних симптомів здійснюється поетапно:

впровадження загальних нефармакологічних заходів (включаючи захист від подразників, заходи переорієнтації, відновлення циркадного ритму);

забезпечення загальних терапевтичних заходів (включаючи запобігання зневодненню, лікування інфекції тощо);

зменшення/коригування провокуючих лікарських засобів загалом (антихолінергічних, антиглутаматергічних, седативних) та протипаркінсонічних препаратів. Корекція антипаркінсонічних препаратів відбувається за наступними рекомендаціями:

зменшення дозування протипаркінсонічних препаратів;

спрощення схеми прийому лікарських засобів;

зменшення дози/припинення прийому лікарського засобу слід проводити в такому порядку: антихолінергічні засоби > амантадин > інгібітори МАО-В > агоністи дофамінових рецепторів > інгібітори КОМТ;

якщо попередні кроки не принесли результатів, слід розглянути призначення клозапіну після відповідної оцінки співвідношення ризику та користі (ризик агранулоцитозу, міокардиту, падінь, антихолінергічні побічні ефекти) або кветіапіну поза показаннями пацієнтам з ХП без когнітивних порушень;

у разі когнітивних порушень та невдачі з кроками 1-3 може бути рекомендовано додавання інгібітору ацетилхолінестерази;

якщо кроки 1-4 і 5 виявились неефективними, може бути рекомендована електросудомна терапія.;

26) пацієнтам, які проходять стаціонарне лікування з метою профілактики та лікування деліріозних станів, мають бути забезпечені наступні заходи:

рання мобілізація;

уникнення катетерів;

дотримання денно-нічного режиму;

сенсорні апарати (слухові, зорові) мають використовуватись постійно за необхідності;

контроль споживання їжі та рідини;

тихе оточуюче середовище;

достатнє освітлення та гарні колірні контрасти;

відповідне лікування болю та інфекцій;

забезпечити присутність опікунів;

заходи щодо орієнтації (наприклад, звернення по імені при кожному контакті, наявність годинника на видному місці);

27) під час вагітності препаратом вибору є леводопа в комбінації з карбідопою, заборонено застосовувати амантадин та леводопа/бенсеразид. Пацієнткам, які отримують антипаркінсонічні препарати, заборонено годувати дитину грудьми;

Бажані:

28) пацієнти, у яких відмічаються тяжкі інвалідизуючі симптоми та подальша корекція медикаментозної терапії не призводить до суттєвого полегшення симптомів, а також неможливе або протипоказане встановлення системи для ГСМ, направляються на консультацію до лікаря-нейрохірурга щодо проведення палідотомії. Таламо- та субталамотомію з використанням радіочастотної абляції не слід проводити при ХП. Лікування за допомогою радіохірургічних процедур (гамма-ніж, кібер-ніж) не рекомендується.

Індикатори якості медичної допомоги

1. Наявність у лікаря загальної практики-сімейного лікаря КМП з ХП.
2. Наявність у лікаря, який надає спеціалізовану медичну допомогу, КМП з ХП.

Паспорти індикаторів якості медичної допомоги

1. Наявність у лікаря загальної практики-сімейного лікаря КМП з ХП.

Індикатор ґрунтується на положеннях цього Стандарту.

Зауваження щодо інтерпретації та аналізу індикатора.

Даний індикатор характеризує організаційний аспект запровадження сучасних медико-технологічних документів – КМП у регіоні. Якість надання медичної допомоги пацієнтам, відповідність надання медичної допомоги вимогам КМП, відповідність КМП цьому Стандарту даним індикатором висвітлюватися не може, але для аналізу цих аспектів необхідне обов'язкове запровадження КМП в ЗОЗ.

Бажаний рівень значення індикатора:

2026 рік – 90%;

2027 рік та подальший період – 100%.

Інструкція з обчислення індикатора.

Організація, яка має обчислювати індикатор: структурні підрозділи з питань охорони здоров'я місцевих державних адміністрацій.

Дані надаються лікарями загальної практики-сімейними лікарями зареєстрованими на території обслуговування, до структурних підрозділів з питань охорони здоров'я місцевих державних адміністрацій.

Дані надаються поштою, в тому числі електронною поштою.

Метод обчислення індикатора: підрахунок шляхом ручної або автоматизованої обробки. Індикатор обчислюється структурними підрозділами з питань охорони здоров'я місцевих державних адміністрацій після надходження інформації від усіх лікарів загальної практики-сімейних лікарів, зареєстрованих на території обслуговування. Значення індикатора обчислюється як відношення чисельника до знаменника.

Знаменник індикатора складає загальна кількість лікарів загальної практики-сімейних лікарів, зареєстрованих на території обслуговування. Джерелом інформації є звіт структурних підрозділів з питань охорони здоров'я місцевих державних адміністрацій, який містить інформацію щодо кількості лікарів загальної практики-сімейних лікарів, зареєстрованих на території обслуговування.

Чисельник індикатора складає загальна кількість лікарів загальної практики-сімейних лікарів, зареєстрованих на території обслуговування, для яких задокументований факт наявності КМП з ХП.

Джерелом інформації є КМП, наданий лікарем загальної практики-сімейним лікарем.

Значення індикатора наводиться у відсотках.

2. Наявність у лікаря, який надає спеціалізовану медичну допомогу, КМП з ХП.

Індикатор ґрунтується на положеннях цього Стандарту.

Даний індикатор характеризує організаційний аспект запровадження КМП у регіоні. Якість надання медичної допомоги пацієнтам, відповідність надання медичної допомоги вимогам КМП, відповідність КМП цьому Стандарту даним індикатором висвітлюватися не може, але для аналізу цих аспектів необхідне обов'язкове запровадження КМП в ЗОЗ, що надає спеціалізовану медичну допомогу.

Бажаний рівень значення індикатора:

2026 рік – 90%;

2027 рік та подальший період – 100%.

Інструкція з обчислення індикатора.

Організація, яка має обчислювати індикатор: структурні підрозділи з питань охорони здоров'я місцевих державних адміністрацій.

Дані надаються ЗОЗ, що надають спеціалізовану медичну допомогу пацієнтам з ХП, розташованими на території обслуговування, до структурних підрозділів з питань охорони здоров'я місцевих державних адміністрацій.

Дані надаються поштою, в тому числі електронною поштою.

Метод обчислення індикатора: підрахунок шляхом ручної або автоматизованої обробки. Індикатор обчислюється структурними підрозділами з питань охорони здоров'я місцевих державних адміністрацій після надходження інформації від усіх ЗОЗ, що надають спеціалізовану медичну допомогу пацієнтам з ХП, зареєстрованих на території обслуговування. Значення індикатора обчислюється як відношення чисельника до знаменника.

Знаменник індикатора складає загальна кількість ЗОЗ, що надають спеціалізовану медичну допомогу пацієнтам з ХП, зареєстрованих на території обслуговування. Джерелом інформації є звіт структурних підрозділів з питань охорони здоров'я місцевих державних адміністрацій, який містить інформацію щодо кількості ЗОЗ, що надають спеціалізовану медичну допомогу пацієнтам з ХП, зареєстрованих на території обслуговування.

Чисельник індикатора складає загальна кількість ЗОЗ, що надають спеціалізовану медичну допомогу пацієнтам з ХП, зареєстрованих на території обслуговування, для яких задокументований факт наявності КМП з ХП.

Джерелом інформації є КМП, наданий ЗОЗ, що надає спеціалізовану медичну допомогу пацієнтам з ХП.

Значення індикатора наводиться у відсотках.

Перелік джерел та нормативно-правових актів, використаних при розробці стандарту медичної допомоги

1. Електронний документ Клінічна настанова, заснована на доказах «Хвороба Паркінсона», 2026 рік, https://www.dec.gov.ua/cat_mtd/galuzevi-standarti-ta-klinichni-nastanovi/.

2. Наказ Міністерства охорони здоров’я України від 14 лютого 2012 року №110 «Про затвердження форм первинної облікової документації та інструкцій щодо їх заповнення, що використовуються у закладах охорони здоров’я незалежно від форми власності та підпорядкування», зареєстрований в Міністерстві юстиції України 28 квітня 2012 року за № 661/20974.

3. Наказ Міністерства охорони здоров’я України від 28 вересня 2012 року № 751 «Про створення та впровадження медико-технологічних документів зі стандартизації медичної допомоги в системі Міністерства охорони здоров’я України», зареєстрований в Міністерстві юстиції України 29 листопада 2012 року за № 2001/22313.

4. Наказ Міністерства охорони здоров’я України від 25 грудня 2014 року № 1003 «Про затвердження та впровадження медико-технологічних документів зі стандартизації медичної допомоги при депресії)».

5. Наказ Міністерства охорони здоров'я України від 12 вересня 2024 року № 1581 «Про затвердження Уніфікованого клінічного протоколу первинної та спеціалізованої медичної допомоги «Гіпертонічна хвороба (артеріальна гіпертензія)».

4. Наказ Міністерства охорони здоров'я України від 13 червня 2025 року № 971 «Про затвердження сімнадцятого випуску Державного формуляра лікарських засобів та забезпечення його доступності».

В.о директора Департаменту
медичних послуг **Олена ГАРМАТА**

Додаток 1
до Стандарту медичної допомоги
«Діагностика та лікування
хвороби Паркінсона»
(підпункт 1пункту 3 розділу II)

Критерії діагнозу хвороби Паркінсона Товариства рухових розладів MDS

Критерії синдрому паркінсонізму (акінетико-ригідного синдрому):

1. Наявність **брадикінезії** визначається як уповільненість рухів в поєднанні із зниженням амплітуди та/або швидкості рухів, або з прогресуючими затримками/зупинками під час виконання рухів.

Примітка: *Брадикінезія, як визначено тут, поєднує брадикінезію (уповільненість) та акінезію/гіпокінезію (зниження амплітуди рухів); обидва ці прояви зазвичай присутні при обстеженні, хоча не завжди одночасно (тобто пацієнти не можуть рухатися з нормальною швидкістю та нормальною амплітудою рухів). При паркінсонізмі, зумовленому хворобою Паркінсона, характерне поступове зниження швидкості або амплітуди рухів у процесі їх виконання, що може бути відсутнім при паркінсонізмі іншої етіології.*

2. Наявність **ригідності** - оцінюється, як визначено у MDS-UPDRS, за допомогою «повільних пасивних рухів в основних суглобах, коли пацієнт перебуває в розслабленому стані, а лікар виконує пасивні рухи кінцівками та шиєю». Ригідність характеризується відчуттям рівномірного опору типу «свинцевої трубки», тобто опору, незалежного від швидкості пасивного руху. Він не є виключно наслідком нездатності розслабитися, що відрізняє ригідність від спастичності або паратонії. Хоча феномен «зубчастого колеса» часто спостерігається (і може бути зумовлений тремором, випадково відчутним під час оцінки тонусу), ізольована «зубчаста» ригідність без рівномірного опору типу «свинцевої трубки» не відповідає мінімальним критеріям ригідності.

3. Наявність **тремору спокою** - визначається як тремтіння повністю розслабленої кінцівки з частотою 4-6 Гц, що зменшується або зникає під час довільного руху. Кінетичний та постуральний тремор самі по собі не відповідають критеріям синдрому паркінсонізму.

Примітка: *При хворобі Паркінсона паркінсонічний тремор спокою в руці проявляється й під час тривалого утримання пози (так званий «рекурентний» тремор). Однак, для відповідності діагностичним критеріям тремор має також спостерігатися у стані повного спокою. У пацієнтів із супутнім постуральним або кінетичним тремором під час обстеження важливо забезпечити повне розслаблення кінцівки. Частота справжнього тремору спокою зазвичай буде нижчою, ніж супутній тремор дії.*

Першим важливим критерієм ХП є наявність синдрому паркінсонізму, що визначається, як поєднання брадикінезії з принаймні одним із таких проявів: тремором спокою або ригідністю.

Діагноз Клінічно встановленої хвороби Паркінсона:

1. Відсутність абсолютних критеріїв вимкнення.

2. Наявність щонайменше 2 підтримуючих критерії.

3. Відсутність «червоних прапорців».

Діагноз Клінічно ймовірної хвороби Паркінсона:

1. Відсутність абсолютних критеріїв вимкнення.

2. Присутність «червоних прапорців» нівелюється наявністю підтримуючих критеріїв:

якщо присутній 1 «червоний прапорець», він має нівелюватись принаймні 1 підтримуючим критерієм;

якщо присутні 2 «червоних прапорці», вони мають нівелюватись 2-ма підтримуючими критеріями.

Для цієї категорії допускається не більше 2-ох «червоних прапорців».

Підтримуючі критерії *(відмітьте, якщо критерій позитивний)*

1. Чітка та драматично позитивна реакція на дофамінергічну терапію, коли на фоні початкового лікування пацієнт повернувся до нормального або майже нормального рівня функціонування. За відсутності чіткої документації початкової реакції різку реакцію можна класифікувати як:

а) виражене покращення зі збільшенням дози або помітне погіршення зі зменшенням дози. Незначні зміни не кваліфікуються. Документуйте це або об'єктивно (>30% у UPDRS III зі зміною лікування), або суб'єктивно (чітко задокументований анамнез помітних змін від компетентного пацієнта або опікуна);

б) однозначні та помітні коливання стану ввімкнення/вимкнення, що супроводжуються передбачуваним зниженням ефекту наприкінці дії дози препарату.

2. Наявність леводопа-індукованої дискінезії.

3. Тремор спокою в кінцівці, задокументований під час огляду (в минулому чи під час поточної оцінки).

4. Наявність гіпосмії/аносмії або виявлення симпатичної денервації серця за даними MIBG-сцинтиграфії.

Абсолютні критерії вимкнення

1. Однозначні порушення мозочкових функцій, такі як мозочкова хода, атаксія кінцівок або окорухові розлади мозочкового типу (наприклад, ністагм при фіксації погляду, макроквадрантні хвильові посмикування, гіперметричні саккади).

2. Вертикальний супрануклеарний параліч погляду донизу або вибіркове уповільнення вертикальних саккад донизу.

3. Діагноз ймовірного поведінкового варіанту фронтотемпоральної деменції або первинної прогресуючої афазії, визначеної відповідно до консенсусних критеріїв впродовж перших 5 років захворювання.

4. Паркінсонічні ознаки, обмежені нижніми кінцівками, що відмічаються більше 3 років.

5. Лікування блокатором дофамінових рецепторів або дофамін-знижувальним препаратом у дозі та впродовж часу, достатніх для розвитку медикаментозного паркінсонізму.

6. Відсутність достатньої клінічної відповіді на високі дози леводопи, незважаючи на щонайменше помірну тяжкість захворювання.

7. Однозначна втрата кіркової чутливості (тобто графестезія, стереогнозія з інтактними первинними сенсорними доменами), чітка ідеомоторна апраксія кінцівок або прогресуюча афазія.

8. Нормальна функціональна нейровізуалізація пресинаптичної дофамінергічної системи.

9. Задокументований альтернативний стан, відомий як причина паркінсонізму та має правдоподібний причинно-наслідковий зв’язок із симптомами пацієнта. Або лікар-експерт, який оцінює пацієнта, на основі повної діагностичної оцінки вважає, що альтернативний синдром є більш імовірним, ніж хвороба Паркінсона.

«Червоні прапорці»

1. Швидке прогресування порушення ходи, що вимагає регулярного використання інвалідного візка впродовж 5 років від початку захворювання.

2. Повна відсутність прогресування рухових симптомів або ознак впродовж 5 або більше років, якщо стабільність не пов'язана з лікуванням.

3. Рання бульбарна дисфункція: тяжка дисфонія або дизартрія (мовлення нерозбірливе більшу частину часу) або тяжка дисфагія (що вимагає м'якої їжі, назогастрального зонда або годування через гастростому) впродовж перших 5 років.

4. Інспіраторна дихальна дисфункція: денний або нічний інспіраторний стридор або часті інспіраторні зітхання.

5. Тяжка вегетативна недостатність впродовж перших 5 років захворювання, що може включати:

а) ортостатичну гіпотензію — ортостатичне зниження артеріального тиску впродовж 3 хвилин після стояння щонайменше на 30 мм рт. ст. систолічного або 15 мм рт. ст. діастолічного, за відсутності зневоднення, прийому лікарських засобів або інших захворювань, що могли б правдоподібно пояснити вегетативну дисфункцію, або

б) тяжку затримку сечі або нетримання сечі впродовж перших 5 років захворювання (за винятком тривалого або незначного стресового нетримання сечі у жінок), що не є просто функціональним нетриманням. У чоловіків затримка сечі не повинна бути пов'язана із захворюванням передміхурової залози та має бути пов'язана з еректильною дисфункцією.

6. Рецидивні (>1/рік) падіння через порушення рівноваги впродовж 3 років від початку захворювання.

7. Непропорційний антероколіс (дистонічний) або контрактури кистей/стоп впродовж перших 10 років.

8. Відсутність будь-яких поширених немоторних ознак захворювання, незважаючи на 5-річну тривалість захворювання. До них належать порушення сну (безсоння, пов'язане з підтримкою сну, надмірна денна сонливість, симптоми розладу поведінки у фазі сну з швидким рухом очних яблук), вегетативна дисфункція (закреп, денні позиви до сечовипускання, симптоматичний ортостаз), гіпосмія або психіатрична дисфункція (депресія, тривога або галюцинації).

9. Пірамідні знаки, які не мають іншого пояснення, що проявляються у вигляді центральних парезів або чітких патологічних рефлексів (за винятком легкої асиметрії рефлексів та ізольованої розгинальної стопної реакції).

10. Двосторонній симетричний паркінсонізм: пацієнт або доглядач повідомляє про двосторонній початок симптомів без переважання сторони, і переважання однієї сторони не спостерігається при об'єктивному обстеженні.

Застосування Критеріїв:	Так	Ні
1. Чи є у пацієнта паркінсонізм, як визначено критеріями MDS? Якщо ні, то не можна діагностувати ні ймовірну, ні клінічно встановлену ХП. Якщо так:	□	□
2. Чи є якісь абсолютні критерії вимкнення? Якщо «так», то не можна діагностувати ні ймовірну, ні клінічно встановлену ХП. Якщо ні:	□	□
3. Кількість наявних «червоних прапорців» ____		
4. Кількість наявних підтримуючих критеріїв ____		
5. Чи є принаймні 2 підтверджуючі критерії та немає червоних прапорців? Якщо так, пацієнт відповідає критеріям клінічно встановленої ХП. Якщо ні:	□	□
6. Чи є більше 2 «червоних прапорців»? Якщо «так», то ймовірну ХП не можна діагностувати. Якщо ні:	□	□
7. Чи кількість «червоних прапорців» дорівнює або є меншою за кількість підтримуючих критеріїв? Якщо так, пацієнт відповідає критеріям ймовірної ХП	□	□

Додаток 2
до Стандарту медичної допомоги
«Діагностика та лікування
хвороби Паркінсона»
(підпункт 2 пункту 3 розділу II)

Уніфікована шкала оцінки хвороби Паркінсона Міжнародного товариства рухових розладів (MDS-UPDRS)

Частина 1. Немоторні аспекти повсякденного життя (nM-EDL)

Дана частина шкали оцінює вплив немоторних симптомів ХП на повсякденну активність пацієнтів. Вона містить 13 питань. Частина 1А (6 питань) виконується дослідником (лікарем) та орієнтована на оцінку складної поведінки. Частина 1В представлена опитувальником, що включає 7 питань, для самооцінки пацієнтом немоторних проявів повсякденної активності.

Частина 1А

Під час виконання частини 1А лікар повинен керуватися такими правилами:

1. Позначте у верхній частині бланка, від кого отримані відповіді: від пацієнта, особи, яка доглядає, або і пацієнта, і особи, яка доглядає, у рівній пропорції.

2. Відповіді на запитання повинні відображати період попереднього тижня, включаючи день збирання інформації.

3. Усі оцінки повинні мати ціле значення (не допускаються оцінки у півбала або пропущені пункти). Якщо за будь-яким пунктом оцінка не може бути зроблена (наприклад, пацієнт не ходить), у відповідному пункті має бути позначено НО (неможливо оцінити).

4. Відповіді повинні відображати звичайний рівень функції та при опитуванні пацієнта необхідно використовувати слова «зазвичай», «найчастіше», «велику частину часу».

5. Кожне питання супроводжується пояснювальним текстом (інструкціями для пацієнта або особи, яка доглядає), який Ви повинні їм зачитати. Після цього Ви можете поставити додаткові питання для оцінки симптому, вказаного в інструкції для дослідника.

Ви НЕ ПОВИННІ ЗАЧИТАТИ КРИТЕРІЇ ОЦІНКИ пацієнту або особі, яка доглядає, оскільки вони містять медичну термінологію.

Ґрунтуючись на опитуванні та клінічному аналізі, ви повинні вибрати для оцінки найкращу отриману відповідь.

6. У пацієнта можуть бути коморбідні захворювання або інші медичні стани, що впливають на його функції. Ви разом із пацієнтом повинні оцінити проблему у тому вигляді, в якому вона існує, не намагаючись розмежувати вплив ХП чи іншого захворювання.

Приклад спрямованого розпитування за різних варіантів відповідей для частини 1А.

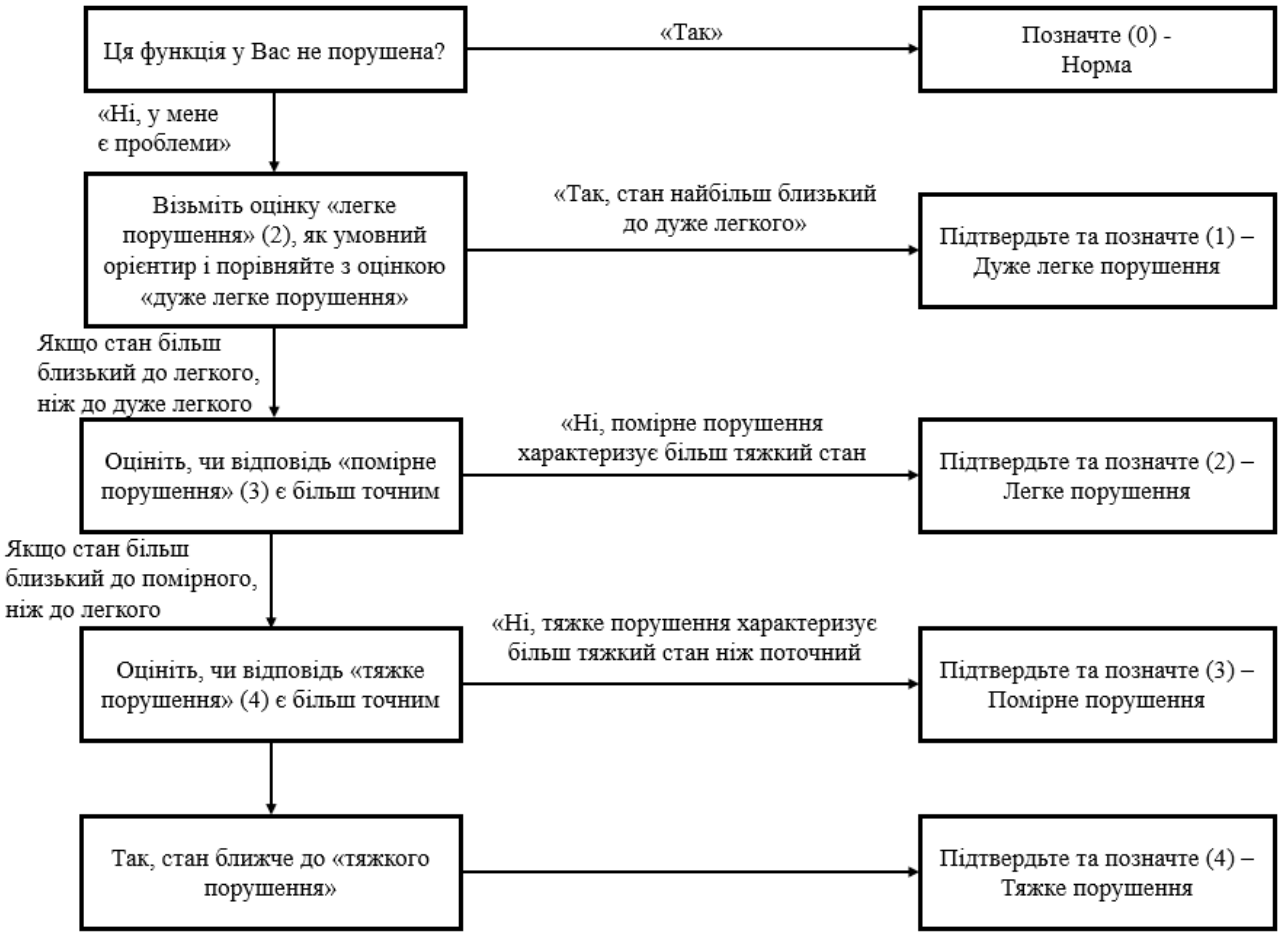
Запропоновані стратегії призначені для отримання найбільш точних відповідей

Після прочитання інструкції пацієнту Ви повинні оцінити всю функцію в цілому, з'ясовуючи під час обговорення, чи вона є нормальною чи порушеною. Якщо ваші питання не виявили порушення цієї функції, слід поставити 0 і перейти до наступного питання.

Якщо питання виявили порушення цієї функції, оцініть виразність цього порушення щодо оцінки, що відповідає середині діапазону можливих оцінок ступеня тяжкості (відповідає оцінці 2 або легкого розладу): стан пацієнта може відповідати цьому рівню, бути легшим або тяжчим. Не зачитуйте пацієнтові формулювання варіантів оцінки, оскільки у них використано медичну термінологію. Ви повинні поставити пацієнтові достатньо питань, щоб вибрати відповідну оцінку.

Перебираючи варіанти оцінки щодо вибраного орієнтира, необхідно знайти найбільш точний варіант відповіді, виключивши при цьому вказані вище і нижче варіанти.

Схема



MDS UPDRS

Частина 1. Немоторні аспекти повсякденного життя (nM-EDL)

Частина 1А: Складні види поведінки (заповнюється досліджуючим)

Джерело інформації:

☐ Пацієнт ☐ Доглядаюча особа ☐ Пацієнт і особа, яка доглядає, однаково

Зачитується пацієнту: Я збираюся поставити Вам 6 питань про те, що з вами відбувається або, можливо, не відбувається. Деякі питання стосуються частих проблем, інші – рідкісніші для Вас. Якщо у Вас є проблема в одній з цих сфер, будь ласка, виберіть найбільш точну відповідь, яка відображає те, як Ви себе відчували БІЛЬШУ ЧАСТИНУ ЧАСУ ВПРОДОВЖ ОСТАННЬОГО ТИЖНЯ. Якщо Вас ця проблема не турбує, Ви можете просто відповісти НІ. Я маю намір якомога ретельніше обстежити Вас, тому ставитиму питання про проблеми, які Ви, можливо, не відчуваєте.

1.1 КОГНІТИВНІ ПОРУШЕННЯ

Інструкції для дослідника: Оцініть всі типи змін когнітивних функцій, включаючи уповільнення когнітивної діяльності, порушення мислення, зниження пам'яті, порушення уваги та орієнтації. Оцініть їх вплив на повсякденну життєдіяльність з точки зору пацієнта та/або особи, яка доглядає.

Інструкції для пацієнта (і особи, яка доглядає): За останній тиждень виникали у Вас проблеми, пов'язані з неможливістю згадати щось, підтримати розмову, утримувати увагу, чітко мислити або орієнтуватися в будинку чи місті?

(Якщо ТАК, дослідник попросить пацієнта або особу, яка доглядає, дати пояснювальну інформацію).

0: Норма: Немає когнітивних порушень.

1: Дуже легкі: Визнаються пацієнтом або особою, яка доглядає, але не перешкоджають здатності пацієнта підтримувати нормальний рівень активності та взаємодію з оточуючими.

2: Легкі: Клінічно виявляється когнітивна дисфункція з незначним впливом на здатність пацієнта підтримувати нормальний рівень активності та взаємодію з оточуючими.

3: Помірні: Когнітивний дефіцит обмежує, але не виключає здатність пацієнта підтримувати нормальний рівень активності та взаємодію з оточуючими.

4: Тяжкі: Когнітивна дисфункція унеможливлює підтримку пацієнтом нормального рівня активності та взаємодію з оточуючими.

1.2. ГАЛЮЦИНАЦІЇ ТА ПСИХОЗ

Інструкції для дослідника: Оцініть наявність ілюзій (спотворене сприйняття реальних стимулів) і галюцинацій (спонтанні помилкові сприйняття). Візьміть до уваги всі основні сенсорні модальності (зорова, слухова, тактильна, нюхова, смакова). Оцініть як несформовані (хибні відчуття присутності чи проходження), і сформовані (чітко деталізовані) сприйняття. Оцініть критику пацієнта до галюцинацій, наявність марення або параноїдного мислення.

Інструкції для пацієнта (і особи, яка доглядає): За останній тиждень чи бачили Ви, чули або відчували те, що реально не існувало?

(Якщо ТАК, що досліджує просить пацієнта або особу, яка доглядає, дати пояснювальну інформацію).

0: Норма: Немає галюцинацій чи психотичної поведінки.

1: Дуже легкі: Ілюзії або несформовані галюцинації, але пацієнт ставиться до них із критикою.

2: Легкі: Сформовані галюцинації, не пов'язані із зовнішніми стимулами, без втрати критики.

3: Помірні: Сформовані галюцинації зі втратою критики.

4: Тяжкі: Маячня або параноїдні розлади.

1.3 ДЕПРЕСІЯ

Інструкції для дослідника: Зверніть увагу на знижений фон настрою, смуток, безнадійність, відчуття порожнечі та втрату відчуття задоволення. Оцініть наявність цих проявів та їх тривалість за останній тиждень, а також їх вплив на здатність пацієнта підтримувати повсякденну активність та вступати у взаємодію з оточуючими.

Інструкції для пацієнта (і особи, яка доглядає): За останній тиждень чи відчували Ви пригніченість, смуток, безнадійність, нездатність насолоджуватися? Якщо ТАК, чи зберігалися ці прояви довше 1 дня? Чи ускладнювали ці прояви виконання Ваших повсякденних справ та спілкування з людьми?

(Якщо ТАК, то досліджуючий просить пацієнта або особу, яка доглядає, дати пояснювальну інформацію).

0: Норма: Немає депресії.

1: Дуже легка: Епізоди пригніченого настрою, кожен із яких триває трохи більше 1 дня; без порушення здатності пацієнта підтримувати нормальний рівень активності та взаємодії з оточуючими.

2: Легка: Пригнічений настрій зберігається більше 1 дня, але без порушення здатності пацієнта підтримувати нормальний рівень активності та взаємодії з оточуючими.

3: Помірна: Пригнічений настрій обмежує, але не усуває повністю підтримання пацієнтом нормального рівня активності та взаємодії з оточуючими.

4: Тяжка: Пригнічений настрій унеможливлює підтримку пацієнтом нормального рівня активності та взаємодії з оточуючими.

1.4 ТРИВОГА

Інструкції для дослідника: Виявіть наявність нервозності, внутрішньої напруги, занепокоєння або тривоги (включаючи панічні атаки) за останній тиждень, визначте їх тривалість та вплив на здатність пацієнта здійснювати повсякденну активність та взаємодію з оточуючими.

Інструкції для пацієнта (і особи, яка доглядає): За останній тиждень чи відчували Ви нервозність, занепокоєння чи внутрішню напругу? Якщо ТАК, то чи тривали ці відчуття довше 1 дня? Чи ускладнювали ці прояви виконання Ваших повсякденних справ чи спілкування з людьми?

(Якщо ТАК, що досліджуючий просить пацієнта або особу, яка доглядає, дати пояснювальну інформацію).

0: Норма: Немає тривожних відчуттів.

1: Дуже легка: Тривожні відчуття зберігаються одномоментно трохи більше 1 дня; не порушують здатність пацієнта підтримувати нормальний рівень повсякденної активності та вступати у взаємодію з оточуючими.

2: Легка: Тривожні відчуття зберігаються більше 1 дня, але не порушують здатність пацієнта підтримувати нормальний рівень активності та взаємодії з оточуючими.

3: Помірна: Тривожні відчуття обмежують, але виключають здатність пацієнта підтримувати нормальний рівень активності та взаємодії з оточуючими.

4: Тяжка: Тривожні відчуття унеможливлюють підтримання нормального рівня активності та взаємодії з оточуючими.

1.5 АПАТІЯ

Інструкції для дослідника: Зверніть увагу на спонтанну активність, наполегливість, мотивацію та ініціативність. Оцініть вплив зниженого рівня цих характеристик на повсякденну активність та взаємодію з оточуючими. Дослідник повинен спробувати диференціювати прояви апатії від схожих симптомів, які найімовірніше пов'язані з депресією.

Інструкції для пацієнта (і особи, яка доглядає): За останній тиждень чи відзначали Ви відсутність бажання робити щось або проводити час з іншими людьми?

(Якщо ТАК, лікар просить пацієнта або особу, яка доглядає, дати пояснювальну інформацію).

0: Норма: Немає апатії.

1: Дуже легка: Визнається пацієнтом або особою, яка доглядає, але не впливає на здатність пацієнта підтримувати нормальний рівень активності та взаємодії з оточуючими.

2: Легка: Апатія порушує окремі види активності та взаємодії з оточуючими.

3: Помірна: Апатія порушує більшість видів активності та взаємодій з оточуючими.

4: Тяжка: Пасивність і відстороненість, повна втрата ініціативи.

1.6 ПРОЯВИ СИНДРОМУ ДОФАМІНОВОЇ ДИЗРЕГУЛЯЦІЇ

Інструкції для дослідника: Оцініть залученість пацієнта до різних видів діяльності, включаючи незвичайну або надмірну пристрасть до азартних ігор (наприклад, казино або лотереї), незвичайні або надмірні сексуальні бажання або інтереси (наприклад, раптовий інтерес до порнографії, мастурбації, (хобі, розбирання предметів на частини, сортування та розкладання по порядку) або додатковий прийом лікарських засобів без призначення лікаря, не пов'язаний із медичними причинами (як прояв пристрасті до препарату). Оцініть вплив цієї патологічної активності/поведінки на життєдіяльність пацієнта, життя його сім'ї та соціальні взаємини (включаючи необхідність позичати гроші або інші фінансові труднощі, наприклад, пов'язані з витрачанням грошей на кредитній карті, великі сімейні конфлікти, відволікання від роботи, пропуск їжі, недостатній сон у зв'язку з цією діяльністю).

Інструкції для пацієнта (і особи, яка доглядає): Чи відчували Ви за останній тиждень надзвичайно сильні бажання, які було складно контролювати? Чи відчували Ви потребу робити щось або думати про що-небудь і Вам було тяжко припинити це?

(Як приклад, наведіть пацієнтові пристрасть до азартних ігор (заклопотаність підтриманням чистоти, використання комп'ютера, прийом надлишкової кількості лікарських засобів, підвищений інтерес до їжі або сексу). Використовуйте приклади, які безпосередньо стосуються цього пацієнта).

0: Норма: Немає проблем.

1: Дуже легкі: Проблеми присутні, але зазвичай не є причиною будь-яких труднощів для пацієнта, його сім'ї або осіб, які доглядають.

2: Легкі: Проблеми присутні і є причиною деяких труднощів у житті пацієнта та його сім'ї.

3: Помірні: Проблеми існують і є причиною значних труднощів у житті пацієнта та його сім'ї.

4: Тяжкі: Проблеми присутні і порушують нормальну діяльність пацієнта та його взаємодію з оточуючими, а також заважають підтримувати звичний рівень життя пацієнта та його сім'ї.

Залишилися питання в частині I (Немоторні аспекти повсякденного життя): [Порушення сну, Денна сонливість, Біль та інші сенсорні відчуття, Порушення сечовипускання, Закрепи, Запаморочення при вставанні, Втома] включені в Опитувальник для пацієнта, разом з усіма питаннями Частини II (Моторні аспекти повсякденного життя).

Опитувальник для пацієнта

Інструкція

Даний опитувальник дозволить дізнатися про те, що Ви відчуваєте у повсякденному житті. У ньому 20 питань. Ми постаралися не втратити нічого, і деякі питання можуть не мати до Вас ніякого відношення ні в даний момент, ні взагалі. Якщо у Вас немає будь-якої проблеми, просто позначте 0, що означає НІ.

Будь ласка, прочитайте кожне з питань уважно та вивчіть усі запропоновані варіанти відповідей перш ніж відзначити ту, яка найбільше відповідає Вашому стану.

Нам необхідно дізнатися про Ваш стан за останній тиждень, включаючи сьогоднішній день. У деяких пацієнтів стан може змінюватись впродовж дня. Однак на кожне запитання потрібно дати тільки один варіант відповіді, тому, будь ласка, виберіть той, який краще відображає Ваш стан більшу частину часу.

У Вас можуть бути інші захворювання, окрім хвороби Паркінсона. Не намагайтеся відокремити їхній вплив від впливу хвороби Паркінсона. Просто виберіть найкращий варіант відповіді на кожне з питань.

При відповіді використовуйте лише бали 0, 1, 2, 3, 4 та нічого іншого. Не залишайте пропусків.

Ваш лікар або медсестра можуть допомогти роз'яснити суть питання, але відповідати на них повинен сам пацієнт: або самостійно, або за допомогою особи, яка доглядає.

Хто заповнював опитувальник? (Виберіть найбільш точний варіант)

☐ Пацієнт ☐ Доглядаюча особа ☐ Пацієнт і особа, яка доглядає, однаково

Частина 1: Немоторні аспекти повсякденного життя (nM-EDL)

1.7 ПОРУШЕННЯ СНУ

Чи Вам було важко заснути вночі або проспати всю ніч за останній тиждень? Наскільки Ви відчуваєте себе вранці після сну?

0: Норма: Немає порушень.

1: Дуже легкі: Порушення сну є, але зазвичай не заважають спати впродовж всієї ночі.

2: Легкі: Порушення сну викликають деякі труднощі, що заважають спати всю ніч.

3: Помірні: Порушення сну викликають значні труднощі, що заважають спати впродовж усієї ночі, але я зазвичай сплю більше половини ночі.

4: Тяжкі: Я зазвичай не сплю більшу частину ночі.

1.8 ДЕННА СОНЛИВІСТЬ

Чи важко Вам залишатися пильним впродовж дня за останній тиждень?

0: Норма: Немає денної сонливості.

1: Дуже легка: Денна сонливість проявляється, але я можу цьому чинити опір і залишаюся в пильному стані.

2: Легка: Іноді я засинаю, коли залишаюся один і перебуваю в розслабленому стані, наприклад, при читанні чи перегляді телевізора.

3: Помірна: Я іноді засинаю в невідповідний момент, наприклад, при їді або розмові з іншими людьми.

4: Тяжка: Я часто засинаю в невідповідний момент, наприклад, при прийомі їжі або розмові з іншими людьми.

1.9 БІЛЬ ТА ІНШІ СЕНСОРНІ ВІДЧУТТЯ

Чи виникали у Вас за останній тиждень неприємні відчуття в тілі, наприклад, біль, тяжкість, поколювання, болючі спазми м'язів?

0: Норма: Немає неприємних відчуттів.

1: Дуже легкі: Я маю неприємні відчуття, проте це не заважає мені займатися чимось або контактувати з іншими людьми.

2: Легкі: Ці відчуття приносять мені деякі незручності, коли я займаюся чимось або контактую з іншими людьми.

3: Помірні: Ці відчуття створюють значні проблеми, але вони не змушують мене припинити займатися чимось або відмовитися від контактів з іншими людьми.

4: Тяжкі: Ці відчуття змушують мене припинити займатися чимось або відмовитися від контактів з іншими людьми.

1.10 ПОРУШЕННЯ СЕЧОВИПУСКАННЯ

Чи виникали у Вас за останній тиждень проблеми з контролем над сечовипусканням? Наприклад, раптові позиви на сечовипускання, надто часте сечовипускання чи нетримання сечі?

0: Норма: Немає порушень.

1: Дуже легкі: У мене буває прискорене або раптове сечовипускання, яке буває тяжко стримувати, проте ці проблеми не ускладнюють мою повсякденну активність.

2: Легкі: Проблеми з сечовипусканням викликають деякі труднощі у моїй повсякденній активності, однак у мене не буває нетримання сечі.

3: Помірні: Проблеми із сечовипусканням викликають значні труднощі у моїй повсякденній активності, у тому числі пов'язані з нетриманням сечі.

4: Тяжкі: Я не можу контролювати сечовипускання та використовую підгузки або сечоприймач або у мене катетер у сечовому міхурі.

1.11 ЗАКРЕПИ

Чи виникали у Вас зазвичай за останній тиждень труднощі з випорожненням кишечника?

0: Норма: Закрепи відсутні.

1: Дуже легкі: У мене бувають закрепи, і мені потрібні додаткові зусилля для спорожнення кишечника, проте це не порушує моєї активності чи комфорту.

2: Легкі: Закрепи дещо ускладнюють мою життєдіяльність або є джерелом дискомфорту.

3: Помірні: Закрепи значно ускладнюють мою життєдіяльність і є джерелом дискомфорту, але не змушують утриматися від будь-якої активності.

4: Тяжкі: При випорожненні кишечника я змушений вдаватися до фізичної допомоги іншої особи.

1.12 ЗАПАМОРОЧЕННЯ ПІД ЧАС ВСТАВАННЯ

Чи відчували Ви за останній тиждень непритомний стан, запаморочення чи нестійкість, коли Ви вставали після перебування у положенні сидячи чи лежачи?

0: Норма: Немає відчуття запаморочення чи нестійкості під час вставання.

1: Дуже легке: При вставанні виникають відчуття запаморочення або нестійкості, проте вони не ускладнюють моє повсякденне життя.

2: Легке: Відчуття запаморочення чи нестійкості змушують мене триматися за опору, але мені не потрібно сісти чи лягти.

3: Помірне: Відчуття запаморочення чи нестійкості змушують мене сісти чи лягти, щоб не впасти чи знепритомніти.

4: Тяжке: Я падаю або втрачаю свідомість у зв'язку з запамороченням або відчуттям нестійкості.

1.13 ВТОМА

Чи відчували Ви постійну втому за останній тиждень? Причому це відчуття не пов'язане із сонливістю чи сумним настроєм.

0: Норма: Немає втоми.

1: Дуже легка: Втома присутня, але не ускладнює виконання дій чи контактів з іншими людьми.

2: Легка: Втома викликає певні труднощі при виконанні дій або контактах з іншими людьми.

3: Помірна: Втома спричиняє значні труднощі при виконанні дій або контактах з іншими людьми.

4: Тяжка: Втома змушує мене припинити будь-яку активність чи контакти з іншими людьми.

Частина II
Моторні аспекти повсякденного життя

2.1 МОВЛЕННЯ

Чи відмічали Ви зазвичай за останній тиждень проблеми з вимовою?

0: Норма: Немає проблем.

1: Дуже легкі порушення: Моя мова недостатньо гучна, чітка чи виразна, проте іншим людям не доводиться мене перепитувати.

2: Легкі порушення: Моя мова змушує інших людей іноді перепитувати мене, але не щодня.

3: Помірні порушення: Через невиразність моєї мови іншим людям доводиться щодня мене перепитувати, хоча більшість часу мова зрозуміла.

4: Тяжкі порушення: Більшу частину часу чи увесь час мова залишається повністю незрозумілою.

2.2. СЛИНА І СЛИНОТЕЧА

Чи відчували Ви зазвичай за останній тиждень виділення надлишкової кількості слини під час неспання чи сну?

0: Норма: Немає проблем.

1: Дуже легке: У мене дуже багато слини, але вона не стікає з рота.

2: Легке: У мене незначна слинотеча під час сну, але її немає, коли я не сплю.

3: Помірне: У мене незначна слинотеча під час неспання, але мені зазвичай не потрібні серветки або хустку.

4: Тяжке: У мене настільки сильна слинотеча, що мені потрібно регулярно користуватися серветками або хусткою для захисту мого одягу.

2.3 ЖУВАННЯ ТА КОВТАННЯ

Чи виникали у Вас зазвичай за останній тиждень проблеми з ковтанням таблеток або їжею? Чи потребуєте Ви подрібнення таблеток, прийому більш м'якої подрібненої або протертої їжі, щоб не вдавитись?

0: Норма: Немає проблем.

1: Дуже легкі порушення: Я відзначаю сповільненість жування або потребу в додаткових зусиллях під час ковтання, але не давлюся і не потребую спеціально приготовленої їжі.

2: Легкі порушення: Мені доводиться ділити мої таблетки або спеціально готувати їжу через проблеми з жуванням або ковтанням, але я жодного разу не давився за останній тиждень.

3: Помірні порушення: я давився принаймні один раз за останній тиждень.

4: Тяжкі: Мені потрібне зондове харчування через проблеми з жуванням і ковтанням.

2.4 ПРИЙМАННЯ ЇЖІ

Чи виникали у Вас зазвичай за останній тиждень труднощі з їжею або використанням столових приладів? Наприклад, труднощі при утриманні їжі пальцями, користуванні ножом, виделкою, ложкою чи паличками.

0: Норма: Немає проблем.

1: Дуже легкі порушення: Прийом їжі сповільнений, але я не потребую допомоги і їм акуратно.

2: Легкі порушення: Прийом їжі уповільнений і в мене іноді випадає їжа, мені може знадобитися допомога при деяких діях, наприклад, при розрізанні м'яса.

3: Помірні порушення: Мені необхідна допомога при виконанні багатьох дій, пов'язаних з їжею, але деякі я виконую сам.

4: Тяжкі порушення: Мені необхідна допомога при всіх або майже при всіх діях, пов'язаних з їжею.

2.5 ВДЯГАННЯ

Чи відчували Ви зазвичай за останній тиждень труднощі з одяганням? Наприклад, чи одягалися Ви повільно, чи була Вам потрібна допомога, щоб застебнути ґудзики або «блискавку», одягнути чи зняти одяг чи прикраси?

0: Норма: Немає проблем.

1: Дуже легкі порушення: Я одягаюся повільно, але не потребую допомоги.

2: Легкі порушення: Я одягаюся повільно, і мені потрібна допомога при виконанні деяких дій (наприклад, при застібці ґудзиків або надяганні браслета).

3: Помірні порушення: Мені потрібна допомога при виконанні багатьох дій при одяганні.

4: Тяжкі порушення: Мені потрібна допомога при виконанні більшості або всіх дій, пов'язаних з одяганням.

2.6 ГІГІЄНА

Чи зазначали Ви зазвичай за останній тиждень уповільненість або необхідність сторонньої допомоги при вмиванні, прийнятті ванни, голінні, чищенні зубів, зачісуванні або виконанні інших дій, пов'язаних з особистою гігієною?

0: Норма: Немає проблем.

1: Дуже легкі порушення: Я все роблю повільно, але не потребую сторонньої допомоги.

2: Легкі порушення: я потребую сторонньої допомоги при виконанні деяких гігієнічних процедур.

3: Помірні порушення: Мені потрібна допомога у виконанні багатьох гігієнічних процедур.

4: Тяжкі порушення: Мені потрібна допомога у виконанні більшості або всіх гігієнічних процедур.

2.7 ПОЧЕРК

Чи зазначали Ви зазвичай за останній тиждень, що люди зазнають труднощів при читанні написаного Вами?

0: Норма: Немає проблем.

1: Дуже легкі порушення: Я пишу повільно, ніяково, незграбно, але всі слова зрозумілі.

2: Дуже легкі порушення: Деякі слова незрозумілі та їх складно прочитати.

3: Помірні порушення: Багато слів незрозумілі і тяжко читаються.

4: Тяжкі порушення: Більшість слів або всі слова не піддаються прочитанню.

2.8. ЗАНЯТТЯ ХОБІ ТА ІНШОЮ ДІЯЛЬНІСТЮ

Чи відчували Ви зазвичай за останній тиждень труднощі під час заняття своїм хобі чи інших дій, які Вам хотілося б виконати?

0: Норма: Немає проблем.

1: Дуже легкі порушення: Я трохи повільний, але легко впораюся з цими заняттями.

2: Легкі порушення: У мене виникають труднощі при цих заняттях.

3: Помірні порушення: У мене виникають значні труднощі при цих заняттях, але з більшістю з них я впораюся.

4: Тяжкі порушення: Я не впораюся з усіма цими заняттями або більшістю з них.

2.9 ПОВОРОТИ В ЛІЖКУ

Чи відчували Ви зазвичай за останній тиждень труднощі при повороті в ліжку?

0: Норма: Немає проблем.

1: Дуже легкі порушення: У мене виникають деякі труднощі при повороті в ліжку, але мені не потрібна допомога.

2: Легкі порушення: У мене виникають значні труднощі при повороті в ліжку і іноді потрібна стороння допомога.

3: Помірні порушення: Щоб повернутись у ліжку, мені часто потрібна стороння допомога.

4: Тяжкі порушення: Я не можу повернутися в ліжку без сторонньої допомоги.

2.10 ТРЕМОР

Чи відчували Ви зазвичай за останній тиждень тремтіння?

0: Норма: Ні, у мене не буває тремтіння.

1: Дуже легкий: Тремтіння виникає, але не ускладнює будь-яких дій.

2: Легкий: Тремтіння ускладнює лише деякі дії.

3: Помірний: Тремтіння ускладнює багато моїх повсякденних дій.

4: Тяжкий: Тремтіння ускладнює всі або майже всі дії.

2.11 ВСТАВАННЯ З ЛІЖКА, СИДІННЯ АВТОМОБІЛЯ АБО ГЛИБОКОГО КРІСЛА

Чи відчували Ви зазвичай за останній тиждень труднощі під час вставання з ліжка, сидіння автомобіля чи глибокого крісла?

0: Норма: Немає проблем.

1: Дуже легкі порушення: Я встаю повільно або незграбно, але зазвичай можу це зробити з першої спроби.

2: Легкі порушення: Щоб встати, мені потрібно більше однієї спроби або я зрідка потребую допомоги.

3: Помірні порушення: Щоб підвестися, мені час від часу потрібна допомога, але в більшості випадків я можу зробити це самостійно.

4: Тяжкі порушення: Мені потрібна допомога в більшості випадків або завжди.

2.12 ХОДЬБА ТА ПІДТРИМКА РІВНОВАГИ

Чи відчували Ви зазвичай за останній тиждень труднощі з утриманням рівноваги та ходьбою?

0: Норма: Немає проблем.

1: Дуже легкі порушення: Я трохи сповільнений або можу підтягувати ногу, але при ходьбі ніколи не використовую допоміжних засобів.

2: Легкі порушення: Я іноді використовую допоміжні засоби при ходьбі, але не потребую сторонньої допомоги.

3: Помірні порушення: Я зазвичай використовую допоміжні засоби [тростина або ходунки] при ходьбі, щоб не впасти, але зазвичай не потребую сторонньої допомоги.

4: Тяжкі порушення: Мені зазвичай потрібна підтримка іншої людини, щоб не впасти під час ходьби.

2.13 ЗАСТИГАННЯ

Чи зазначали Ви зазвичай за останній тиждень, що при ходьбі Ви раптово зупиняєтеся або застигаєте, ніби стопи приклеїлися до підлоги?

0: Норма: Немає проблем.

1: Дуже легкі: У мене виникають короткочасні застигання, але я можу легко розпочати рух знову; я не потребую допомоги іншої людини або допоміжних засобів (тростини або ходунках) у зв'язку із застиганнями.

2: Легкі: У мене виникають застигання і мені буває важко почати рух знову, але я не потребую сторонньої допомоги або допоміжних засобів (тростини або ходунків) у зв'язку із застиганнями.

3: Помірні: При застиганні мені буває дуже тяжко розпочати рух знову, і через це я іноді змушений вдаватися до допомоги іншої людини або допоміжних засобів.

4: Тяжкі: Через застигання більшу частину часу або постійно мені потрібні допоміжні засоби або стороння допомога.

Це кінець опитувальника. *Під час опитування ми могли запитати про проблеми, яких у Вас ніколи не було і ніколи не буде. Не у всіх пацієнтів з'являються всі ці проблеми, але вони можливі, тому кожному пацієнту важливо відповісти на всі питання.*

Дякуємо Вам за Ваш час та уважне заповнення опитувальника.

Частина III
ДОСЛІДЖЕННЯ РУХОВИХ ФУНКЦІЙ

Дана частина шкали призначена для оцінки рухових симптомів ХП. При виконанні частини III MDS-UPDRS дослідник повинен керуватися такими інструкціями.

У верхній частині бланка слід зазначити, чи пацієнт приймає препарати для лікування симптомів ХП, і, якщо він приймає леводопу, - час від моменту прийому останньої дози.

Крім того, якщо пацієнт приймає препарати для лікування симптомів ХП, зробіть позначку клінічного стану пацієнта, використовуючи наступні визначення:

«Ввімкнення» - типовий функціональний стан на фоні дії препарату за умови хорошої реакції на нього.

«Вимкнення» - типовий функціональний стан за відсутності адекватної реакції на прийом препарату.

Дослідник повинен «оцінювати те, що бачить на власні очі». Очевидно, що супутні медичні проблеми, такі як інсульт, параліч, артрит, контрактури та ортопедична патологія, наприклад, протезування кульшового або колінного суглобів та сколіоз, можуть порушувати виконання окремих пунктів при дослідженні рухових функцій. У ситуаціях, коли провести тест абсолютно неможливо (наприклад, при ампутації, плегії або гіпсовій пов'язці на кінцівки), скористайтесь позначкою «НО» (неможливо оцінити). В інших випадках оцінюйте виконання кожного тесту так, як воно здійснюється пацієнтом у контексті супутніх захворювань.

Усі пункти мають бути оцінені цілим числом (не допускаються оцінки у півбала чи пропущені пункти).

Для тестування кожного з пунктів надаються окремі інструкції. Вони повинні неухильно дотримуватися. Дослідник, описуючи завдання пацієнту, показує, як виконувати і оцінює функцію відразу після цього. Пункти, що оцінюють Загальну спонтанність рухів і Тремор спокою (3.14 і 3.17), навмисно розміщені в кінці шкали, оскільки клінічна інформація, необхідна для їх оцінки, буде отримана в ході всього дослідження.

Наприкінці вкажіть, чи були дискінезії (дистонія чи хорея) під час огляду, і якщо так, то чи ускладнювали вони оцінку моторних функцій.

3a. Чи приймає пацієнт препарати для лікування симптомів ХП?
☐ Ні ☐ Так

3b. Якщо пацієнт приймає препарати для лікування симптомів ХП, вкажіть клінічний статус пацієнта, використовуючи наступні визначення:

☐ Ввімкнення: Ввімкнення – типовий функціональний стан пацієнта на фоні дії препарату при гарній реакції на нього.

☐ Вимкнення: Вимкнення – типовий функціональний стан пацієнта за відсутності адекватної реакції на прийом препарату.

3c. Чи приймає пацієнт леводопу ☐ Ні ☐ Так

3.c1. Якщо ТАК, скільки хвилин пройшло після останнього прийому леводопи

3.1 МОВА

Інструкції для дослідника: Слухайте спонтанну вимову пацієнта і за необхідності залучайте його до розмови. Пропоновані теми: розпитайте пацієнта про його роботу, захоплення, фізичне навантаження, про те, як він прибув до лікувального закладу. Оцініть гучність, модуляцію (просодія), чіткість мови, відзначте наявність невиразності, палілалії (повторення складів) та тахіфемії (прискорена мова зі злиттям сусідніх складів).

0: Норма: Немає порушень.

1: Дуже легке порушення: Послаблення модуляції, дикції або гучності, але всі слова, що вимовляються, як і раніше, легко розібрати.

2: Легке порушення: Послаблення модуляції, дикції чи гучності, але лише окремі слова незрозумілі, а сенс фраз загалом легко зрозуміти.

3: Помірне порушення: Розуміння мови утруднено настільки, що деякі фрази або більшість їх, неможливо розібрати.

4: Тяжке порушення: Більшість фраз неможливо розібрати повністю або частково.

3.2. ВИРАЗНІСТЬ ОБЛИЧЧЯ

Інструкції для дослідника: Впродовж 10 секунд поспостерігайте за пацієнтом, що сидить у спокої, не розмовляючи, а також під час розмови. Позначте частоту миготіння, маскоподібність обличчя або втрату його виразності, спонтанну посмішку та змикання губ.

0: Норма: Нормальна виразність особи.

1: Дуже легке порушення: Ледве помітна маскоподібність обличчя, що виявляється лише зниженням частоти кліпання.

2: Легке порушення: Крім зниження частоти кліпання, маскоподібність обличчя проявляється також у нижній половині обличчя, а саме ослабленням рухів рота, наприклад, меншою спонтанною усмішкою, але рот не напіввідкритий.

3: Помірне порушення: Маскоподібне обличчя, рот у спокої напіввідкритий впродовж деякого часу.

4: Тяжке порушення: Маскоподібне обличчя, рот у спокої напіввідкритий більшу частину часу.

3.3. РИГІДНІСТЬ

Інструкції для дослідника: Ригідність визначається за уповільненням пасивних рухів у великих суглобах, коли пацієнт перебуває у розслабленому стані, а досліджуючий здійснює рухи в його кінцівках та шиї. Спочатку перевірка проводиться без провокуючих прийомів. Дослідження та оцінка м'язового тонусу в шиї та в кожній кінцівці проводяться окремо. При дослідженні руки рухи в променево-зап'ясткових і ліктьових суглобах перевіряються одночасно. При дослідженні ноги рухи в кульшових та колінних суглобах перевіряються одночасно. Якщо ригідність не виявляється, використовуйте провокуючі прийоми, наприклад, постукування пальцями, стискання/розтискання кисті в кулак або постукування п'ятою ногою, яка не перевіряється. Попросіть пацієнта якнайбільше розслабитися, коли перевіряєте ригідність.

0: Норма: Немає ригідності.

1: Дуже легка: Ригідність виявляється тільки при провокуючому прийомі.

2: Легка: Ригідність виявляється без провокуючих прийомів, але повний обсяг рухів легко досягається.

3: Помірна: Ригідність виявляється без провокуючих прийомів, повний обсяг рухів досягається зусиллям.

4: Тяжка: Ригідність виявляється без провокуючих маневрів, повний обсяг рухів не досягається.

☐ шия
☐ права рука
☐ ліва рука
☐ права нога
☐ ліва нога

3.4 ПОСТУКУВАННЯ ПАЛЬЦЯМИ

Інструкції для дослідника: Кожна рука перевіряється окремо. Продемонструйте завдання, але не продовжуйте демонстрацію у той час, коли пацієнт виконуватиме його. Попросіть пацієнта постукати вказівним і великим пальцями 10 разів якнайшвидше і з максимально можливою амплітудою. Кожна сторона оцінюється окремо, при цьому враховуються швидкість, амплітуда, затримки та зупинки рухів, зменшення амплітуди рухів в часі.

0: Норма: Немає порушень

1: Дуже легке порушення: Будь-яке з наступного: а) порушена ритмічність рухів з однією або двома зупинками або затримками постукування, б) дуже легка сповільненість, в) зниження амплітуди до кінця серії з 10 рухів.

2: Легке порушення: Будь-яке з наступного: а) 3-5 зупинок при постукуванні; б) легка сповільненість; в) зниження амплітуди до середини серії з 10 рухів.

3: Помірне порушення: Будь-яке з наступного: а) більше 5 коротких зупинок або принаймні одна тривала зупинка поточного руху (застигання); б) помірна сповільненість; в) зниження амплітуди, що починається після першого постукування.

4: Тяжке порушення: Не здатний виконати або насилу виконує завдання через уповільнення, зупинки або зниження амплітуди рухів.

☐ права рука

☐ ліва рука

3.5 КИСТЬОВІ РУХИ

Інструкції для дослідника: Кожна рука перевіряється окремо. Продемонструйте завдання, але не продовжуйте демонстрацію у той час, коли пацієнт виконуватиме його. Попросіть пацієнта міцно стиснути кисть у кулак, при цьому передпліччя має бути зігнуте в лікті таким чином, щоб долоня пацієнта була звернена до дослідника. Пацієнт повинен розтиснути кисть 10 разів якнайповніше і якнайшвидше. Якщо пацієнт не стискає кисть у кулак міцно і не розтискає її повністю, йому слід нагадувати про це. Кожна сторона оцінюється окремо, при цьому враховуються швидкість, амплітуда, затримки та зупинки рухів, зменшення амплітуди рухів в часі.

0: Норма: Немає порушень.

1: Дуже легке порушення: Будь-яке з наступного: а) порушена ритмічність руху з однією або двома зупинками або затримками рухів; б) дуже легка сповільненість; в) зниження амплітуди до кінця серії рухів.

2: Легке порушення: Будь-яке з наступного: а) 3-5 зупинок при виконанні рухів; б) легка сповільненість; в) зниження амплітуди до середини серії рухів.

3: Помірне порушення: Будь-яке з наступного: а) більше 5 коротких зупинок або принаймні одна тривала зупинка поточного руху (застигання); б) помірна сповільненість;

4: Тяжке порушення: Не здатний виконати або насилу виконує завдання через уповільнення, зупинки або зниження амплітуди рухів.

☐ права рука

☐ ліва рука

3.6 ПРОНАЦІЯ-СУПІНАЦІЯ КИСТІ

Інструкції для дослідника: Кожна рука перевіряється окремо. Продемонструйте завдання, але не продовжуйте демонстрацію у той час, коли пацієнт виконуватиме його. Попросіть пацієнта витягнути руку перед собою долонею вниз, потім повертати долоню поперемінно вгору та вниз 10 разів із максимально можливою швидкістю та амплітудою. Досліджуйте кожну сторону окремо, звертаючи увагу на швидкість, амплітуду, затримки та зупинки рухів, поступове зниження амплітуди рухів.

0: Норма: Немає порушень.

1: Дуже легке порушення: Будь-яке з наступного: а) порушена ритмічність руху з однією або двома зупинками або затримками рухів; б) дуже легка сповільненість; в) зниження амплітуди до кінця серії рухів.

2: Легке порушення: Будь-яке з наступного: а) 3-5 зупинок при виконанні рухів; б) легка сповільненість; в) зниження амплітуди до середини серії рухів.

3: Помірне порушення: Будь-яке з наступного: а) більше 5 коротких зупинок або принаймні одна тривала зупинка поточного руху [застигання]; б) помірна сповільненість; в) зниження амплітуди після першого виконання пронації-супінації.

4: Тяжке порушення: Не здатний або насилу здатний виконати завдання через уповільнення, зупинки або зниження амплітуди рухів.

☐ права рука

☐ ліва рука

3.7. ПОСТУКУВАННЯ НОСКОМ СТОПИ

Інструкції для дослідника: Пацієнт повинен знаходитися в кріслі з прямою спинкою та підлокітниками, спираючись стопами на підлогу. Кожна стопа досліджується окремо. Продемонструйте завдання, але не продовжуйте демонстрацію у той час, коли пацієнт виконуватиме його. Попросіть пацієнта у зручному для нього положенні, спершись стопою на п'яту, постукати носком 10 разів з максимально можливою амплітудою та швидкістю. Досліджуйте кожну сторону окремо, звертаючи увагу на швидкість, амплітуду, затримки та зупинки рухів, поступове зниження амплітуди рухів.

0: Норма: Немає порушень.

1: Дуже легке порушення: Будь-яке з наступного: а) порушена ритмічність руху з однією або двома зупинками або затримками рухів; б) дуже легка сповільненість; в) зниження амплітуди до кінця серії з 10 рухів.

2: Легке порушення: Будь-яке з наступного: а) 3-5 зупинок при виконанні рухів; б) легка сповільненість; в) зниження амплітуди до середини серії рухів.

3: Помірне порушення: Будь-яке з наступного: а) більше 5 коротких зупинок або принаймні одна тривала зупинка поточного руху (застигання); б) помірна сповільненість; в) зниження амплітуди після першого постукування.

4: Тяжке порушення: Не здатний або насилу здатний виконати завдання через уповільнення, зупинки або зниження амплітуди рухів.

☐ права рука

☐ ліва рука

3.8 РУХЛИВІСТЬ НІГ

Інструкції для дослідника: Пацієнт повинен перебувати в кріслі з прямою спинкою та підлокітниками у зручному для нього положенні, спираючись стопами на підлогу. Кожна нога досліджується окремо. Продемонструйте завдання, але не продовжуйте демонстрацію у той час, коли пацієнт виконуватиме його. Попросіть пацієнта поставити стопу на підлогу у зручній позі і потім тупотіти нею, піднімаючи та опускаючи ногу 10 разів з максимально можливою амплітудою та швидкістю. Оцініть кожну сторону окремо, звертаючи увагу на швидкість, амплітуду, затримки та зупинки рухів, поступове зниження амплітуди рухів.

0: Норма: Немає порушень.

1: Дуже легке порушень: Будь-яке з наступного: а) порушена ритмічність з однією або двома зупинками або затримками рухів; б) дуже легка уповільненість; в) зниження амплітуди до кінця завдання.

2: Легке порушення: Будь-яке з наступного: а) 3-5 зупинок при виконанні рухів; б) легка сповільненість; в) зниження амплітуди до середини завдання.

3: Помірне порушення: Будь-яке з наступного: а) більше 5 коротких зупинок або принаймні одна тривала зупинка поточного руху [застигання]; б) помірна сповільненість; в) зниження амплітуди після першого руху.

4: Тяжке порушення: Не здатний або насилу здатний виконати завдання через уповільнення, зупинки або зниження амплітуди рухів.

☐ права рука

☐ ліва рука

3.9 ВСТАВАННЯ З КРІСЛА

Інструкції для дослідника: Пацієнт повинен сидіти в кріслі з прямою спинкою та підлокітниками, спершись стопами на підлогу, а спиною – на спинку крісла (якщо зріст пацієнта не надто низький). Попросіть пацієнта схрестити руки, охопити грудну клітку і потім підвестися. Якщо це не вдалося, попросіть його повторити спробу, але не більше 2 разів. Якщо спроби безуспішні, дозвольте пацієнтові посунутися вперед до краю сидіння і піднятися з перехрещеними на грудях руками. У цій ситуації допускається лише одна спроба. За її безуспішності дозвольте пацієнтові піднятися з крісла, відштовхуючись руками від підлокітників крісла. Допускається максимум 3 подібні спроби. За умови їхньої безуспішності допоможіть пацієнтові піднятися. Після того, як пацієнт піднявся, оцініть його позу згідно з пунктом 3.13.

0: Норма: Немає порушень. Здатний встати швидко, без затримки.

1: Дуже легке порушення: Встає повільніше, ніж у нормі, або для того, щоб встати, потребує більш ніж однієї спроби або повинен посунутися вперед до краю сидіння; або встає, не відштовхуючись від підлокітників.

2: Легке порушення: Встає без труднощів, але при відштовхуванні від підлокітників крісла.

3: Помірне порушення: Встає лише при відштовхуванні від підлокітників крісла, але падає назад, або змушений зробити кілька спроб, відштовхуючись від підлокітників крісла, проте здатний встати без сторонньої допомоги.

4: Тяжке порушення: Не здатний встати без сторонньої допомоги.

3.10 ХОДЬБА

Інструкції для дослідника: Найкраще досліджувати ходьбу, попросивши пацієнта відійти від дослідника та повернутися назад, спостерігаючи за ним таким чином, щоб одночасно були добре видно права та ліва сторона тіла. Пацієнт повинен пройти щонайменше 10 метрів, потім розвернутися і повернутися до дослідника. Цей пункт передбачає оцінку безлічі параметрів: довжини кроку, висоти підйому стопи, опори на п'яту під час ходьби, поворотів, амплітуди рухів рук, а також застигання. Оцінка застигань під час ходьби проводиться у наступному пункті (3.11). Зверніть увагу на позу в пункті 3.13.

0: Норма: Немає порушень.

1: Дуже легке порушення: Ходить самостійно, хода змінена мінімально.

2: Легке порушення: Ходить самостійно, але хода значно змінена.

3: Помірне порушення: Потрібні допоміжні пристрої для забезпечення безпеки ходьби [тростина, ходунки], але не допомога іншої людини.

4: Тяжке порушення: Не може ходити зовсім або ходить тільки із сторонньою допомогою.

3.11 ЗАСТИГАННЯ ПРИ ХОДЬБІ

Інструкції для дослідника: При дослідженні ходьби оцініть наявність будь-яких епізодів застигань. Зверніть увагу на затримки та тупцювання, особливо при поворотах та досягненні кінця завдання. Якщо це безпечно, пацієнт НЕ ПОВИНЕН використовувати сенсорні прийоми для подолання застигань під час огляду.

0: Норма: Немає застигань.

1: Дуже легкі: Застигання відбуваються на початку руху, при повороті або проходженні через дверний отвір з одноразовою зупинкою в будь-якій із цих ситуацій, але потім пацієнт може продовжити рух плавно, без застигань при ходьбі по прямій.

2: Легкі: Застигання на початку руху, при поворотах або проходженні через дверний отвір більш ніж з однією зупинкою в будь-якій з цих ситуацій, але потім пацієнт може продовжувати рух плавно без застигань при ходьбі по прямій.

3: Помірні: Одноразові застигання під час ходьбі по прямій.

4: Тяжкі: Багаторазові застигання при ходьбі по прямій.

3.12 ПОСТУРАЛЬНА СТІЙКІСТЬ

Інструкції для дослідника: Для перевірки реакції на раптову зміну положення тіла пацієнта, який повинен стояти прямо з відкритими очима та ногами, розсунутими на зручну відстань і стопами, розташованими паралельно одна до одної, швидко і сильно штовхають за плечі. Таким чином, досліджують ретропульсію. Стати за спиною пацієнта і пояснити, що Ви робитимете. Попередьте, що він може зробити крок назад, щоб уникнути падіння. За спиною дослідника має бути стійка стіна, до якої має бути не менше 1-2 м, щоб була можливість оцінити кількість ретропульсивних кроків. Перший поштовх, слабший, проводять як приклад і не оцінюють. Вдруге дослідник штовхає на себе пацієнта за плечі різко та інтенсивно – з такою силою, щоб змістити центр тяжкості пацієнта і щоб пацієнт повинен був зробити крок назад. Дослідник повинен бути готовим підтримати пацієнта, але при цьому знаходитися ззаду на такій відстані, щоб пацієнт міг зробити кілька кроків, щоб відновити рівновагу самостійно. Не дозволяйте пацієнтові надто сильно нахиляти тулуб уперед в очікуванні поштовху. При оцінці візьміть до уваги кількість кроків назад або падіння. Утримання рівноваги з допомогою одного чи двох кроків вважається нормою, виконання тесту оцінюється як патологічне, починаючи з трьох кроків. Якщо пацієнт не зміг зрозуміти тест, дослідник може повторити його. Оцінюючи тест, дослідник повинен брати до уваги фізичну неспроможність пацієнта, а також не недостатнє розуміння чи неготовність пацієнта до тесту. Оцініть позу пацієнта під час стояння для пункту 3.13.

0: Норма: Немає порушень. Відновлює рівновагу за допомогою 1 або 2 кроків.

1: Дуже легке порушення: Здійснює 3-5 кроків, але відновлює рівновагу самостійно.

2: Легке порушення: Здійснює більше 5 кроків, але відновлює рівновагу самостійно.

3: Помірне порушення: При стоянні рівновага збережена, але при підштовхуванні постуральні реакції відсутні, і пацієнт падає, якщо не підтримується дослідником.

4: Тяжке порушення: Дуже нестійкий, втрачає рівновагу спонтанно або при легкому підштовхуванні за плечі.

3.13 ПОСТАВА

Інструкції для дослідника: Постава оцінюється у пацієнта, який стоїть прямо після підйому з крісла, під час ходьби, а також під час перевірки постуральних рефлексів. Якщо Ви відзначили неправильну поставу, попросіть пацієнта випрямитися та оцініть, чи вона покращилася (див. пункт 2 нижче). Оцінюють найгіршу поставу, що спостерігається у зазначених трьох ситуаціях. Приймаються до уваги нахил як вперед, так і в сторони.

0: Норма: Немає порушень.

1: Дуже легке порушення: Постава не цілком пряма, але може вважатися нормальною для людини похилого віку.

2: Легке порушення: Чітка зміна постави у вигляді нахилу попереду, сколіозу або нахилу в будь-який бік, але на прохання може випрямитися і прийняти нормальну поставу.

3: Помірне порушення: Неправильна постава, сколіоз або нахил у будь-який бік, які не можуть бути скориговані пацієнтом довільно.

4: Тяжке порушення: Різко змінена постава у вигляді згинання, сколіозу або бокового нахилу.

3.14 ЗАГАЛЬНА СПОНТАННІСТЬ РУХІВ (БРАДИКІНЕЗІЯ ТУЛУБА)

Інструкції для дослідника: Ця оцінка має загальний характер і визначається сповільненістю, затримкою, малою амплітудою, збідненням рухів в цілому, включаючи ослаблення жестикуляції та схрещування ніг, які можуть виявлятися впродовж усього огляду. Оцінка ґрунтується на загальному враженні дослідника після спостереження за спонтанними жестами пацієнта під час сидіння, вставання та ходьби.

0: Норма: Немає порушень.

1: Дуже легке порушення: Дуже легкі загальна сповільненість та збіднення спонтанних рухів.

2: Легке порушення: Легкі загальна сповільненість та збіднення спонтанних рухів.

3: Помірне порушення: Помірна загальна сповільненість та збіднення спонтанних рухів.

4: Тяжке порушення: Тяжкі загальна сповільненість та збіднення спонтанних рухів.

3.15 ПОСТУРАЛЬНИЙ ТРЕМОР РУК

Інструкції для дослідника: У цьому пункті необхідно враховувати будь-який тремор, що відзначається у зазначеній позі, включаючи тремор спокою, що відновлюється при утриманні пози. Кожна рука оцінюється окремо. При оцінці береться до уваги максимальна амплітуда тремору, що спостерігається. Попросіть пацієнта витягнути прямі руки вперед долонями вниз. Кисті повинні бути випрямлені, а пальці зручно для пацієнта розведені, так щоб вони не торкалися один одного. Спостерігайте за цією позою 10 секунд.

0: Норма: Немає тремору.

1: Дуже легкий: Тремор присутній, але його амплітуда менше 1 см.

2: Легкий: Тремор є присутнім, його амплітуда як мінімум 1 см, але менше 3 см.

3: Помірний: Тремор присутній, його амплітуда як мінімум 3 см, але менше 10 см.

4: Тяжкий: Тремор з амплітудою 10 см і більше.

☐ права рука

☐ ліва рука

3.16 КІНЕТИЧНИЙ ТРЕМОР РУК

Інструкції для дослідника: У цьому пункті оцінюється тремор, що виявляється за допомогою пальце-носової проби. Спочатку пацієнта просять витягнути руку вперед, а потім почергово торкатися свого носа і до пальця дослідника. Проба виконується кожною рукою не менше трьох

разів. Пальце-носова проба повинна виконуватися досить повільно, щоб не пропустити тремтіння, яке може бути непомітним при дуже швидкому русі руки. Потім проба повторюється іншою рукою. Кожна рука оцінюється окремо. Тремор може відзначатись під час всього руху або з'являтися лише при досягненні однієї з цілей (носа або пальця). При оцінці береться до уваги максимальна амплітуда тремтіння, що спостерігається.

0: Норма: Немає тремору.
1: Дуже легкий: Тремор присутній, але його амплітуда менше 1 см.
2: Легкий: Тремор є присутнім, його амплітуда як мінімум 1 см, але менше 3 см.
3: Помірний: Тремор присутній, його амплітуда як мінімум 3 см, але менше 10 см.
4: Тяжкий: Тремор з амплітудою 10 см і більше.
☐ права рука
☐ ліва рука

3.17 АМПЛІТУДА ТРЕМОРУ СПОКОЮ

Інструкції для дослідника: Цей і наступний пункти навмисно поміщені в кінець дослідження, щоб була можливість спостерігати за тремором спокою, який може з'явитися в будь-який момент під час сидіння в нерухомому положенні, а також може відзначатися в частинах тіла, які залишаються нерухомими під час ходьби або виконання інших завдань. В якості остаточної приймається оцінка максимальної амплітуди, що спостерігається. Беріть до уваги лише амплітуду тремору, без урахування його стійкості чи переривчастого характеру. Під час дослідження пацієнт повинен спокійно сидіти в кріслі впродовж 10 секунд, зручно спираючись на стопи, а його руки повинні лежати на підлокітнику крісла (не на колінах). Жодних інших завдань у цей час не виконується. Тремор спокою оцінюється окремо для кожної з чотирьох кінцівок, а також для губ/підборіддя. Як остаточна приймається оцінка максимальної амплітуди тремору, зазначеної у будь-який момент обстеження.

Оцінка тремору кінцівок
0: Норма: Немає тремору.
1: Дуже легкий: Тремор присутній, але його амплітуда менше 1 см.
2: Легкий: Тремор є присутнім, його амплітуда як мінімум 1 см, але менше 3 см.
3: Помірний: Тремор присутній, його амплітуда як мінімум 3 см, але менше 10 см.
4: Тяжкий: Тремор з амплітудою 10 см і більше.

Оцінка тремору губ або підборіддя
0: Норма: Немає тремору.
1: Дуже легкий: Тремор присутній, але його амплітуда менше 1 см.
2: Легкий: Тремор є присутнім, його амплітуда як мінімум 1 см, але менше 2 см.
3: Помірний: Тремор присутній, його амплітуда як мінімум 2 см, але менше 3 см.
4: Тяжкий: Тремор з амплітудою 3 см і більше.

☐ Права рука ☐ Ліва рука ☐ Права нога ☐ Ліва нога ☐ Губи чи підборіддя

3.18 ПОСТІЙНІСТЬ ТРЕМОРУ СПОКОЮ

Інструкції для дослідника: Цей пункт передбачає оцінку сталості тремору спокою впродовж усього дослідження, коли та чи інша частина тіла перебуває у спокої. Для тремору спокою всіх

локалізацій ставиться одна оцінка. Її доцільно виставити наприкінці огляду, оскільки вона передбачає узагальнення інформації, отриманої впродовж усього обстеження.

0: Норма: Немає тремору.
1: Дуже легкий: Тремор спокою є ≤25% від усього періоду огляду.
2: Легкий: Тремор спокою присутній впродовж 26%-50% від періоду огляду.
3: Помірний: Тремор спокою присутній впродовж 51%-75% від періоду огляду.
4: Тяжкий: Тремор спокою присутній понад 75% від усього періоду огляду.

ВПЛИВ ДИСКІНЕЗІЇ НА ОЦІНКУ ПО ІІІ ЧАСТИНІ UPDRS

A. Чи відзначалися дискінезії (хорея чи дистонія) під час огляду?
☐ НІ ☐ ТАК
B. Якщо так, то чи вплинули ці рухи на Вашу оцінку?
☐ НІ ☐ ТАК

Частина IV
МОТОРНІ УСКЛАДНЕННЯ

Введення та інструкції: В даному розділі дослідник на основі анамнестичної та об'єктивної інформації оцінює два типи моторних ускладнень: дискінезії та моторні флуктуації (що включають дистонію періоду «вимкнення»). Скористайтеся усією інформацією, отриманою від пацієнта, особи, яка доглядає, а також під час огляду, щоб відповісти на 6 питань, що відображають функціональний стан пацієнта за останній тиждень, включаючи сьогоднішній день. Як і в інших розділах, для оцінки використовуйте лише цілі числа (не допускається виставлення дробового числа балів) та не залишайте пропусків. Якщо оцінка за цим пунктом неможлива, вкажіть «НО» (неможливо оцінити). Вам доведеться вибирати деякі варіанти відповіді, виражені у відсотках, а для цього Вам знадобиться оцінити тривалість періоду неспання в годинах і використовувати це число як знаменник щодо відносної тривалості періоду «вимкнення» і дискінезій. Оцінюючи дистонії періоду «вимкнення» знаменником буде загальна тривалість періодів «вимкнення».

Операційні визначення для дослідника.

Дискінезії: мимовільні випадкові рухи.
Дискінезії пацієнти часто описують як «неритмічні посмикування», «розгойдування», «м'язові скорочення». Необхідно підкреслити для пацієнта різницю між дискінезіями та тремором (це часта помилка пацієнтів при оцінці дискінезій).

Дистонія: деформуюча поза, часто з обертовим компонентом.
Дістонію пацієнти часто описують як «спазми», «зведення», «зміна пози».

Моторні флуктуації: варіабельна реакція на лікарські засоби.
Моторні флуктуації пацієнти часто описують як: «виснаження ефекту», «скорочення ефекту», «ефект американських гірок», «увімкнення-вимкнення», «непередбачуваний ефект лікарського засобу».
«Вимкнення»: типовий функціональний стан пацієнта, що не реагує на прийнятий лікарський засіб, або типова функціональна реакція пацієнта на припинення прийому протипаркінсонічних засобів.

«Вимкнення» пацієнти часто описують як «поганий період», «період погіршення», «період тремтіння», «період уповільнення», «період, коли мої лікарські засоби не діють».

«Увімкнення»: типовий функціональний стан, що настає після прийому лікарського засобу у пацієнта, який добре реагує на нього.

«Увімкнення» пацієнти часто описують як «добрий час», «час для прогулянок», «час, коли мої лікарські засоби діють».

А. ДИСКІНЕЗІЇ (за винятком дистонії періоду «вимкнення»)

4.1 ТРИВАЛІСТЬ ДИСКІНЕЗІЙ

Інструкції для дослідника: Визначте, скільки годин впродовж дня пацієнт зазвичай перебуває у стані неспання і скільки тривають дискінезії. Вирахуйте це у відсотках. Якщо дискінезії відзначаються в момент прийому у лікаря, ви можете вказати на них пацієнту або особі, яка доглядає, як на приклад, що дозволяє їм зрозуміти, що вони повинні оцінювати. Ви також можете скористатися своїми акторськими здібностями і показати, як можуть виглядати дискінезії, що спостерігалися у пацієнта раніше, або імітувати мимовільні рухи, типові для інших пацієнтів. Виключіть з цього питання больову дистонію ранкового чи нічного часу.

Інструкція для пацієнта (і особи, яка доглядає): За минулий тиждень, в середньому, скільки годин на день Ви спали, включаючи нічний і денний сон? Отже, якщо Ви спали ___ годин, у пильному стані Ви провели ____ годин. Із загальної кількості годин, проведених у стані неспання, скільки годин у сумі у Вас відзначалися посмикування, м'язові скорочення, розгойдування та інші мимовільні рухи? Не включайте час, коли у Вас відзначався тремор (ритмічні попеременні тремтливі рухи) або больові спазми, що виникали в ранковий і нічний час. Про ці симптоми я запитаю Вас пізніше. Зосередьтеся тільки на зазначених типах посмикування, розгойдування та неритмічних рухів. Підсумовуйте загальну кількість годин під час неспання, впродовж якої у Вас зазвичай відзначалися ці рухи. У сумі вийшло ____ годин (використовуйте це число для Ваших підрахунків).

0: Норма: Немає дискінезій.
1: Дуже легкі: Не більше 25% часу неспання.
2: Легкі: 26-50% часу неспання.
3: Помірні: 51-75% часу неспання.
4: Тяжкі: Понад 75% часу неспання.

РОЗРАХУНОК
1. Загальна тривалість неспання _____ годин
2. Загальна тривалість дискінезій ____ годин
3. % дискінезій = (2/1) x100 ___

4.2 ФУНКЦІОНАЛЬНИЙ ВПЛИВ ДИСКІНЕЗІЙ

Інструкції для дослідника: Визначте ступінь, при якому дискінезії впливають на повсякденні функції пацієнта, включаючи повсякденну діяльність та взаємодію з оточуючими. Використовуйте відповіді пацієнта та особи, яка доглядає, на Ваші запитання та Ваші власні спостереження під час огляду пацієнта для найбільш точної оцінки.

Інструкції для пацієнта (і особи, яка доглядає): За останній тиждень чи відзначали Ви зазвичай труднощі при тих чи інших діях або контакті з оточуючими, які були б пов'язані з посмикуваннями та іншими мимовільними рухами? Чи змусили вони Вас утриматися від тих чи інших дій чи контактів з іншими людьми?

0: Норма: Немає дискінезій або вони не впливають на життєдіяльність пацієнта або взаємодію з оточуючими.

1: Дуже легкі: Дискінезії впливають на окремі види активності; тим не менш, пацієнт зазвичай здійснює всі види активності та взаємодію з оточуючими під час епізодів дискінезій.

2: Легкі: Дискінезії впливають на багато видів активності; тим не менш, пацієнт зазвичай здійснює всі види активності та взаємодію з оточуючими під час епізодів дискінезій.

3: Помірні: Дискінезії впливають на пацієнта настільки, що пацієнт зазвичай не в змозі здійснювати деякі види діяльності або зазвичай утримуються від деяких видів взаємодії з оточуючими під час епізодів дискінезій.

4: Тяжкі: Функціональний вплив дискінезій настільки великий, що пацієнт зазвичай не здійснює більшість видів діяльності або утримується від більшості взаємодій з оточуючими під час епізодів дискінезій.

В. МОТОРНІ ФЛУКТУАЦІЇ

4.3 ТРИВАЛІСТЬ СТАНУ «ВИМКНЕННЯ»

Інструкції для дослідника: На основі загального часу неспання (пункт 4.1) визначте кількість годин, проведених у стані «вимкнення» та їх частку у відсотках. Якщо пацієнт перебуває у стані «вимкнення» під час відвідування лікувального закладу, Ви можете орієнтуватися на цей стан. Ви можете також спиратися на попередні спостереження типових періодів «вимкнення» у даного пацієнта. Крім того, Ви можете скористатися своїми акторськими здібностями та зобразити стан пацієнта під час періоду «вимкнення», який Ви спостерігали у нього раніше, або показати типові симптоми «вимкнення» у інших пацієнтів. Вкажіть середню тривалість «вимкнення» у годинах, оскільки Вам ця цифра знадобиться під час виконання пункту 4.6.

Інструкції для пацієнта (і особи, яка доглядає): Деякі пацієнти з ХП відзначають хороший ефект лікарських засобів впродовж усього періоду неспання, і ми називаємо це періодом «увімкнення». В інших пацієнтів, які приймають свої лікарські засоби, виникають періоди погіршення, уповільнення або посилення тремтіння. Лікарі називають ці стани періодами «вимкнення». Як Ви мені вже сказали раніше, за минулий тиждень Ви зазвичай проводили у стані неспання ____ години щодня. З цього часу неспання скільки годин сумарно у Вас зазвичай тривав стан погіршення, чи «вимкнення» ____? (Використовуйте це число для Ваших підрахунків).

0: Норма: Немає періодів «вимкнення».
1: Дуже легкі: Не більше 25% часу неспання.
2: Легкі: 26-50% часу неспання.
3: Помірні: 51-75% часу неспання.
4: Тяжкі: Понад 75% часу неспання.

РОЗРАХУНОК

1. Загальна тривалість неспання
2. Загальна тривалість «вимкнення»
3. % «вимикання» = (2/1) x 100_____

4.4 ФУНКЦІОНАЛЬНИЙ ВПЛИВ ФЛУКТУАЦІЙ

Інструкції для дослідника: Визначте ступінь впливу моторних флуктуацій на повсякденні функції пацієнта, включаючи різні види повсякденної діяльності та взаємодію з оточуючими. Оцінка цього питання полягає у відмінностях між станами «увімкнення» і «вимкнення». Якщо «вимкнень» не виникає, ставиться оцінка 0. Оцінка 0 також виставляється у пацієнтів з легкими флуктуаціями, якщо вони не впливають на життєдіяльність пацієнта. Для отримання найточнішої оцінки

спирайтеся на відповіді пацієнта та особи, яка доглядає, на Ваші запитання, а також Ваші власні спостереження при відвідуванні пацієнтом лікувального закладу.

Інструкції для пацієнта (і особи, яка доглядає): Згадайте періоди погіршення або «вимкнення», що виникали у Вас за останній тиждень. Чи відзначали Ви під час цих періодів більше труднощів при здійсненні тих чи інших дій або при контактах з оточуючими, ніж у решту часу дня, коли Ваші лікарські засоби діяли добре? Чи існують дії, з якими Ви зазвичай можете впоратись в «хороші періоди», а в «погані періоди» Ви зазнаєте труднощів при їх виконанні або змушені відмовитися від їх виконання?

0: Норма: Немає флуктуацій або вони не впливають на життєдіяльність пацієнта та його взаємодію з оточуючими.

1: Дуже легкі: Флуктуації впливають на окремі види активності, але під час стану «вимкнення» пацієнт зазвичай здійснює всі види активності та взаємодії з оточуючими, доступні у періоди «увімкнення».

2: Легкі: Флуктуації впливають на багато видів активності, але під час стану «вимкнення» пацієнт зазвичай здійснює всі види активності та взаємодії з оточуючими, доступні в періоди «увімкнення».

3: Помірні: Флуктуації впливають на активність пацієнта настільки, що він зазвичай не здійснює деякі види діяльності або деякі взаємодії з оточуючими, доступні в періоди «увімкнення».

4: Тяжкі: Функціональний вплив флуктуацій настільки великий, що під час стану «вимкнення» пацієнт зазвичай не здійснює більшість видів діяльності або більшість взаємодій з оточуючими, доступні під час періодів «увімкнення».

4.5 ВИРАЖЕНІСТЬ МОТОРНИХ ФЛУКТУАЦІЙ

Інструкції для дослідника: Визначте ступінь передбачуваності періодів «вимкнення», їх залежність від дози, часу дня, прийому їжі або інших факторів. Використовуйте інформацію, отриману від пацієнта та доглядачів, а також Ваші власні спостереження. Запитайте пацієнта, чи виникають ці епізоди, на його думку, у певний час - завжди, більшу частину часу (у цьому випадку необхідно подальше уточнення, щоб відрізнити легкий ступінь від дуже легкого), тільки іноді або вони абсолютно непередбачувані? Оцінка у відсотках дозволить Вам знайти правильну відповідь.

Інструкції для пацієнта (та особи, яка доглядає): У деяких пацієнтів періоди погіршення або «вимкнення» виникають у певний час впродовж дня або пов'язані з певним видом діяльності (наприклад, прийомом їжі або фізичним навантаженням). За останній тиждень, чи могли Ви зазвичай передбачати, коли у Вас виникнуть періоди погіршення? Іншими словами, чи виникали у вас періоди погіршення завжди у певний час? Чи виникали вони найчастіше у певний час? Виникали вони лише іноді у певний час? Чи періоди погіршення були абсолютно непередбачувані?

0: Норма: Немає моторних флуктуацій.

1: Дуже легкі: Періоди «вимкнення» передбачувані завжди або майже завжди (більше 75% часу).

2: Легкі: Періоди «вимкнення» передбачувані більшу частину часу (51-75%).

3: Помірні: Періоди «вимкнення» передбачувані деяку частину часу (26-50%).

4: Тяжкі: Епізоди «вимкнення» рідко бувають передбачуваними (не більше 25%).

С. ДИСТОНІЯ «ВИМКНЕННЯ»

4.6 БОЛЬОВА ДИСТОНІЯ ПЕРІОДУ «ВИМКНЕННЯ»

Інструкції для: дослідника У пацієнтів з моторними флуктуаціями визначте, яку частину часу епізоду «вимкнення» зазвичай займає больова дистонія? Ви вже визначили, скільки часу займає період вимкнення (пункт 4.3). Оцініть, скільки часу із загальної тривалості «вимкнення» припадає на дистонію і вирахуйте, яку частку вони становлять у відсотках. Якщо періоди «вимкнення» відсутні, поставте оцінку 0.

Інструкції для пацієнта (і особи, яка доглядає): Відповідаючи на одне з питань, яке я ставив раніше, Ви сказали, що в цілому період «вимкнення», коли Ваш стан погіршується через те, що ХП погано контролюється, становить ___ годин. Під час цих епізодів погіршення чи «вимкнення», як довго у Вас зазвичай відзначаються болісні спазми чи зведення м'язів? Із загальної тривалості періоду «вимкнення» (____ годин), скільки годин займають ці болісні спазми, якщо підсумувати всі епізоди впродовж дня?

0: Норма: Немає дистонії чи періоду «вимкнення».
1: Дуже легка: ≤25% часу періоду «вимкнення».
2: Легка: 26-50% часу періоду «вимкнення».
3: Помірна: 51-75% часу періоду «вимкнення».
4: Тяжка: Більше 75% часу періоду «вимкнення».

РОЗРАХУНОК

1. Загальна тривалість періоду «вимкнення» (у годинах) ____
2. Загальна тривалість періоду «вимкнення» з дистонією (у годинах) ____
3. % часу періоду «вимкнення» з дистонією = (2/1) x 100: _____

Заключне звернення до пацієнта: ПРОЧИТАЙТЕ ПАЦІЄНТУ

На цьому закінчується оцінка Вашого стану, що проводиться мною. Мої питання та завдання зайняли деякий час, але я хотів би, щоб обстеження було максимально повним з урахуванням усіх деталей. Тому я запитував про ті проблеми, яких у Вас ніколи не було і яких, можливо, у Вас ніколи не буде. Не у всіх пацієнтів виникають усі ці проблеми, але оскільки вони можуть виникнути, важливо запитати їх кожного пацієнта. Дякуємо за Ваш час та увагу при проведенні дослідження за допомогою цієї шкали.

ПІП _____ Номер_____	Заклад охорони здоров'я _____	Дата ___/____/_____	Дослідник: _____

Лист оцінки шкали MDS UPDRS

1.A	Джерело інформації	Пацієнт	3.3b	Ригідність правої руки	
		Доглядальник	3.3c	Ригідність лівої руки	
		Пацієнт та доглядальник	3.3d	Ригідність правої ноги	
Частина I			3.3e	Ригідність лівої ноги	
1.1	Когнітивні порушення		3.4a	Постукування пальцями права рука	
1.2	Галюцинації та психоз		3.4b	Постукування пальцями ліва рука	

Продовження додатка 2

1.3	Депресія		3.5a	Рухи в кисті справа	
1.4	Тривога		3.5b	Рухи в кисті зліва	
1.5	Апатія		3.6a	Пронація-супінація права рука	
1.6	Ознаки синдрому дофамінової дизрегуляції		3.6b	Пронація-супінація ліва рука	
1.6a	Хто заповнив опитувальник?	☐ Пацієнт ☐ Доглядальник ☐ Пацієнт та доглядальник	3.7a	Постукування стопою - права нога	
1.7	Порушення сну		3.7b	Постукування стопою - ліва нога	
1.8	Денна сонливість		3.8a	Рухливість ноги - справа	
1.9	Біль та інші сенсорні відчуття		3.8b	Рухливість ноги - зліва	
1.10	Порушення сечовипускання		3.9	Вставання з крісла	
1.11	Закрепи		3.10	Ходьба	
1.12	Запаморочення при вставанні		3.11	Застигання при ходьбі	
1.13	Втома		3.12	Постуральна стійкість	
Частина II			3.13	Постава	
2.1	Мовлення		3.14	Загальна спонтанність рухів	
2.2	Слюна та слинотеча		3.15a	Постуральний тремор - права рука	
2.3	Жування та ковтання		3.15b	Постуральний тремор - ліва рука	
2.4	Приймання їжі		3.16a	Кінетичний тремор - права рука	
2.5	Одягання		3.16b	Кінетичний тремор - ліва рука	
2.6	Гігієна		3.17a	Амплітуда тремору спокою - права рука	
2.7	Почерк		3.17b	Амплітуда тремору спокою - ліва рука	
2.8	Хобі та інші види діяльності		3.17c	Амплітуда тремору спокою - права нога	
2.9	Повороти в ліжку		3.17d	Амплітуда тремору спокою - права нога	

Продовження додатка 2

2.10	Тремор		3.17e	Амплітуда тремору спокою губ/нижньої щелепи	
2.11	Вставання з ліжка		3.18	Постійність тремору спокою	
2.12	Ходьба та рівновага			Чи є дискінезії	☐Ні ☐Так
2.13	Застигання			Чи впливають ці рухи на оцінку	☐Ні ☐Так
3a	Чи отримує пацієнт лікарські засоби?	☐Ні ☐Так		Стадія за Хеном і Яром	
3b	Клінічний період ХП	☐Включення ☐Виключення	Частина IV		
3c	Чи отримує пацієнт леводопу?	☐Ні ☐Так	4.1	Тривалість дискінезій	
3c1	Якщо так, то скільки хвилин пройшло від останнього прийому?		4.2	Функціональний вплив дискінезій	
Частина III			4.3	Тривалість періоду «вимкнення»	
3.1	Мовлення		4.4	Функціональний вплив флуктуацій	
3.2	Виразність обличчя		4.5	Складність моторних флуктуацій	
3.3 a	Ригідність шиї		4.6	Больова дистонія періоду «вимкнення»	

Додаток 3
до Стандарту медичної допомоги
«Діагностика та лікування
хвороби Паркінсона»
(підпункт 4 пункту 3 розділу II)

Модифікована шкала стадій Хен та Яра
(Hoehn and Yahr stages scale)

Стадія 1.0: Тільки однобічне ураження.

Стадія 1.5: Однобічне та аксіальне ураження.

Стадія 2.0: Двобічне ураження без порушення рівноваги.

Стадія 2.5: Легке двобічне ураження з відновленням після виконання тесту на постуральні рефлекси.

Стадія 3.0: Легке або помірне двобічне ураження, порушення постурального рефлексу, але збережена фізична незалежність.

Стадія 4.0: Тяжка інвалідність, все ще здатний ходити та стояти без сторонньої допомоги.

Стадія 5.0: Прикутий до інвалідного візка або ліжка без сторонньої допомоги.

Додаток 4
до Стандарту медичної допомоги
«Діагностика та лікування
хвороби Паркінсона»
(підпункт 10 пункту 3 розділу II)

Критерії діагностики акінетичного кризу

1. Наявність тригерних факторів ризику: оперативні втручання, інфекції, сезонні фактори, відміна дофамінергічних препаратів або прийом несприятливих лікарських засобів.

2. Гостра поява симптомів: лихоманка та виражена акінезія, ригідність, порушення свідомості, дисфагія, супутні вегетативні симптоми, а також, можливо, міоклонії або дистонії.

3. Клінічний перебіг із (іноді лише частковим) відновленням через 2-4 тижні та високим рівнем смертності 4-23%.

4. Підвищення рівнів КК і міоглобіну.

5. Виключення конкуруючих причин, таких як серотонінергічний синдром, внутрішньочерепна інфекція, інтоксикації, наприклад, нейролептиками, сепсис або тиреотоксичний криз.

6. Наявність транзиторної дофамінорезистентності у пацієнтів з вираженими симптомами ХП.

7. Значне зниження зв’язування дофамінового транспортера за даними однофотонної емісійної комп’ютерної томографії у гострій фазі.

Додаток 5
до Стандарту медичної допомоги
«Діагностика та лікування
хвороби Паркінсона»
(підпункт 12 пункту 3 розділу II)

Категоризація болю при хворобі Паркінсона
Parkinson disease pain classification system (PD-PCS)

Опитувальник PD-PCS

У вашого пацієнта хронічний біль. Будь ласка, надайте інформацію для кожного типу болю окремо, враховуючи тривалість захворювання, латералізацію та лікування. Вкажіть тривалість та локалізацію болю для кожного типу болю нижче.

	Біль 1	Біль 2	Біль 3
Локалізація			
Тривалість			

Крок 1. Чотири питання, спрямовані на встановлення того, що біль пацієнта пов'язаний з хворобою Паркінсона (на одне питання потрібно відповісти «так», щоб перейти до **Кроку 2**, інакше біль не пов'язаний з хворобою Паркінсона, **Крок 3**).

	Біль 1	Біль 2	Біль 3
Чи почався або посилився ваш біль після появи симптомів хвороби Паркінсона?			
Чи посилюється ваш біль, коли ригідність, тремор або уповільненість рухів стають інтенсивнішими?			
Чи пов'язаний ваш біль з надмірними, аномальними рухами (хореїчна дискінезія)?			
Чи полегшується Ваш біль якимось чином після прийому лікарських засобів для лікування хвороби Паркінсона?			

Крок 2: Будь ласка, класифікуйте біль, пов'язаний з хворобою Паркінсона, за одним із трьох основних механістичних дескрипторів.

Нейропатичний біль визначається як біль, спричинений ураженням або захворюванням соматосенсорної нервової системи. Нейропатичний біль вважається наявним, коли Опитувальник нейропатичного болю (DN4) має позитивний результат (DN4 ≥4). Центральний нейропатичний біль можна відрізнити від периферичного нейропатичного болю за його локалізацією (зона іннервації периферичного нерву, корінця або симетричні дистальні порушення в порівнянні з дифузною локалізацією).

Опитувальник нейропатичного болю (Douleur Neuropathique-4 (DN-4)):

Чи має біль одну або декілька з наступних характеристик?:

- *біль відчувається як печіння;*
- *відчуття болісного холоду;*
- *біль відчувається як удар струмом;*

Чи пов'язаний біль з одним або кількома з наступних симптомів в одній ділянці?

- *поколювання;*
- *відчуття булавок та голок;*
- *оніміння;*
- *свербіж;*

Чи локалізується біль в ділянці, де під час обстеження виявлено:

- *гіпестезію на дотик;*
- *гіпестезію на поколювання;*

Чи провокується або посилюється біль при чищенні зубів?

	Біль 1	Біль 2	Біль 3
Центральний			
Периферичний			
Бал = Інтенсивність х Частота х Вплив			

Ноцицептивний біль виникає внаслідок фактичного або загрозливого пошкодження нервової тканини з активацією ноцицепторів. Чи відчуває пацієнт біль при пальпації м'язів, сухожилків, фасцій або має місце болюча ригідність?

До них належать опорно-руховий біль, спричинений флуктуаціями, такі як біль періоду «вимкнення» (ранковий біль, біль під час феномену «виснаження», біль на початку дози, біль наприкінці дози), багато болючих дистонічних спазмів (ранкова дистонія, дистонія періоду «вимкнення», дистонія на початку дози, дистонія наприкінці дози), а також біль на піку дози. Сюди входять локалізовані або регіональні больові синдроми, міофасціальний больовий синдром та головний

біль типу «вішалки для одягу» (біль при гіпотензії в ділянці шиї, верхнього плечового поясу та потиличній ділянці голови).

	Біль 1	Біль 2	Біль 3
Локалізація болю			
Міофасциальний синдром			
Біль типу «вішалки для одягу»			
Бал = Інтенсивність х Частота х Вплив			

Ноципластичний біль розвивається внаслідок зміненої обробки больових сигналів за відсутності невропатичного або ноцицептивного компонентів. У клінічній практиці ці болі включають випадки гіпер-/гіподопамінергічних коливань, коли у клінічній картині переважають немоторні нейропсихіатричні прояви і коли біль не є основною скаргою, а частиною більш складної клінічної картини. Пацієнт може зіткнутися з надмірним потовиділенням, дисфорією, відчуттям внутрішнього неспокою, руховим збудженням, блуканням, з болем, глибоко локалізованим у животі, в обличчі або, в деяких випадках, з нечіткою локалізацією та швидким переміщенням місця розташування. У більшості випадків пацієнтів з хворобою Паркінсона з ноципластичним болем можна класифікувати як таких, які мають синдром відміни дофамінергічних агоністів, синдром дизрегуляції дофаміну та інші нейропсихіатричні прояви. До них також віднесені синдром «неспокійних ніг» та немоторні прояви, коли нейропатичний компонент не є домінуючим.

	Біль 1	Біль 2	Біль 3
Немоторний період «вимкнення»			
Синдром «неспокійних ніг»			
СВАД синдром			
Інше			
Бал = Інтенсивність х Частота х Вплив			

Крок 3. Біль, що не спричинений хворобою Паркінсона

	Біль 1	Біль 2	Біль 3

Локалізація			
Механізм			
Бал = Інтенсивність х Частота х Вплив			

Оцінювання підтипів болю

Оцінювання кожного типу болю за інтенсивністю (враховуючи 0 = «Біль відсутній» та 10 = «Найсильніший біль, який можна уявити», виберіть інтенсивність вашого болю), за частотою (1: рідкісний, 2: середній, 3: частий) та за впливом на повсякденне життя (1: низький, 2: помірний, 3: сильний). Загальний бал для кожного опису болю отримується шляхом множення інтенсивності на частоту та вплив, що дає бал у діапазоні від 0 до 90 для кожного болю.

Додаток 6
до Стандарту медичної допомоги
«Діагностика та лікування
хвороби Паркінсона»
(підпункт 12 пункту 3 розділу II)

Візуально-аналогова шкала оцінки інтенсивності болю



Додаток 7
до Стандарту медичної допомоги
«Діагностика та лікування
хвороби Паркінсона»
(підпункт 16 пункту 3 розділу II)

Монреальський когнітивний тест (МоСА)

Інструкція із застосування й оцінки

Монреальський Когнітивний Тест (МоСА) був розроблений як швидкий інструмент для визначення помірної когнітивної дисфункції. Він оцінює різні когнітивні аспекти: увагу й концентрацію, виконавчі функції, пам'ять, мову, зорово-конструктивні навички, абстрактне мислення, рахунок і орієнтацію. Час виконання МоСА тесту приблизно 10 хвилин. Максимально можливий результат - 30 балів**.** Результат 26 балів і вище розглядається як норма.

1. Альтернативний взаємозв'язок

Керівництво

Екзаменатор інструктує обстежуваного: *«Будь ласка, намалюйте лінію, що йде від цифри до літери у висхідному порядку. Почніть звідси* [указати на одиницю] *і намалюйте лінію, що йде від цифри «1» до літери «А», потім до цифри «2» і так далі. Закінчите тут* [указати на букву «Д»]».

Підрахунок

Зараховується один бал, якщо обстежуваний успішно намалював наступний паттерн: 1-А-2-Б-3-В-4-Г-5-Д, без пересічних ліній. Бал не зараховується, якщо є будь-яка помилка, що не була негайно самостійно виправлена.

2. Зорово-конструктивні навички (Куб)

Керівництво

Екзаменатор дає наступні інструкції, вказуючи на **куб:** *«Нижче у вільному місці скопіюйте цей малюнок так точно, як можете».*

Підрахунок

Зараховується один бал за точно виконаний малюнок.

Малюнок повинен бути трьохмірно-просторовий.

Усі лінії повинні бути скопійовані.

Не повинно бути зайвих ліній.

Лінії повинні бути відносно паралельні та однакової довжини (прямокутні призми прийнятні).

Бал не зараховується, якщо не виконаний будь-який із перерахованих вище критеріїв.

3. Зорово-конструктивні навички (Годинник)

Керівництво

Укажіть на праву верхню третину аркуша і дайте наступні інструкції: *«Намалюйте* ***годинник.*** *Поставте на циферблаті усі цифри й укажіть час 10 хвилин на дванадцяту».*

Підрахунок

Зараховується один бал за кожний із наступних трьох критеріїв.

Контур (1 бал): циферблат повинен виглядати як коло, припустимі тільки незначні викривлення (наприклад, незначний дефект змикання кола);

Цифри (1 бал): повинні бути присутні усі цифри циферблату, не повинно бути, додаткових цифр; цифри повинні розташовуватися в правильному порядку й у відповідних квадрантах на циферблаті; римські цифри прийнятні; цифри можуть бути розташовані за межами контуру циферблату.

Стрілки (1 бал): повинно бути дві стрілки, що спільно вказують на вірний час; годинна стрілка повинна бути чітко коротшою, аніж хвилинна; стрілки повинні розміщуватися в центрі циферблату і їх з'єднання повинне бути близько до центру годинника.

Бал не зараховується за даний пункт, якщо будь-який із перерахованих вище критеріїв недотримано.

4. Назви

Керівництво

Починаючи зліва, вказуючи на кожний малюнок запитати: *«Назвіть цю тварину»*.

Підрахунок

Один бал присуджується за кожну правильну відповідь: (1) верблюд, (2) лев, (3) носоріг.

5. Пам'ять

Керівництво

Екзаменатор читає список з 5 слів із частотою одне слово за секунду, даючи наступні інструкції: *«Це тест для перевірки пам'яті. Я прочитаю кілька слів, які Ви повинні запам'ятати. Слухайте уважно. Коли я прочитаю, повторіть стільки слів, скільки Ви запам'ятали. Не має значення, у якому порядку Ви їх назвете»*. Позначте у відповідному полі названі обстежуваним слова в цій першій спробі. Коли обстежуваний покаже, що він (вона) закінчив (повторив усі слова), або не може згадати більше слів, прочитайте список другий раз із наступними інструкціями: *«Я прочитаю ті ж кілька слів другий раз. Спробуйте їх запам'ятати й назвати мені стільки слів, скільки Ви можете, включаючи слова, які Ви назвали перший раз»*. Позначте у відповідному полі названі обстежуваним слова після другої спроби.

Після закінчення другої спроби проінформуйте обстежуваного про те, що Ви попросите його (її) повторити ці слова знову: *«Наприкінці тесту я попрошу Вас повторити ці слова знову»*.

Підрахунок

У цьому завданні бали не присуджуються ні за першу, ні за другу спробу.

6. Увага

Повторення цифр у прямому порядку

Керівництво

Дайте наступні інструкції: *«Я збираюся назвати декілька цифр. Після того, як я їх назву, повторіть ці цифри в тому ж порядку»*. Прочитайте п'ять цифр із частотою одна цифра за секунду.

Повторення цифр у зворотному порядку

Керівництво

Дайте наступні інструкції: *«Тепер я збираюся назвати ще кілька цифр, але ви повинні повторити їх у зворотному порядку»*. Прочитайте три цифри із частотою одна цифра за секунду.

Підрахунок

Додайте один бал за кожне вірно виконане завдання (NB.: вірна відповідь для завдання з повторення цифр у зворотному порядку 2-4-7).

Пильність

Керівництво

Екзаменатор читає список літер із частотою одна літера за секунду після наступних інструкцій: *«Я збираюся прочитати ряд літер. Щоразу, коли я назву літеру «А» вдарите долонею по столу один раз. Якщо я назву іншу літеру, не треба ударяти долонею»*.

Підрахунок

Додається один бал, якщо немає помилок або є тільки одна помилка (помилкою вважається удар долонею при називанні іншої літери або відсутність удару при проголошенні літери «А»).

Послідовне лічіння

Керівництво

Екзаменатор дає наступну інструкцію: *«Тепер я попрошу Вас відняти 7 від 100, потім віднімайте 7 від Вашої відповіді й так доти, поки я Вас не зупиню».* Дайте цю інструкцію двічі, якщо необхідно.

Підрахунок

За це завдання може бути максимально присуджено три бали. Бали не присуджуються, якщо не було дано жодної правильної відповіді. Один бал присуджується за одну правильну відповідь, два бали – за дві або три правильні відповіді і три бали, якщо обстежуваний дав чотири або п'ять правильних відповідей. Кожне віднімання оцінюється незалежно; якщо обстежуваний відповів неправильно, але потім правильно відняв 7 від неправильної відповіді, надайте 1 бал за кожну правильну відповідь. Наприклад, обстежуваний може відповісти «92 - 85 - 78 - 71 – 64», де «92» неправильна відповідь, але всі інші вирахування зроблені правильно. Це одна помилка, й у цьому випадку необхідно надати 3 бали за це завдання.

7. Повторення фрази

Керівництво

Екзаменатор дає наступні інструкції: *«Я прочитаю Вам речення. Повторіть його з точністю так, як я скажу* [пауза]»: ***«Я упевнений в одному, тільки Євген – це той, хто може сьогодні допомогти».*** Після відповіді скажіть: *«Тепер я прочитаю Вам інше речення. Повторіть його з точністю як я скажу* [пауза]»: ***«Кіт завжди ховався під диваном, коли пес був у кімнаті».***

Підрахунок

Додайте 1 бал за кожне точно повторене речення. Повторення повинне бути **абсолютно точним.** Не повинно бути пропусків слів (наприклад: пропуск слів «тільки», «завжди») і заміни/додавання (наприклад: «Євген – це той, хто допоможе сьогодні», заміни «ховається» замість «ховався», вживання множинного числа і так далі).

8. Вербальна швидкість

Керівництво

Екзаменатор дає наступні інструкції: *«За одну хвилину назвіть мені стільки слів, скільки зможете, які починаються з певної літери алфавіту, яку я зараз Вам запропоную. Ви можете називати будь-які слова, крім власних імен (наприклад: Євген або Київ), чисел і слів, які мають однаковий корінь, але різні суфікси (наприклад: дружба, дружити, друг). Ви готові?* [Пауза] *Тепер назвіть мені стільки слів, скільки можете, які починаються з літери «Н»* [60 секунд]. *Хвилина закінчилась».*

Підрахунок

Додається один бал, якщо обстежуваний назвав за одну хвилину 11 або більше слів. Позначте у відповідному полі кількість названих слів.

9. Абстракція

Керівництво

Екзаменатор просить обстежуваного пояснити спільне поміж двома словами, починаючи з прикладу: *«Скажіть, що спільного між яблуком і апельсином?»* Якщо обстежуваний не дає конкретну відповідь, скажіть ще (тільки один раз): *«Скажіть, що ще спільного поміж ними?»* Якщо обстежуваний не дає правильну відповідь (фрукти), скажіть: *«Так, ще вони обидва – фрукти».* Не давайте додаткових інструкцій і роз'яснень.

Після цього прикладу, скажіть: *«Тепер назвіть, що спільного між поїздом і велосипедом». Після відповіді дайте наступне завдання: «Тепер скажіть, що спільного між лінійкою та годинником». Не давайте додаткових інструкцій і роз'яснень.*

Підрахунок

Тільки два останні порівняння оцінюються. Додається 1 бал за кожну правильну відповідь. Наступні відповіді прийнятні:

Поїзд – велосипед = мається на увазі транспорт, засоби пересування, на обох можна їздити.

Лінійка – годинник = вимірювальні інструменти, використовуються для виміру.

Наступні відповіді неприйнятні: поїзд – велосипед = обидва мають колеса; лінійка – годинник = на обох намальовані цифри.

10. Пам'ять

Керівництво

Екзаменатор дає наступні інструкції: *«Кілька хвилин назад я прочитав Вам декілька слів і попросив їх запам'ятати. Назвіть мені стільки слів, скільки Ви запам'ятали'»*. Позначте правильно названі слова у відповідному полі. Не давайте ніяких підказок.

Підрахунок

Додається 1 бал за кожне назване слово без будь-яких підказок.

Необов'язково (опціонально)

Після спроби згадати слова без підказок використовуйте семантичні категоріальні підказки, наведені нижче, для кожного неназваного слова. Якщо обстежуваний не зміг згадати слова після категоріальних підказок, зробіть підказку множинного вибору, що складається зі списку слів для вибору, використовуючи наступну інструкцію: *«Яке із цих трьох слів, на Ваш погляд було названо НІС, ОБЛИЧЧЯ, РУКА?»* Зробіть позначку в спеціально відведеному місці, якщо обстежуваний згадав слово за допомогою категоріальної підказки або підказки множинного вибору.

Використовуйте наступні категоріальні підказки та/або підказки множинного вибору:

	категоріальна підказка	підказка множинного вибору
ОБЛИЧЧЯ:	*частина тіла*	*ніс, обличчя, рука*
ОКСАМИТ:	*вид тканини*	*бавовна, синтетика, оксамит*
ШКОЛА:	*вид будинку*	*церква, школа, лікарня*
РОМАШКА:	*квітка*	*троянда, ромашка, тюльпан*
ЧЕРВОНИЙ:	*колір*	*червоний, синій, зелений*

Підрахунок

За відповіді з підказками бали не надаються. Підказки використовуються тільки для одержання клінічної інформації та можуть дати екзаменаторові додаткову інформацію про тип розладу пам'яті. При розладі пам'яті, що характеризується утрудненням відтворення інформації, результат може бути поліпшений за допомогою підказок. При розладі пам'яті, що характеризується утрудненням запам'ятовування та зберігання інформації, результат не поліпшується за допомогою підказок.

11. Орієнтація

Керівництво

Екзаменатор дає наступні інструкції: *«Назвіть мені сьогоднішню дату»*. Якщо обстежуваний не дає повної відповіді, дайте відповідну підказку*: «Назвіть рік, місяць, точну дату й день тижня»*. Після чого скажіть: «*Тепер назвіть мені назву місця, де ми зараз перебуваємо, і назву міста*».

Підрахунок

Додається один бал за кожну правильну відповідь (рік, місяць, дата, день, місце, місто). Обстежуваний повинен назвати точну дату й точне місце де він перебуває (назва лікарні, відділення). Бал за конкретне питання не нараховується, якщо обстежуваний зробив будь-яку помилку при відповіді на це питання.

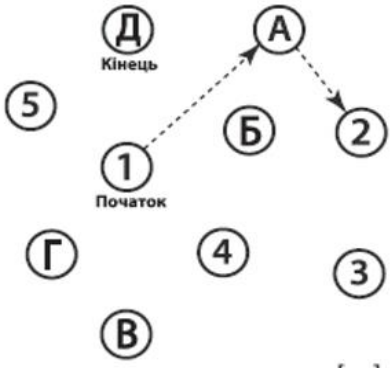
Сумарна кількість балів

Сума балів за кожне завдання підраховується на правому боці аркуша. Додайте 1 бал, якщо обстежуваний отримав освіту 12 років або менше. Максимальний результат за цим тестом – 30 балів. Остаточна сума балів 26 і більше розглядається як норма.

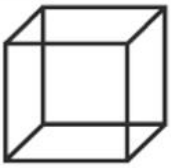
МОНРЕАЛЬСЬКИЙ КОГНІТИВНИЙ ТЕСТ (МОСА)

Ім'я:
Освіта: **Дата народження:**
Стать: **ДАТА:**

ЗОРОВО-КОНСТРУКТИВНІ / ВИКОНАВЧІ НАВИЧКИ — **БАЛИ:**



Скопіюйте куб

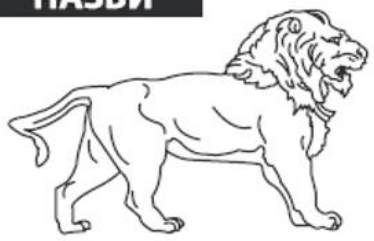


[ ] [ ]

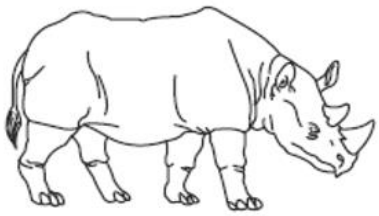
Намалюйте ГОДИННИК
(10 хвилин на дванадцяту)
(3 бали)

[ ] **Контур** [ ] **Цифри** [ ] **Стрілки** ___/5

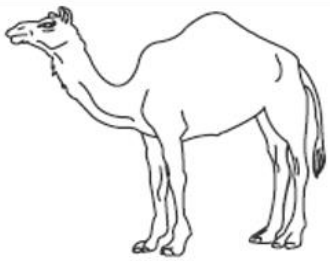
НАЗВИ



[ ]



[ ]



[ ] ___/3

ПАМ'ЯТЬ

Прочитайте список слів. Обстежуваний повинен їх повторити. Зробіть дві спроби, навіть якщо обстежуваний повторив усі слова після першої спроби. Перепитайте слова через 5 хвилин.

	ОБЛИЧЧЯ	ОКСАМИТ	ШКОЛА	РОМАШКА	ЧЕРВОНИЙ
1 спроба					
2 спроба					

Бали не додаються

УВАГА

Прочитайте список цифр (1 цифра/сек)

Обстежуваний повинен повторити їх у такому ж порядку [ ] 2 1 8 5 4
Обстежуваний повинен повторити їх у зворотному порядку [ ] 7 4 2 ___/2

Прочитайте список букв. Обстежуваний повинен вдарити долонею по столу кожен раз при проголошенні букви А. Бали не додаються, якщо є дві або більше помилок.
[ ] Ф Б А С М Н А А Ж К Л Б А Ф А К Д Е А А А Ж А М О Ф А А Б ___/1

Серійне віднімання 7 починаючи зі 100. [ ] 93 [ ] 86 [ ] 79 [ ] 72 [ ] 65
4 або 5 правильних віднімань: **3 бали**, 2 або 3 прав, відн.: **2 бали**, 1 прав, відн.: **1 бал**, 0 прав, відн.: **0 балів** ___/3

МОВА

Повторіть: Я упевнений в одному, тільки Євген - це той, хто може сьогодні допомогти [ ]
Кіт завжди ховався під диваном, коли пес був у кімнаті [ ] ___/2

Вербальна швидкість / Назвати за одну хвилину максимальну кількість слів, що починаються з букви Н [ ] _____ (N ≥ 11 слів) ___/1

АБСТРАКЦІЯ

Спільне між словами, наприклад, яблуко і апельсин = фрукти [ ] поїзд і велосипед [ ] лінійка й годинник ___/2

ВІДКЛАДЕНЕ ПОВТОРЕННЯ

Повторені слова **БЕЗ ПІДКАЗКИ**	ОБЛИЧЧЯ	ОКСАМИТ	ШКОЛА	РОМАШКА	ЧЕРВОНИЙ
	[ ]	[ ]	[ ]	[ ]	[ ]

Бали присуджуються тільки за названі слова без підказок ___/5

ОПЦІЙНО

Категоріальна підказка					
Список слів для вибору					

ОРІЄНТАЦІЯ

[ ] **Дата** [ ] **Місяць** [ ] **Рік** [ ] **День тижня** [ ] **Місце** [ ] **Місто** ___/6

© Z. Nasreddine MD Версія 7.1 **www.mocatest.org** Норма ≥ 26 / 30

Сума балів:
Додайте 1 бал, якщо освіта ≤ 12

Переклад: Труфанов Є.О. MD PhD
Тестування проводив:

Додаток 8
до Стандарту медичної допомоги
«Діагностика та лікування
хвороби Паркінсона»
(підпункт 18 пункту 3 розділу II)

Шкала оцінки розладів контролю імпульсів при хворобі Паркінсона (QUIP-RS)

Інструкція із застосування
ЧАСОВИЙ ІНТЕРВАЛ
Останні 4 тижні
ОПИС ПОВЕДІНКИ

A. Азартні ігри *(казино, азартні ігри через інтернет, лотереї, квитки моментальної лотереї, букмекерські ставки або ігрові автомати)*

B. Секс *(вимоги сексуального характеру до інших, безладні статеві зносини, проституція, зміна сексуальної орієнтації, мастурбація, секс по телефону або через інтернет, порнографія)*

C. Покупки *(забагато одних і тих же речей, що не потрібні Вам, або що Ви не використовуєте)*

D. Вживання їжі (*вживання більших обсягів або інших видів їжі, ніж у минулому, вживання їжі швидше, ніж звичайно, та інший час (наприклад, вживання їжі вночі), до появи неприємного відчуття переповненого шлунку або вживання їжі, коли немає відчуття голоду)*

E. Особисті інтереси (хобізм) *(специфічні завдання, хобі або інші організаційні заходи, такі як письменницька праця, живопис, садівництво, ремонт або розбирання речей, колекціонування, застосування комп'ютера, робота над проєктами тощо)*

F. Пандинг *(повторення відповідних простих моторних дій, таких як очищення, прибирання, перевезення, вивчення, сортування, замовлення, збирання, накопичення або розміщення об'єктів тощо)*

G. Прийом лікарських засобів *(постійний прийом занадто великої кількості лікарських засобів для лікування хвороби Паркінсона або збільшення на власний розсуд, без консультації з лікарем, загальної дози лікарських засобів для лікування хвороби Паркінсона).*

ЧАСТОТА ВИНИКНЕННЯ ВИПАДКІВ ТАКОЇ ПОВЕДІНКИ

Ніколи	**(0) = зовсім немає**
Рідко	**(1) = нечасто або 1 день/тиждень**
Інколи	**(2) = іноді або 2-3 дні/тиждень**
Часто	**(3) = більшість часу або 4-5 днів/тиждень**
Дуже часто	**(4) = майже завжди або 6-7 днів/тиждень**

Опитувальник щодо імпульсивно-компульсивних розладів при хворобі Паркінсона - шкала оцінки QUIP-RS

1. Як часто Ви думаєте про наступні дії (наприклад, не можете викинути ці думки з голови або відчуваєте провину)?

Азартні ігри?__ Ніколи(0) __ Рідко (1) __Інколи (2) __ Часто (3) __ Дуже часто (4)
Секс? __ Ніколи(0) __ Рідко (1) __Інколи (2) __ Часто (3) __ Дуже часто (4)
Покупки? __ Ніколи(0) __ Рідко (1) __Інколи (2) __ Часто (3) __ Дуже часто (4)
Вживання
їжі? __ Ніколи(0) __ Рідко (1) __Інколи (2) __ Часто (3) __ Дуже часто (4)
Виконання завдань або
хобі? __ Ніколи(0) __ Рідко (1) __Інколи (2) __ Часто (3) __ Дуже часто (4)
Повторювання
простих дій? __ Ніколи(0) __ Рідко (1) __Інколи (2) __ Часто (3) __ Дуже часто (4)
Прийом лікарських засобів для лікування
ХП? __ Ніколи(0) __ Рідко (1) __Інколи (2) __ Часто (3) __ Дуже часто (4)

2. Чи бувають у Вас поклики або бажання займатися будь-якою з наступних дій, які Ви вважаєте надмірними або виснажливими (включаючи збудження або дратівливість у випадку, якщо Ви не можете взяти в них участь)?

Азартні ігри?__ Ніколи(0) __ Рідко (1) __Інколи (2) __ Часто (3) __ Дуже часто (4)
Секс? __ Ніколи(0) __ Рідко (1) __Інколи (2) __ Часто (3) __ Дуже часто (4)
Покупки? __ Ніколи(0) __ Рідко (1) __Інколи (2) __ Часто (3) __ Дуже часто (4)
Вживання
їжі? __ Ніколи(0) __ Рідко (1) __Інколи (2) __ Часто (3) __ Дуже часто (4)
Виконання завдань або
хобі? __ Ніколи(0) __ Рідко (1) __Інколи (2) __ Часто (3) __ Дуже часто (4)
Повторювання
простих дій? __ Ніколи(0) __ Рідко (1) __Інколи (2) __ Часто (3) __ Дуже часто (4)
Прийом лікарських засобів для лікування
ХП? __ Ніколи(0) __ Рідко (1) __Інколи (2) __ Часто (3) __ Дуже часто (4)

3. Чи бувають у Вас труднощі з самоконтролем щодо наступних дій (наприклад, бажання з часом посилюється або Ви не можете досягти міри чи зупинитися)?

Азартні ігри?__ Ніколи(0) __ Рідко (1) __Інколи (2) __ Часто (3) __ Дуже часто (4)
Секс? __ Ніколи(0) __ Рідко (1) __Інколи (2) __ Часто (3) __ Дуже часто (4)
Покупки? __ Ніколи(0) __ Рідко (1) __Інколи (2) __ Часто (3) __ Дуже часто (4)

Вживання
їжі? __ Ніколи(0) __ Рідко (1) __Інколи (2) __ Часто (3) __ Дуже часто (4)
Виконання завдань або
хобі? __ Ніколи(0) __ Рідко (1) __Інколи (2) __ Часто (3) __ Дуже часто (4)
Повторювання
простих дій? __ Ніколи(0) __ Рідко (1) __Інколи (2) __ Часто (3) __ Дуже часто (4)
Прийом лікарських засобів для лікування
ХП? __ Ніколи(0) __ Рідко (1) __Інколи (2) __ Часто (3) __ Дуже часто (4)

4. Чи робите Ви щось безпосередньо для того, щоб продовжувати займатися наступними діями (наприклад, приховуєте те, що робите, брешете, накопичуєте речі, позичаєте в інших, збільшуєте борг, крадете або займаєтеся неправомірними діями?

Азартні ігри?__ Ніколи(0) __ Рідко (1) __Інколи (2) __ Часто (3) __ Дуже часто (4)
Секс? __ Ніколи(0) __ Рідко (1) __Інколи (2) __ Часто (3) __ Дуже часто (4)
Покупки? __ Ніколи(0) __ Рідко (1) __Інколи (2) __ Часто (3) __ Дуже часто (4)
Вживання
їжі? __ Ніколи(0) __ Рідко (1) __Інколи (2) __ Часто (3) __ Дуже часто (4)
Виконання завдань або
хобі? __ Ніколи(0) __ Рідко (1) __Інколи (2) __ Часто (3) __ Дуже часто (4)
Повторювання
простих дій? __ Ніколи(0) __ Рідко (1) __Інколи (2) __ Часто (3) __ Дуже часто (4)
Прийом лікарських засобів для лікування
ХП? __ Ніколи(0) __ Рідко (1) __Інколи (2) __ Часто (3) __ Дуже часто (4)

Лист оцінки

A. Азартні ігри	(0-16)	_____
B. Секс	(0-16)	_____
C. Покупки	(0-16)	_____
D. Вживання їжі	(0-16)	_____
E. Хобі-пандинг	(0-32)	_____
F. Прийом препаратів для	(0-16)	_____
Загальний бар ІКР (A-D)	(0-64)	_____
Загальний бал шкали оцінки	(0-112)	_____

Додаток 9
до Стандарту медичної допомоги
«Діагностика та лікування
хвороби Паркінсона»
(підпункт 21 пункту 3 розділу II)

Діагностичні критерії делірію

МКХ 10

Згідно з МКХ-10, F05 (Делірій, не спричинений алкоголем та іншими психоактивними речовинами) стосується конкретно делірію, спричиненого відомим фізіологічним або медичним станом (за винятком алкоголю чи інших речовин). Делірій – це синдром, а не захворювання, що характеризується порушенням уваги та/або усвідомлення з раптовим початком, коливальним перебігом та принаймні одним новим когнітивним дефіцитом, який не пояснюється деменцією.

Ключові діагностичні компоненти включають:

1. Порушення свідомості та уваги: труднощі з фокусуванням, підтримкою або перемиканням уваги.
2. Додаткові когнітивні зміни: порушення пам'яті, дезорієнтація, проблеми з мовою, зорово-просторові проблеми або порушення сприйняття (наприклад, галюцинації або ілюзії).
3. Психомоторні зміни: можуть проявлятися як гіпоактивність, гіперактивність або поєднання обох.
4. Порушення циклу сну та неспання: фрагментований сон, зворотні режими сну або денна сонливість.
5. Гострий початок та коливання тяжкості: симптоми зазвичай виникають впродовж кількох годин або днів та часто посилюються ввечері (на заході сонця).
6. Докази фізіологічної причини: клінічний зв'язок з гострою медичною проблемою (наприклад, інфекцією, метаболічним дисбалансом, гіпоксією) окремо від вживання психоактивних речовин.

Крім того, для діагностики делірію цей стан повинен являти собою помітну зміну від початкового рівня і не повинен більш переконливо пояснюватися вже існуючими нейрокогнітивними розладами. Швидка діагностика та лікування є критично важливими, враховуючи зв'язок делірію з підвищеною захворюваністю, смертністю та ризиком тривалих когнітивних порушень.

DSM 5

A. Порушення уваги (тобто знижена здатність спрямовувати, фокусувати, підтримувати та перемикати увагу) та усвідомлення (знижена орієнтація в навколишньому середовищі).

B. Порушення розвивається впродовж короткого періоду часу (зазвичай від кількох годин до кількох днів), являє собою різку зміну початкового рівня уваги та усвідомлення, а його тяжкість, як правило, коливається впродовж дня.

C. Додаткове порушення когнітивних функцій (наприклад, дефіцит пам'яті, дезорієнтація, мова, зорово-просторові здібності або сприйняття).

D. Порушення, зазначені в критеріях A та C, не повинні пояснюватися іншими причинами: вже існуючими, усталеними або прогресуючими нейрокогнітивними розладами, значно зниженим рівнем свідомості (наприклад, кома).

E. Існують докази з анамнезу, фізикального обстеження або лабораторних досліджень, що порушення є прямим фізіологічним наслідком іншого захворювання, сп'янінням або абстиненції (тобто через зловживання наркотичними або лікарськими засобами), або впливу токсину, або зумовлене кількома етіологіями.

Додаток 10
до Стандарту медичної допомоги
«Діагностика та лікування
хвороби Паркінсона»
(підпункт 24 пункту 3 розділу II)

Шкала оцінки розладів сну при хворобі Паркінсона (PDSS-2)

Оцініть ступінь тяжкості перелічених нижче проблем на основі Вашого досвіду впродовж минулого тижня (7 днів). Поставте хрестик у поле для відповіді.

Дуже часто (6-7 днів на тиждень)
Часто (4-5 днів на тиждень)
Інколи (2-3 дні на тиждень)
Зрідка (1 день на тиждень)

	Дуже часто	Часто	Інколи	Зрідка	Ніколи
1. В цілому, чи добре Ви спали останнього тижня?	0	1	2	3	4
2. Чи було Вам тяжко засинати кожної ночі?	4	3	2	1	0
3. Чи могли Ви спати всю ніч не прокидаючись?	4	3	2	1	0
4. Чи був у Вас руховий неспокій ніг або рук вночі, що порушувало сон?	4	3	2	1	0
5. Чи був порушений Ваш сон через потребу ворушити ногами або руками?	4	3	2	1	0
6. Чи страждали Ви вночі від снів, що не давали Вам спокою?	4	3	2	1	0
7. Чи страждали Ви вночі від неприємних галюцинацій (бачили або чули щось, чого насправді не існує)?	4	3	2	1	0
8. Чи вставали Ви вночі, щоб помочитись?	4	3	2	1	0

Продовження додатка 10

	Дуже часто	Часто	Інколи	Зрідка	Ніколи
9. Чи відчували Ви вночі дискомфорт через неспроможність повернутися у ліжку або поворушитися в результаті скутості руху?	4	3	2	1	0
10. Чи відчували Ви біль у руках або ногах, що будив Вас під час сну в нічний час?	4	3	2	1	0
11. Чи були у Вас судоми м’язів у руках або ногах, що будили Вас під час нічного сну?	4	3	2	1	0
12. Чи прокидались Ви рано-вранці з руками і ногами, що застигли в болючій позі?	4	3	2	1	0
13. Чи відчували Ви тремтіння у момент пробудження?	4	3	2	1	0
14. Чи відчували Ви втому та сонливість після пробудження вранці?	4	3	2	1	0
15. Чи прокидалися Ви вночі через хропіння або труднощі з диханням?	4	3	2	1	0

Додаток 11
до Стандарту медичної допомоги
«Діагностика та лікування
хвороби Паркінсона»
(підпункт 24 пункту 3 розділу ІІ)

Шкала оцінки сонливості Ешворта (ESS)

Яка ймовірність того, що за згаданих нижче обставин Ви не просто відчуватиме втому, а заснете чи задрімаєте?

Питання стосуються звичайних життєвих ситуацій впродовж останнього часу.

Навіть якщо останнім часом Ви не опинялися у деяких з цих ситуацій, намагайтеся оцінити, як би вони вплинули на Вас.

Щоб вибрати найбільш відповідну цифру для кожної ситуації, користуйтеся наведеною нижче шкалою:

0 = ніколи не задрімав(-ла) би
1 = невелика ймовірність задрімати
2 = середня ймовірність задрімати
3 = висока ймовірність задрімати

Ситуація	***Ймовірність задрімати (0-3)***
Сидячи та читаючи_____	_____
Дивлячись телевізор _____	_____
Сидячи пасивно у громадських місцях (у театрі, кінотеатрі, на зборах)_____	_____
Їдучи пасажиром у машині впродовж години без зупинки _____	_____
Прилягши відпочити в пообідню пору, коли дозволяють обставини_____	_____
Сидячи та розмовляючи з кимось_____	_____
Сидячи спокійно після обіду, під час якого Ви не вживали алкоголь _____	_____
В автомобілі або автобусі під час кількохвилинних зупинок в дорожніх пробках __	_____

_____

Додаток 12
до Стандарту медичної допомоги
«Діагностика та лікування
хвороби Паркінсона»
(підпункт 26 пункту 3 розділу II)

Щоденник Хаузера хвороби Паркінсона ***Дата заповнення „ _____ ” _____ 20 __ р.***

Час	***Сон***	***Таблетка не працює***	***Таблетка працює без дискінезії***	***Таблетка працює з дискінезією, що НЕ турбує***	***Таблетка працює з дискінезією, що турбує***	***Час***	***Сон***	***Таблетка не працює***	***Таблетка працює без дискінезії***	***Таблетка працює з дискінезією, що НЕ турбує***	***Таблетка працює з дискінезією, що турбує***
6:00						***18:00***					
:30						***:30***					
7:00						***19:00***					
:30						***:30***					
8:00						***20:00***					
:30						***:30***					
9:00						***21:00***					
:30						***:30***					
10:00						***22:00***					
:30						***:30***					
11:00						***23:00***					
:30						***:30***					
12:00						***24:00***					
:30						***:30***					
13:00						***1:00***					
:30						***:30***					
14:00						***2:00***					
:30						***:30***					
15:00						***3:00***					
:30						***:30***					
16:00						***4:00***					
:30						***:30***					
17:00						***5:00***					
:30						***:30***					

Коментарі _____

Додаток 13
до Стандарту медичної допомоги
«Діагностика та лікування
хвороби Паркінсона»
(підпункт 16 пункту 3 розділу III)

Покрокова схема лікування болю при хворобі Паркінсона



Додаток 14
до Стандарту медичної допомоги
«Діагностика та лікування
хвороби Паркінсона»
(підпункт 23 пункту 3 розділу III)

Лікарські засоби для лікування афективних розладів при хворобі Паркінсона

Для лікування тяжкої депресії:
Венлафаксин 75-225 мг

Для лікування помірної депресії:
з гальмуванням руху
Венлафаксин 75-150 мг
Циталопрам від 20 до 40 мг або
Сертралін 50-100 мг
у разі збудження, тривоги, неспокою або порушення сну
Міртазапін від 15 до 45 мг (не для лікування розладів фази швидкого сну) або
Тразодон 100-200 мг
у випадках супутніх порушень сну, болю, слинотечі та когнітивно нормальних пацієнтів
Амітриптилін 10-75 мг

Для лікування апатії:
Венлафаксин 75-225 мг пролонгованої дії

Для лікування втоми як ізольованого симптому:
Модафініл 100-200 мг

Для лікування тривоги/паніки як ізольованого симптому:
Циталопрам у дозі 20-40 мг