

DOI 10.36074/grail-of-science.17.03.2023.081

## ПАЛІАТИВНА ДОПОМОГА У ВЕДЕННІ ПАЦІЄНТІВ З ХВОРОБОЮ ПАРКІНСОНА

Растворов Олександр Анатолійович

канд. мед. наук, доцент, доцент кафедри фтизіатрії і пульмонології  
Запорізький державний медико-фармацевтичний університет, Україна

**Анотація.** Хвороба Паркінсона (ХП) – поступово прогресуюче хронічне дегенеративне неврологічне захворювання, пов'язане з дегенерацією і руйнуванням дофамінергічних нейронів чорної субстанції та інших відділів центральної нервової системи, що призводить до моторних та немоторних розладів. Основою лікування ХП є застосування препаратів, що впливають на обмін дофаміну, та реабілітаційних заходів. Паліативна допомога, включно з симптоматичною терапією, при ХП спрямована на лікування симптомів, психосоціальну підтримку та реабілітацію. Метою паліативної допомоги є покращення якості життя хворого.

**Ключові слова.** хвороба Паркінсона, клінічні прояви, інвалідність, паліативна допомога.

Резолюція Всесвітньої асамблеї охорони здоров'я (2014) визначає паліативну допомогу як «підхід, що дозволяє покращити якість життя хворих і членів їхніх родин, які стикнулися з проблемою невиліковного захворювання, шляхом запобігання та полегшення страждань завдяки ранньому виявленню і точній оцінці проблем, що виникають, та проведення адекватних лікувальних втручань, а також надання психологічної, соціальної та моральної підтримки». Суттєве значення паліативна допомога (ПД) має при несприятливому перебігу невиліковного захворювання, особливо в термінальній стадії хвороби [1].

ХВОРОБА ПАРКІНСОНА (ХП), або тремтливий параліч – хронічне повільно прогресуюче захворювання головного мозку, що зумовлене дегенерацією і руйнуванням дофамінергічних нейронів чорної субстанції та інших відділів центральної нервової системи [2].

Поширеність ХП у світі коливається від 60 до 140 осіб на 100 тис. населення. З віком частота хвороби Паркінсона у популяції зростає – серед осіб старше 60 років її частота становить 1 %, а після 85 років – від 2,6 до 4 %. За оцінками експертів, у світі налічується.

За статистикою МОЗ (2020), в Україні зареєстровано понад 23 тис. людей із ХП, або 61,4 на 100 тис. населення. Кожного року виявляється до 2,5 тис. нових випадків [5]. Згідно з методологією розрахунку кількості пацієнтів, що потребують паліативної (амбулаторної і стаціонарної) допомоги ВООЗ, наведеною Українським центром суспільних досліджень, її необхідно надавати 129 тис. осіб з хворобою Паркінсона [6].

Причини розвитку хвороби остаточно не встановлені. Захворювання є мультифакторіальним, у механізмах його розвитку беруть участь вікові,

генетичні чинники та фактори середовища (бактеріальні та вірусні інфекції, промислові та сільськогосподарські токсичні речовини) [2,4,7,8].

Розпізнавання початкових стадій хвороби Паркінсона найчастіше викликає значні труднощі і потребує проведення поетапної діагностики [9].

Основні симптоми при хворобі Паркінсона у людей похилого віку проявляються в тремтінні кінцівок і проблемах, що виникають при русі.

При хворобі Паркінсона відзначаються:

- зміна почерку – зменшуються розміри букв, порушується чіткість їх написання;

- м'язова скутість, туга рухливість, м'язова слабкість;

- тремтіння кінцівок, особливо при спробі щось зробити руками або піти.

З плином захворювання тремор посилюється, виникають труднощі при спробі взяти та утримати предмети. Тремор посилюється від емоційної напруги та підвищеної уваги. Під час сну тремор зникає;

- порушується постава, з'являється сутулість. Хворий нахилиється вперед, перш ніж зробити крок, і пересувається дрібними швидкими кроками, човгає ногами при ходьбі та іноді не встигає зупинитися в необхідному місці;

- при прогресуванні захворювання змінюється хода, потрібно чимало зусиль та концентрації уваги, щоб зробити кілька кроків. Хворий швидко втомлюється;

- порушується рівновага і хворий часто падає. При падінні він не може попередити забої, оскільки не встигає спрацювати захисна реакція;

- пересування повільне;

- змінюється характер хворого: періоди апатії та байдужості до навколишнього змінюються спалахами роздратування і незадоволення з приводу власної безпорадності;

- часті зміни настрою, дратівливість, плаксивість, депресія, поява суїцидальних думок та дій;

- підвищена стомлюваність;

- слинотеча;

- утруднене жування та ковтання;

- байдужий вираз обличчя;

- мова тиха та монотонна;

- тазові порушення (затримка сечовипускання, закрепи).

На пізніх стадіях можливий розвиток психозу з появою галюцинацій, марення [10, 11].

З розвитком захворювання кількість симптомів збільшується, їх прояви прогресують. За відсутності реабілітаційного лікування хворий поступово втрачає можливість рухатись, стає інвалідом.

Паркінсонізм може бути первинним чи вторинним. У першому випадку хвороба найчастіше зумовлена генетичною схильністю (ідеопатичний паркінсонізм) – понад 80% випадків. Вторинний вид захворювання виникає на тлі вже наявних захворювань (нейро-дегенеративних, судинних), під дією токсинів чи лікарських засобів, внаслідок отриманих травм чи перенесеного енцефаліту.

Існують 3 форми паркінсонізму: тремтлива, акінетико-ригідна та

тремтливо-ригідна [12].

Трептлива форма проявляється стійким тремором щелепи, кінцівок, язика. У всіх пацієнтів, які страждають на таку форму хвороби Паркінсона, спостерігається підвищений тонус м'язів і збільшена амплітуда коливань.

При акінетико-ригідній формі уповільнюються активні рухи, підвищується м'язовий тонус, особливо у згинальних відділах. Таких хворих можна виявити за характерною згорбленою поставою, яку вони постійно приймають. Трептіття за такої форми проявляється тільки в ситуаціях сильного хвилювання.

Трептливо-ригідна форма поєднує в собі ознаки обох видів паркінсонізму. Для неї характерні як трептіття, так і скутість у рухах.

З метою вимірювання прогресування симптомів хвороби Паркінсона та рівня інвалідності застосовують класифікацію стадій захворювання за M. Hoehn і M. Yahr (1967) [13]. Спочатку шкала включала стадії з 1 по 5, надалі була додана стадія 0, а стадії 1 і 2 розширені (стадія 1,5 та 2,5). Відповідно даної класифікації виділяють 6 основних стадій ХП.

Нульова стадія. При наявності хвороби її прояви ще відсутні.

Перша стадія. З'являються перші незначні порушення, пов'язані з рухом чи тремором кінцівок з одного боку тулуба.

Стадія 1,5. До порушень руху і тремору кінцівок з одного боку додаються ураження шиї та хребта.

Друга стадія. Порушення руху і тремор кінцівок з обох боків. Зовні це непомітно. Рівновага не порушена.

Стадія 2,5. Спостерігаються легкі порушення руху і тремор кінцівок з обох сторін, що відновлюються після проведення тесту на «тяжіння» (лікар стоїть позаду людини і просить її зберегти рівновагу, коли тягне її назад).

Третя стадія. Виникає дискомфорт, хвороба легкого або середнього ступеня. З'являються виразні рухові обмеження, порушення координації та рівноваги. Здатність до самообслуговування збережена.

Четверта стадія. Важка інвалідність, виникає залежність від інших осіб. Хворий може ходити або стояти без сторонньої допомоги, але рухова активність дається важко. Посилюється біль, координація нестійка.

П'ята стадія. Повною втратою рухових функцій. Хворий паралізований та

Також застосовується Уніфікована шкала оцінки хвороби Паркінсона (MDS-UPDRS), в перегляді Товариства рухових розладів (2008) [14].

Основні принципи надання паліативної допомоги пацієнтам із хворобою Паркінсона відповідають загальним принципам паліативної медицини. Цілями цієї допомоги є покращення якості життя, збереження функціональних здібностей та створення максимального комфорту. При цьому пріоритети у досягненні поставленої мети можуть змінюватися в залежності від стадії та симптомів хвороби. Згідно з сучасною моделлю надання паліативно-хоспісної допомоги, хворий повинен отримувати її з часу встановлення діагнозу і протягом всього періоду захворювання. Паліативної допомоги потребують і члени родини, опікуни весь період перебігу захворювання у пацієнта та деякий час після його смерті для подолання негативних наслідків втрати близької людини [15].

Тривалість життя при хворобі Паркінсона залежить від ступеня ураження чорної речовини і стадії захворювання. Також важливе значення має наявність хронічних соматичних захворювань інших органів і систем, дисфункція яких погіршує несприятливий прогноз щодо здоров'я і життя хворого. Хвороба Паркінсона має неухильний прогресуючий перебіг з несприятливим прогнозом виживання. Швидкість розвитку захворювання індивідуальна для кожного хворого і тривалість життя після встановлення діагнозу становить 7-15 років. Вже через 5-7 років після встановлення діагнозу пацієнти не здатні до самообслуговування, а ще через 3-6 років стають прикутими до ліжка. Такий прогноз спостерігається навіть при проведенні лікарської терапії [16].

Пацієнти з хворобою Паркінсона поступово стають залежними від інших осіб. Потреба паліативної допомоги зростає в процесі прогресування захворювання, коли посилюється рухові розлади, когнітивний дефіцит, емоційні розлади, здатність до самообслуговування. Надання паліативної допомоги пацієнтам із ХП має специфічні особливості, які залежать від стадії захворювання, характеру провідних порушень, наявності супутніх захворювань.

Фахівці в галузі паліативної допомоги повинні гарантувати, що люди з ХП, які знаходяться на термінальній стадії захворювання, мають такий самий вільний доступ до паліативної допомоги, як і люди без цього захворювання.

Лікування пацієнтів з ХП проводиться відповідно до наказу МОЗ України № 317 від 13.06.2008 «Про затвердження клінічних протоколів надання медичної допомоги за спеціальністю «Неврологія» пункт 1.43. «Клінічний протокол надання медичної допомоги хворим на паркінсонізм»» [17].

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

Своєчасна реабілітація при хворобі Паркінсона дає змогу уповільнити розвиток захворювання та продовжити поточну стадію на максимально тривалий термін. На перших етапах комплексне відновлення дозволяє зменшити рухові порушення: сповільненість, тремтіння, скутість, створити умови для активного способу життя пацієнта. На пізніх стадіях паркінсонізму реабілітація – єдиний та найефективніший спосіб уповільнити прогресування недуги [6, 7,18,19].

Для реабілітації пацієнтів із хворобою Паркінсона, медикаментозну терапію поєднують із фізіопроцедурами та ЛФК. До комплексу відновлення входять: фізичні вправи; реабілітаційна розтяжка; ритмічна гімнастика; масаж; логопедичні заняття; дихальні вправи; голкотерапія [18,19].

Пацієнту призначається медикаментозне чи хірургічне лікування. До операцій вдаються тільки в тому випадку, якщо відсутня позитивна динаміка

лікарської терапії. Якщо хворий активно відновлюється, йому поступово скасовують медичні препарати, і залишають лише необхідний мінімум.

Реабілітаційна програма призначається пацієнтам на початкових стадіях захворювання, коли рухи зберігаються. За потреби вона доповнюється медикаментозною терапією. Для відновлення рівноваги використовуються апаратні методики корекції ходьби, зменшення тремору – спеціальні тренажери і ЛФК.

Важливим моментом при наданні допомоги хворим з ХП, крім лікувальних заходів, є своєчасне планування паліативної допомоги на різних етапах розвитку захворювання, коли пацієнт може самостійно брати участь у плануванні та висловлювати власні потреби, переваги та переконання. При цьому важливо враховувати прогноз захворювання, можливості створення максимально сприятливого та комфортного середовища для пацієнта та його родини. Плани щодо надання допомоги можуть бути різними залежно від стадії захворювання, побажань пацієнта, конкретних умов та можливостей.

Європейська асоціація паліативної допомоги визначає попереднє планування догляду (Advance care planning – ACP), як процес, що дозволяє особам визначати цілі та переваги щодо майбутнього медичного лікування та догляду, обговорювати ці цілі та переваги з родиною та постачальниками медичних послуг. В процесі прогресування захворювання та з появою нових потреб як у пацієнта, так і у членів його родини, можуть вноситись корективи та зміни до стратегії надання допомоги [20].

Так як когнітивні функції та комунікація в процесі прогресування ХП погіршуються, пацієнти повинні мати можливість звернутися до ACP на ранніх стадіях захворювання. В подальшому зміст ACP може бути більш скорегований при прогресуванні захворювання. Необхідно адаптувати ACP до індивідуальної готовності пацієнта і його родини брати участь у процесі обговорення планування догляду. На початкових етапах розвитку хвороби більшість пацієнтів ще не готові до обговорення ACP. Частіше вони здатні до вирішення цих питань при прогресуванні рухових і немоторних проявів захворювання, виникненні проблем з самообслуговуванням та необхідності догляду.

Умовно виділяють два типи паліативної допомоги пацієнтам із ХП. Перший, основний, тип – загальна паліативна допомога, орієнтована на пацієнта, спрямована на усунення симптомів та покращення якості його життя. Паліативний підхід полягає у впровадженні принципів паліативної допомоги у роботу лікарів різних спеціальностей (терапевти, лікарі загальної практики, неврологи, геріатри, психіатри та інші фахівці) та використання цих принципів при здійсненні всіх видів лікування та догляду. Необхідно забезпечити адекватне лікування рухових розладів, поведінкових та психологічних симптомів, супутніх соматичних захворювань, а також будь-яких проблем зі здоров'ям, що виникають у процесі спостереження та лікування.

Пацієнтам з комплексними, складними проблемами має бути надана спеціалізована паліативна допомога (другий тип), яка потребує більш глибоких знань та навичок у цій галузі, що надається фахівцями з паліативної допомоги у тісній співпраці з лікарями інших спеціальностей [21].

При вирішенні питання про місце надання допомоги слід також

враховувати побажання родичів, які здійснюють догляд за пацієнтом, – їх думка, стан, можливості. Важливо з'ясувати, яка інформація та в якому обсязі потрібна пацієнту та його родичам щодо перебігу та прогресування ХП, надання допомоги, можливостей лікування тощо.

Вся необхідна інформація повинна надаватися на початковому етапі надання паліативної допомоги, а також у міру розвитку захворювання та появи потреб додаткової інформації.

План догляду за пацієнтом із хворобою Паркінсона повинен включати психологічну підтримку хворого і родини, забезпечення достатньої фізичної і рухової активності пацієнта, створення безпечних умов, контроль за прийомом ліків, забезпечення якісного регулярного харчування, контроль за регулярністю фізіологічних відправлень, збереження, по можливості, трудової активності та соціальних контактів, контроль симптомів, які погіршують якість життя [22].

Існують шкали оцінки симптомів щодо визначення потреби в паліативній допомозі при ХП. На основі шкали результатів паліативної допомоги (POS) розроблена шкала із додаванням додаткових симптомів паркінсонізму Plus (POS-PD) [23]. Едмонтонська система оцінки симптомів (ESAS) використовується для скринінгу симптомів і моніторингу у пацієнтів, які отримують паліативну допомогу як у стаціонарних, так і в амбулаторних умовах і застосовується для оцінки болю, втоми, нудоти, депресії, тривоги, сонливості, апетиту, самопочуття та задишки. Для оцінки специфічних симптомів ХП існує модифікована версія ESAS (ESAS-PD), яка включає також клінічно значущі симптоми – закріп, утруднене ковтання, скутість і сплутаність свідомості тощо [24].

Деякі специфічні симптоми хвороби Паркінсона визнані основними індикаторами надання паліативної допомоги [25]. До них відносяться:

- прогресуюче погіршення фізичної та/або когнітивної функції, незважаючи на оптимальну терапію або зниження ефективності медикаментозного лікування, критичне збільшення тривалості періодів вимикання, критичне зростання неконтрольованих дискінезій;
- зростання постуральної нестійкості;
- збільшення психічних порушень (деменції, галюцинацій, виникнення психозів, депресії);
- почастищення вегетативних порушень (ортостатичної гіпотензії);
- зменшення незалежності, необхідність сторонньої допомоги;
- госпіталізації з приводу падінь, інфекцій сечовивідних шляхів, пневмоній тощо;
- втрата ваги внаслідок дисфагії, втрата апетиту чи зміни обміну речовин;
- поступова відмова від соціалізації, часто з підвищеною сонливістю;
- прискорення темпів функціонального зниження;
- дисфагія, що призводить до рецидивуючої аспіраційної пневмонії, сепсису, задишки або дихальної недостатності;
- проблеми з вимовою і зростання труднощів у спілкуванні.

Рішення про умови надання паліативної медичної допомоги (амбулаторно, стаціонарно або виїзною бригадою) проводиться індивідуально.

Моторні порушення є провідними при розвитку ХП. При багатьох дегенеративних рухових розладах, зокрема при ХП, потреби в ПД значні та

зростають в процесі прогресування хворобим. До того ж, потреби в ПД змінюються відповідно до проявів рухових розладів в період стабільності та відносно низького навантаження і високими потребами в періоди прогресування. На середній або пізній стадії хвороби Паркінсона пацієнти мають суттєвий тягар рухових симптомів захворювання. Рухові порушення при ХП можуть привести до значних ускладнень в пересуванні, що протребує застосування допоміжних засобів – тростин, ходунків, колясок, а при повній втраті рухових функцій хворий паралізований та прикутий до ліжка чи інвалідного крісла. На цьому етапі розвитку захворювання хворі потребують особливого догляду для запобігання розвитку пролежнів, забезпечення харчування, гігієнічних процедур тощо [26, 27].

На останніх стадіях захворювання лікування спрямоване насамперед на полегшення стану хворого. Провідним стає догляд за пацієнтом та лікування станів, що погіршують якість життя яка значною мірою залежить від немоторних проблем. Частиною звичайного догляду стає систематична оцінку болю, настрою, психотичних і поведінкових симптомів, сну, спілкування, вегетативних розладів, ковтання та харчування [28, 29].

Біль є поширеним немоторним симптомом при ХП і може виникати на будь-якій стадії захворювання, навіть до клінічної діагностики, і негативно впливати на якість життя пацієнтів. Хронічній біль відзначається у 40-83% пацієнтів, найчастіше це скелетно-м'язовий біль, рідше зустрічаються корінцевий/невропатичний біль, біль при дистонії, біль у акатизії та центральний біль. Цілеспрямований збір анамнезу та обстеження можуть виявити причини і характер болю, що пов'язаний з ХП, і призначити адекватну знеболюючу терапію, включно з опіоїдами. Проте, навіть при якісній терапії багато джерел болю не можуть бути усунені і призводять до хронічних функціональних, психологічних та соціальних страждань. Пацієнтам треба пояснювати, що функціональне покращення більш досяжне, ніж повне усунення болю, а побічні ефекти ліків можуть ускладнювати подальше лікування [30, 31].

Дисфагія, втрата ваги та зміни апетиту є важливими прогностичними показниками і можуть бути використані для підтримки направлення в хоспіс. Дисфагія значно знижує якість життя пацієнта з хворобою Паркінсона, призводить до аспірації, асфіксії, аспіраційної пневмонії, недоїдання та дегідратації, особливо на пізніх стадіях захворювання, тому потребує корекції: консистенції їжі та рідини, що більш сприятливі для ковтання, приймати їжу в найбільш сприятливому положенні, для зменшення виразності дисфагії призначати дофамінергічні засоби, при тяжких порушеннях ковтання застосовувати ентеральне харчування [32].

Нейропсихіатричні симптоми часто викликають серйозні проблеми в лікуванні при прогресуванні захворювання, відіграють значну роль в інвалідизації та негативно впливають на якість життя як пацієнтів, так і осіб, які здійснюють догляд. Багато проявів є спільними для депресії та хвороби Паркінсона – мізерна міміка, тиха мова, сповільненість рухів, зниження апетиту та порушення сну, тому депресія при ХП часто залишається нерозпізнаною. Лікування депресії у таких осіб повинно відповідати конкретному пацієнту,

зокрема терапії, що проводиться. На пізніх стадіях хвороби Паркінсона часто зустрічаються психотичні симптоми: зазвичай ілюзії прогресують до псевдо та справжніх галюцинацій. Найпоширенішими є зорові та слухові галюцинації. Іноді галюцинації супроводжуються параноїдним розладом [33, 34].

У осіб із хворобою Паркінсона лікування легких психотичних симптомів може бути не потрібне, якщо вони незначно впливають на пацієнтів та осіб, які надають догляд. Якщо психотичні симптоми досить проблематичні, необхідно внесення змін до терапії – зменшити поліпрагмазію, знизити/припинити прийом антихолінергічних антидепресантів, анксиолітиків чи седативних засобів [33, 34].

Деменція часто зустрічається при хворобі Паркінсона, особливо у пацієнтів з пізнішим віком початку хвороби. Частота деменції протягом захворювання підвищується. Після виключення інших потенційних розладів, що спричиняють деменцію, рекомендується провести спрощення медикаментозного лікування, щоб мінімізувати потенційні несприятливі ефекти на центральну нервову систему, що посилюють когнітивні дисфункції [33, 34].

У осіб, які страждають на хворобу Паркінсона, спостерігаються різні розлади сну. Серйозні порушення сну при хворобі Паркінсона включають безсоння, надмірну сонливість у денний час, порушення REM-фази сну та синдром неспокійних ніг. Особам з хворобою Паркінсона та будь-якими розладами сну рекомендується покращити гігієну сну, виключити стимулятори у вечірній час, встановити регулярний патерн сну, необхідна зручна постіль та нормальний температурний режим, обмеження сну в денний час, регулярні та відповідні фізичним можливостям вправи. Слід переглянути фармакотерапію для виключення засобів, які можуть впливати на сон/неспання [33-35].

Вегетативні порушення включають серцево-судинні, шлунково-кишкові, уrogenітальні та терморегуляторні порушення. Вегетативні дисфункції, особливо ортостатична гіпотензія, ніктурія та запори, мають значний вплив на якість життя. Їхнє лікування проводиться за загальним принципом терапії цих ускладнень у паліативних пацієнтів [36, 37].

При веденні осіб, які страждають на хворобу Паркінсона, необхідні особистісний підхід та належне лікування, що вимагає відкритого спілкування з медичними працівниками.

Втрата здатності до самообслуговування і розвиток довгострокової інвалідності при ХП призводить до необхідності покладатися пацієнту на допомогу членів родини, їх суттєвого залучення для задовольнити щоденних потреб в догляді. Тривалий догляд за хворим у сімейних опікунів трудомісткий за матеріальними й психічними ресурсами, часом, що витрачається, і часто призводить до хронічного стресового стану, що проявляється безсонням, втомою, тривогою, депресією, почуттям провини, розвитком соматичних захворювань, порушеннями в імунній системі. Тривалий догляд за інкурабельним хворим вимагає від людини, що доглядає, відмовитися від попередніх життєвих звичок, зменшити соціальні контакти, цілком або частково залишити роботу за фахом, що призводить до втрати професійних вмінь, зупинці особистого розвитку, зменшення фінансових надходжень. У опікунів часто розвивають негативне ставлення до хвороби та проблеми у стосунках із



пацієнтом та іншими членами родини. Профілактичні заходи, що попереджують емоційні та соматичні розлади у опікунів, передбачають підходи, спрямовані на покращення здатності особистості протидіяти стресу через зміну своєї поведінки, стосунків, правильного балансу між роботою й особистим життям, наданні короткострокових (від декількох днів до тижня) регулярних (кожні 3-4 місяця) перерв в догляді за хворим із залученням соціальних робітників та додаткових опікунів, кваліфіковану допомогу медсестер [38, 39].

В Україні, як і в світі в цілому, ПД хворим на ХП надається в недостатньому обсязі. Це обумовлено тим, що пацієнти та неврологи переважно пов'язують паліативну допомогу з термінальною стадією хвороби і кінцем життя, недостатньо розуміють необхідність ПД при ХП. Також не завжди медичні працівники достатньою мірою оцінюють потреби пацієнтам з ХП, не лише медичні, а й соціальні та психологічні. Лікарі первинної ланки часто вважають, що вже надали пацієнтам достатню ПД або не можуть задовольнити комплексні потреби пацієнтів з ХП. В свою чергу, лікарі з паліативної допомоги відзначають дефіцит ресурсів та недостатність спеціального досвіду ведення хворих на ХП, а медичні сестри і соціальні працівники часто відзначають недоліки в існуючих організаційних структурах допомоги [40].

**Висновки.** Ведення пацієнтів з хворобою Паркінсона є багатофакторною проблемою, яка потребує постійного моніторингу і корекції значної кількості патологічних симптомів та станів із залученням спеціалістів різного профілю, проведенням лікувальних та реабілітаційних заходів з метою зменшення інвалідизації, підвищення якості й продовження термінів життя. Надання паліативної допомоги особам, які страждають на хворобу Паркінсона, необхідно розглядати на всіх стадіях захворювання. Особи з хворобою Паркінсона повинні мати детальний план надання допомоги, погоджений з ними, членами їх сімей, особами, які надають догляд, та всіма фахівцями.

#### **Список використаних джерел:**

- [1] Всесвітня асамблея охорони здоров'я. Резолюція WHA67.19 Посилення паліативної допомоги як складової комплексної допомоги протягом усього життя. 2014. (2014). Вилучено з [http://apps.who.int/gb/ebwha/pdf\\_files/WHA67/A67\\_R19-en.pdf](http://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/WHA67/A67_R19-en.pdf).
- [2] Poewe, W., Seppi, K., Tanner, C. & al. (2017). Parkinson disease. *Nat Rev Dis Primers*, (3), 17013. <https://doi.org/10.1038/nrdp.2017.13>.
- [3] Dorsey, E. R., Elbaz, A., Nichols, E. & al. (2018). Global, regional, and national burden of Parkinson's disease, 1990-2016: a systematic analysis for the global burden of disease study 2016. *Lancet Neurol*, (17), 939-953. [https://doi.org/10.1016/S1474-4422\(18\)30295-3](https://doi.org/10.1016/S1474-4422(18)30295-3).
- [4] Simon, D. K., Tanner, C. & M. Brundin P. (2020). Parkinson disease epidemiology, pathology, genetics, and pathophysiology. *Clin Geriatr Med*, (36), 1-12. <https://doi.org/10.1016/j.cger.2019.08.002>.
- [5] Вилучено з <http://oolc.od.ua/всесвітній-день-боротьби-з-хворобою-п/>.
- [6] Вилучено з <https://socialdata.org.ua/skilki-lyudey-v-ukraini-potrebuyut-pa/>.
- [7] DeMaagd, G. & Philip, A. (2015). Parkinson's Disease and Its Management: Part 1: Disease Entity, Risk Factors, Pathophysiology, Clinical Presentation, and Diagnosis. *Pharmacy and Therapeutics*, (40), 504-510. Вилучено з <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4517533/>.
- [8] Emamzadeh, F. N. & Surguchov, A. (2018). Parkinson's Disease: Biomarkers, Treatment,

- and Risk Factors. *Frontiers in Neuroscience*, (12), 612. <https://doi.org/10.3389/fnins.2018.00612>.
- [9] Mantri, S., Morley, J. F. & Siderowf, A. D. (2019). The importance of preclinical diagnostics in Parkinson disease. *Parkinsonism Relat Disord*, (64), 20–8. <https://doi.org/10.1016/j.parkreldis.2018.09.011>.
- [10] Váradi, Cs. (2020). Clinical Features of Parkinson's Disease: The Evolution of Critical Symptoms. *Biology (Basel)*, (9(5)), 103. <https://doi.org/10.3390/biology9050103>.
- [11] Sveinbjornsdottir, S. (2016). The clinical symptoms of Parkinson's disease. *JNC*, (139(S1)), 318-324. <https://doi.org/10.1111/jnc.13691>.
- [12] Thenganatt, M. A. & Jankovic J. (2014). Parkinson disease subtypes. *JAMA Neurol*, (71), 499–504. <https://doi.org/10.1001/jamaneurol.2013.6233>.
- [13] Hoehn, M.M. & Yahr, M.D. (1967). Parkinsonism: onset, progression, and mortality. *Neurology*, (17(5)), 427-442. <https://doi.org/10.1212/WNL.17.5.427>.
- [14] Московко, С.П., Московко, Г.С., Желиба, Л.Н. & Московко, Г.С. (2008). Новая шкала оценки болезни Паркинсона – MDS-UPDRS. *НейроNEWS: психоневрологія та нейропсихіатрія*, 5 (10). Вилучено з <https://neuronews.com.ua/ua/archive/2008/5%2810%29/article-138/novaya-shkala-ocenki-bolezni-parkinsona-mds-updrs#gsc.tab=0>.
- [15] Данилюк, К. В. (2018). Сутнісна характеристика паліативної та хоспісної допомоги і принципи її надання в Україні. *Державне управління: удосконалення та розвиток*. (2). Вилучено з <http://www.dy.nayka.com.ua/?op=1&z=1191>.
- [16] Dommershuijsen, L. J., Heshmatollah, A., Darweesh, S.K.L. & al. (2020). Life expectancy of parkinsonism patients in the general population. *Parkinsonism & Related Disorders*, (77), 94-99. <https://doi.org/10.1016/j.parkreldis.2020.06.018>.
- [17] Вилучено з <https://ips.ligazakon.net/document/MOZ8342>.
- [18] de Paula Vasconcelos, L. A. (2019). Parkinson's Disease Rehabilitation: Effectiveness Approaches and New Perspectives. M. Bernardo-Filho (edit.) *Physical Therapy Effectiveness*, (115-147). IntechOpen. Вилучено з <http://dx.doi.org/10.5772/intechopen.89360>.
- [19] Rafferty, M.R., Nettnin, E., Goldman, J.G. & MacDonald, J. (2021) Frameworks for Parkinson's Disease Rehabilitation Addressing When, What, and How. *Curr Neurol Neurosci Rep*. 21(3): 12. <https://doi.org/10.1007/s11910-021-01096-0>.
- [20] Rietjens, J. A., Sudore, R.L., Connolly, M. & al. (2017). Definition and recommendations for advance care planning: an international consensus supported by the European Association for Palliative Care. *Lancet Oncol.*; 18(9):e543-51. [https://doi.org/10.1016/S1470-2045\(17\)30582-X](https://doi.org/10.1016/S1470-2045(17)30582-X).
- [21] Qamar, M. A., Harington, G., Trump, S. & al. (2017). Multidisciplinary Care in Parkinson's Disease. *Int Rev Neurobiol*, (132), 511-523. <https://doi.org/10.1016/bs.irn.2017.02.001>.
- [22] van Halteren, A. D., Munneke, M., Smit, E. S. & al. (2020). Personalized Care Management for Persons with Parkinson's Disease. *J Parkinsons Dis*. (10 (Suppl 1)): S11–S20. <https://doi.org/10.3233/JPD-202126>.
- [23] Higginson, I. J., Gao, W., Saleem, T. Z., & al. (2012) Symptoms and quality of life in late stage Parkinson syndromes: a longitudinal community study of predictive factors. *PLoS One*, 7(11): e46327. <https://doi.org/journal.pone.0046327>.
- [24] Miyasaki, J.M., Long, J., Mancini, D. & al. (2012) Palliative care for advanced Parkinson disease: an interdisciplinary clinic and new scale, the ESAS-PD. *Parkinsonism Relat Disord*, (18 (Suppl 3)): S6-9. <https://doi.org/10.1016/j.parkreldis.2012.06.013>.
- [25] Lum, H. D. & B. M. Kluger, B. M. (2020). Palliative Care for Parkinson Disease. *Clin Geriatr Med*, (36(1)), 149–157. <https://doi.org/10.1016/j.cger.2019.09.013>
- [26] Macchi, Z. A., Tarolli, Ch. G. & Kluger B. M. (2021) Palliative Care in Movement Disorders: an Evolving Field. *Curr Neurol Neurosci Rep*, (21(3)), 5. <https://doi.org/10.1007/s11910->

- 021-01091-5.
- [27] Church, F. C. (2021). Treatment Options for Motor Symptoms of Parkinson's Disease. *Biomolecules*, 11(4): 612. <https://doi.org/10.3390/biom11040612>.
- [28] Rukavina, K., Batzu, L., Boogers, A. & al. (2021). Non-motor complications in late stage Parkinson's disease: recognition, management and unmet needs. *Expert Review of Neurotherapeutics*, (21 (3)), 335–352. <https://doi.org/10.1080/14737175.2021.1883428>.
- [29] Schapira, A. H.V., Chaudhuri, K. R. & Jenner, P. (2017). Non-motor features of Parkinson disease. *Nat Rev Neurosci*, (18(8)):509. <https://doi.org/10.1038/nrn.2017.91>.
- [30] Buhmann, C., Kassubek, J. & Jostc, W. H. (2020). Management of Pain in Parkinson's Disease. *J Parkinsons Dis*, (10(Suppl 1)): S37–S48. <https://doi.org/10.3233/JPD-202069>.
- [31] Blanchet, P.J. & Brefel-Courbon C. (2018) Chronic pain and pain processing in Parkinson's disease. (Pt B). *Prog Neuropsychopharmacol Biol Psychiatry*, (87), 200–206. <https://doi.org/10.1016/j.pnpbp.2017.10.010>.
- [32] Schindle, A., Pizzorni, N., Cereda, E. & al. (2021). Consensus on the treatment of dysphagia in Parkinson's disease. *J Neurol Sci*, (430), 20008. <https://doi.org/10.1016/j.jns.2021.120008>.
- [33] Weintraub, D. (2020) Management of psychiatric disorders in Parkinson's disease. *Neurotherapeutics*, (17), 1511–1524. <https://doi.org/10.1007/s13311-020-00875-w>.
- [34] Han, J. W., Ahn, Y. D., Kim, W.-S. & al. (2021). Psychiatric Manifestation in Patients with Parkinson's Disease. *J Korean Med Sci*, (33(47)): e300. <https://doi.org/10.3346/jkms.2018.33.e300>.
- [35] Zuzuárregui, J.R.P. & Doring, E.H. (2020). Sleep Issues in Parkinson's Disease and Their Management. *Neurotherapeutics*, (17), 1480–1494. <https://doi.org/10.1007/s13311-020-00938-y>.
- [36] Chen, Zh., Li, G. & Liu, J. (2020). Autonomic dysfunction in Parkinson's disease: Implications for pathophysiology, diagnosis, and treatment. *Neurobiology of Disease*, (134), 104700 <https://doi.org/10.1016/j.nbd.2019.104700>.
- [37] Palma, J.-A. & Kaufmann, H. (2018). Treatment of autonomic dysfunction in Parkinson disease and other synucleinopathies. *Mov Disord*, (33), 372–90. <https://doi.org/10.1002/mds.27344>.
- [38] Mosley, P. E., Moodie, R. & Dissanayaka, N. (2017). Caregiver burden in Parkinson disease: a critical review of recent literature. *J Geriatr Psychiatry Neurol*, (30(5)), 235-252. <https://doi.org/10.1177/0891988717720302>.
- [39] Martinez-Martin, P., Skorvanek, M., Henriksen, T. & al. (2023). Impact of advanced Parkinson's disease on caregivers: an international real-world study. *J Neurol*, <https://doi.org/10.1007/s00415-022-11546-5>.
- [40] Lum, H. D. & Kluger, B. M. (2020). Palliative Care for Parkinson Disease. *Clin Geriatr Med*, (36(1)), 149–157. <https://doi.org/10.1016/j.cger.2019.09.013>.