

Оперативное лечение сопутствующих заболеваний при болезни Паркинсона



Составитель: Кутникова Татьяна Александровна

Врач невролог высшей категории, кандидат медицинских наук, руководитель Оренбургского областного Центра экстрапирамидной патологии ГБУЗ «Оренбургский областной клинический психоневрологический госпиталь ветеранов войн»

Оперативное лечение сопутствующих заболеваний при болезни Паркинсона (БП) не противопоказано. Однако пациенты, страдающие БП, более склонны к побочным эффектам от анестезии, а также к негативным последствиям стресса от самой операции. Важно знать, какие потенциальные проблемы могут возникнуть, чтобы быть максимально подготовленным.

Предоперационная подготовка

- Перед операцией поговорите со своим анестезиологом о вариантах обезболивания, доступных для данного типа операции. Если местная анестезия является подходящим вариантом, лучше выбрать ее, поскольку она может иметь меньше побочных эффектов.
- Соблюдение графика приема лекарств при БП имеет решающее значение для стабильного самочувствия.
- Прием леводопы нужно продолжать до утра перед операцией. Одну дозу с минимальным количеством воды можно принять ранним утром перед операцией.
- Дофаминергические агонисты (прамипексол, пирибедил ропинирол), амантадин (ПК-Мерц, мидантан), энтокапон – принимаются вплоть до операции.
- Применение ротиготина (њью-про) в виде пластиря можно продолжать в течение операции.
- Тригексифенидил (циклогол), бипериден (акинетон) следует отменить до операции. Они могут вызывать синдром спутанности сознания и мешать действию различных других препаратов.
- Разагилин (азилект) - ингибиторы МАО-В - следует отменить за 3 недели до операции. В случае, если операция выполняется по экстренным показаниям, следует учитывать серотонинергические эффекты у применяемых препаратов (особенно сочетание с опиоидами и антидепрессантами).

Важно! Максимальное сохранение привычной схемы противопаркинсонических препаратов позволяет ускорить восстановление и уменьшить количество осложнений в послеоперационном периоде.

При госпитализации возмите с собой заключение паркинсонолога, график приема препаратов с указанием точного времени, лекарственные средства в аптечных упаковках в количестве достаточном на срок госпитализации.

Операция, под местной или регионарной анестезией

При этих типах операции как правило, требуется неподвижности пациента (например, офтальмологическая хирургия).

- При наличии лекарственных дискинезий (непроизвольных движений в туловище и конечностях на пике действия препаратов леводопы), необходимо скорректировать время операции в соответствии с периодом ответа на лечение. То есть планировать операцию в периоде «выключения» или в начале или конце периода «включения», когда дискинезии не выражены.
- ИЛИ уменьшить разовую дозу леводопы на время проведения вмешательства с целью уменьшения выраженности дискинезий (вместо 1 таблетки принять $\frac{1}{2}$ таблетки).
- В случае наличия выраженного трепора, который чувствителен к леводопе, операцию следует проводить в периоде «включения».
- Если трепор может помешать выполнению операции; если операция затягивается, то общая анестезия предпочтительнее (пропофол).

Выбор препарата для общей анестезии

- Анестетик выбора – пропофол. Возможны побочные эффекты в виде появления дискинезий, однако они обратимы.
- Тиопентал снижает высвобождение дофамина и может усилить симптомы паркинсонизма.
- Кетамин противопоказан.
- Фенотиазины, бутирофеноны (включая дроперидол) и метоклопрамид могут ухудшить течение болезни Паркинсона
- Недеполяризующие миорелаксанты (рокуроний, сукцинилхолин) безопасны.
- Галотан с осторожностью (повышает чувствительность катехоламинергического действия сердца).
- Изофлуран или севофлуран – могут вызвать гипотензию.
- Опиоиды могут вызывать ригидность и должны использоваться с осторожностью.

Послеоперационное лечение БП

- После операции пациенты должны возобновить привычную схему приема лекарств как можно скорее (обычно через 2-3 часа), особенно препараты леводопы.
- Требуется максимально ранняя активизация.
- Необходимо избегать обезвоживания.
- В первые дни после операции возможно временное повышение или снижение чувствительности к препаратам для БП. Это может привести либо к увеличению дискинезии, либо к увеличению периода «выключения» после операции. Если это произойдет, необходима консультация с неврологом для коррекции схемы лечения.
- В течение нескольких недель после операции симптомы БП могут временно ухудшаться из-за хирургического стресса. Восстановление может быть медленным. Будьте терпеливы, так как обычно все возвращается к исходному уровню, через определенное количество времени.

Возможные послеоперационные осложнения при БП

- Делирий — обратимый период спутанности сознания. В группе риска находятся люди старше 60 лет, особенно со снижением когнитивных функций. Делирий может привести к возбуждению, галлюцинациям, бреду. Профилактика послеоперационного делирия: максимально ранняя активизация, обеспечение доступа к очкам и слуховому аппарату (для более быстрого возвращения к ясному мышлению). В случае необходимости медикаментозной терапии делирия использовать бензодиазепины (клоназепам) и атипичные нейролептики (клозапин или кветиапин). Остальные нейролептики противопоказаны!
- Усиление тревоги и депрессии. Может потребовать консультации психиатра или психотерапевта и назначения антидепрессантов и др. препаратов.
- Усиление мышечной скованности (риgidности) и ухудшение движений (акинезия) могут привести к респираторным, бронхоаспирационным осложнениям, тромбозам, инфекциям и пролежням.
- Ортостатическая гипотензия (возможны головокружения и обмороки). Необходимо очень медленно переходить из положения лежа в положение сидя и стоя. При передвижении по палате/ отделению использовать опорные средства (ходунки). Можно применять компрессионные бинты/чулки для увеличения объема циркулирующей крови.
- Дисфункция или инфекциям мочевыводящих путей (ИМП).

Важно отметить, что ИМП или любая инфекция могут сначала проявляться необъяснимым ухудшением симптомов БП или началом галлюцинаций!

- Люди с БП склонны к запорам, которые могут усугубиться в послеоперационном периоде вплоть до динамической кишечной непроходимости. После операции может потребоваться ежедневный прием слабительных. **Метоклопрамид (церукал) категорически противопоказан!**
- Нарушение глотания. Повышает риск аспирации (падение пищи или жидкости в дыхательные пути). Поэтому после операции лучше вводить мягкую пищу постепенно.

Если самостоятельное глотание не возможно:

- Введение леводопы через назогастральный зонд (если только нет запрета к приему даже жидкости).
- Приготавливается раствор 1–1,5г леводопы в 1л воды с 1г витамина С. Вводится по 100мл этого раствора. Кратность введения определяется суточной дозой, которая была до операции (но не чаще, чем каждые 2ч)
- Остальные препараты должны быть пересчитаны на эквивалентную дозу леводопы.

Агонист дофаминовых рецепторов	Доза, эквивалентная 100 мг препарата леводопы
Пирибедил	100
Прамипексол	1,0
Ропинирол	4-5

- Амантадин (Пк-Мерц) может вводиться внутривенно.

Помните, в послеоперационном периоде для быстрого восстановления требуется сохранение максимально возможного уровня физической активности и непрерывный прием медикаментов!

ВСЕ БУДЕТ ХОРОШО!

Источники:

1. Mariscal A, et al. Manejo perioperatorio de la enfermedad de Parkinson. Neurología. 2011;27:46–50.
2. The American Parkinson Disease association (<https://www.apdaparkinson.org>)
3. Левин О.С., Федорова Н.В. Болезнь Паркинсона. – М.: МЕДпресс, 2016. – 384 с.