

LIETUVOS RESPUBLIKOS SVEIKATOS APSAUGOS MINISTRO
Į S A K Y M A S

**DĖL LIETUVOS RESPUBLIKOS SVEIKATOS APSAUGOS MINISTRO
2008 M. RUGPJŪČIO 1 D. ĮSAKYMO NR. V-729 „DĖL IŠSĖTINĖS
SKLEROZĖS GYDYMO LIGĄ MODIFIKUOJANČIAIS VAISTAIS,
KOMPENSUOJAMAIŠ IŠ PRIVALOMOJO SVEIKATOS DRAUDIMO
FONDO BIUDŽETO, SKYRIMO TVARKOS APRAŠO TVIRTINIMO“
PAKEITIMO**

2011 m. sausio 18 d. Nr. V-40
Vilnius

Siekdamas tinkamai reglamentuoti ambulatorinį gydymą kompensuojamaisiais vaistais:

1. P a k e i č i u Išsėtinės sklerozės gydymo ligą modifikuojančiais vaistais, kompensuojamais iš Privalomojo sveikatos draudimo fondo biudžeto, skyrimo tvarkos aprašą, patvirtintą Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro 2008 m. rugpjūčio 1 d. įsakymu Nr. V-729 „Dėl Išsėtinės sklerozės gydymo ligą modifikuojančiais vaistais, kompensuojamais iš Privalomojo sveikatos draudimo fondo biudžeto, skyrimo tvarkos aprašo tvirtinimo“ (Žin., 2008, Nr. 91-3658), ir išdėstau 6.3 punktą taip:

„6.3. per pastaruosius dvejus metus iki gydymo ligą modifikuojančiais vaistais turi būti gydytojo nustatytas ir

dokumentuotas mažiausiai vienas ligos paūmėjimas, pasireiškiantis naujų simptomų atsiradimu ar senų sustiprėjimu ir trunkantis ne mažiau kaip 24 valandas; pirmasis gydytojo nustatytas ir dokumentuotas ligos pasireiškimas, trunkantis ne mažiau kaip 24 val. (įskaitant ir regos nervo neuritą), prilyginamas ligos paūmėjimui, jei po jo kartojasi nauji ligos paūmėjimai, patvirtinantys recidyvuojančią remituojančią ligos eigą“.

2. P a v e d u įsakymo vykdymą kontroliuoti viceministriui pagal administruojamą sritį.

SVEIKATOS APSAUGOS MINISTRAS
RAIMONDAS ŠUKYS

LIETUVOS RESPUBLIKOS SVEIKATOS APSAUGOS MINISTRO
Į S A K Y M A S

**DĖL IŠSĖTINĖS SKLEROZĖS GYDYMO LIGĄ MODIFIKUOJANČIAIS
VAISTAIS, KOMPENSUOJAMAIŠ IŠ PRIVALOMOJO SVEIKATOS
DRAUDIMO FONDO BIUDŽETO, SKYRIMO TVARKOS APRAŠO
TVIRTINIMO**

(Aktuali redakcija)

2008 m. rugpjūčio 1 d. Nr. V-729
Vilnius

Vadovaudamasis Lietuvos Respublikos sveikatos draudimo įstatymo (Žin., 1996, Nr. 55-1287; 2002, Nr. 123-5512) 10 straipsniu ir siekdamas racionaliau naudoti Privalomojo sveikatos draudimo fondo biudžeto lėšas:

1. T v i r t i n u Išsėtinės sklerozės gydymo ligą modifikuojančiais vaistais, kompensuojamais iš Privalomojo sveikatos draudimo fondo biudžeto, skyrimo tvarkos aprašą.

2. P r i p a ž i s t u netekusiais galios:

2.1. Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro 2000 m. gruodžio 21 d. įsakymą Nr. 750 „Dėl Kompensuojamo gydymo beta interferonais sergant išsėtine skleroze skyrimo tvarkos“ (Žin., 2000, Nr. 110-3552);

2.2. Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro 2006 m. sausio 19 d. įsakymą Nr. V-48 „Dėl sveikatos ap-

saugos ministro 2000 m. gruodžio 21 d. įsakymo Nr. 750 „Dėl Kompensuojamo gydymo beta interferonais, sergant išsėtine skleroze, skyrimo tvarkos“ pakeitimo“ (Žin., 2006, Nr. 10-377).

SVEIKATOS APSAUGOS MINISTRAS
GEDIMINAS ČERNIAUSKAS

PATVIRTINTA

Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos
ministro 2008 m. rugpjūčio 1 d.
įsakymu Nr. V-729

IŠSĖTINĖS SKLEROZĖS GYDYMO LIGĄ MODIFIKUOJANČIAIS VAISTAIS, KOMPENSUOJAMAIŠ IŠ PRIVALOMOJO SVEIKATOS DRAUDIMO FONDO BIUDŽETO, SKYRIMO TVARKOS APRAŠAS

I. BENDROSIOS NUOSTATOS

1. Išsėtinės sklerozės gydymo ligą modifikuojančiais vaistais, kompensuojamais iš Privalomojo sveikatos draudimo fondo biudžeto (toliau – PSDF), skyrimo tvarkos aprašas nustato šio gydymo skyrimo apdraustiesiems privalomuoju sveikatos draudimu bei išsėtinės sklerozės gydymo IFN beta, glatiramero acetatu ir imunosupresantais tvarką.

2. Šiame apraše vartojamos sąvokos ir sutrumpinimai:

IFN-beta – beta interferonas;

IFN-beta1a – beta vienas a interferonas;

IFN-beta1b – beta vienas b interferonas;

BAb – rišantieji antikūnai;

NAb – neutralizuojantieji antikūnai;

McDonaldo kriterijai – kriterijai, leidžiantys diagnozuoti išsėtinę sklerozę.

EDSS – išplėstinė negalios vertinimo skalė (angl. *The Expanded Disability Status Scale*).

II. IŠSĖTINĖS SKLEROZĖS GYDYMO LIGĄ MODIFIKUOJANČIAIS VAISTAIS (IFN-BETA, GLATIRAMERO ACETATU, IMUNOSUPRESANTAIS), KOMPENSUOJAMAIŠ IŠ PSDF BIUDŽETO, SKYRIMO TVARKA

3. PSDF biudžeto lėšomis kompensuojamas gydymas IFN-beta, glatiramero acetatu bei imunosupresantais skiriamas sergantiesiems išsėtine skleroze, jei:

3.1. išsėtinės sklerozės diagnozę nustato (patvirtina) tretinio lygio stacionarines neurologijos paslaugas teikiančių asmens sveikatos priežiūros įstaigų (toliau – ASPI) gydytojų neurologų konsiliumas;

3.2. sprendimą dėl kompensuojamojo gydymo ligą modifikuojančiais vaistais (IFN-beta, glatiramero acetatu, imunosupresantais) tikslingumo priima tretinio lygio stacionarines neurologijos paslaugas teikiančių ASPI gydytojų neurologų konsiliumai, kai atliekami visi diagnostiniai tyrimai:

3.2.1. įvertinami paciento skundai ir ligos anamnezė,

3.2.2. ištiriama paciento neurologinė būklė (nustatoma neurologinė židininė simptomatika),

3.2.3. atliekami galvos ir (ar) nugaros smegenų magnetinio rezonanso tomografiniai tyrimai (nustatomi daugybiniai demielinizacijos židiniai centrinėje nervų sistemoje),

3.2.4. atliekami smegenų skysčio tyrimai (oligokloninės juostos ir (ar) imunoglobulinų indekso pakitimai yra papildomas, bet nebūtinai kriterijus išsėtinei sklerozei patvirtinti),

3.2.5. įvertinami sukeltieji potencialai (nervinio impulso sklaidimo greičio sulėtėjimas ar blokavimas yra papildomas, bet nebūtinai išsėtinę sklerozę patvirtinantis kriterijus),

3.2.6. išsėtinės sklerozės diagnozė nustatoma remiantis McDonaldo kriterijų 2005 metų versija.

4. Ligą modifikuojančių vaistų (IFN-beta, glatiramero acetato, imunosupresantų), kompensuojamų iš PSDF biudžeto, receptus gali išrašyti tretinio lygio stacionarines neurologijos paslaugas teikiančių ASPI gydytojai neurologai. Receptai išrašomi ne ilgesniam kaip 3 mėnesių gydymo kursui.

5. Sprendimą tęsti gydymą pakartotinai priima tretinio lygio stacionarines neurologijos paslaugas teikiančių ASPI gydytojų neurologų konsiliumai ne rečiau kaip kartą per metus.

6. Kompensuojamasis išsėtinės sklerozės gydymas IFN-beta, glatiramero acetatu, imunosupresantais skiriamas vadovaujantis šiais kriterijais:

6.1. ligonis turi būti ne jaunesnis kaip 18 metų;

6.2. recidyvuojanti ir remituojanti ligos eiga;

6.3. per pastaruosius dvejus metus iki gydymo ligą modifikuojančiais vaistais turi būti nustatytas ir dokumentuotas mažiausiai vienas ligos paūmėjimas, pasireiškiantis naujų simptomų atsiradimu ar senų sustiprėjimu ir trunkantis ne mažiau kaip 24 valandas; pirmasis dokumentuotas ligos pasireiškimas trunkantis ne mažiau kaip 24 val. (įskaitant ir regos nervo neuritą) prilyginamas ligos paūmėjimui, jei po jo kartojosi nauji ligos paūmėjimai, patvirtinantys recidyvuojančią remituojančią ligos eigą;

6.4. nėštumo metu išsėtinės sklerozės gydymas ligą modifikuojančiais vaistais – IFN-beta, glatiramero acetatu, imunosupresantais – turėtų būti nutrauktas. Negalima pradėti gydymo IFN-beta nėštumo metu;

6.5. neįgalumas pagal išplėstinę neįgalumo skalę (EDSS) turi būti ne didesnis kaip 6,0 balai, t. y. be kitų pagalbos ligonis turėtų nueiti iki 100 m (pailsėdamas ar be poilsio);

6.6. ligonis turi būti sąmoningas, tiksliai vykdyti gydytojo nurodymus.

III. IŠSĖTINĖS SKLEROZĖS GYDYMO IFN-BETA IR GLATIRAMERO ACETATU, KOMPENSUOJAMAIŠ IŠ PSDF BIUDŽETO, TVARKA

7. Gydėti pradėdama mažomis IFN-beta 30 µg dozėmis, leidžiamomis kartą per savaitę į raumenis (arba IFN-beta 1a 22 µg dozėmis, leidžiamomis 3 kartus per savaitę į poodį), arba didelėmis IFN-beta 1a 44 µg dozėmis, leidžiamomis 3 kartus per savaitę į poodį (arba IFN-beta 1b 0,25 mg, t. y. 8 mln. TV, dozėmis, leidžiamomis kas antrą dieną į poodį), arba glatiramero acetato 20 mg dozėmis, leidžiamomis 1 kartą per parą į poodį, gydytojų neurologų konsiliumo sprendimu, atsižvelgiant į anamnezės ir į prognozuojamus duomenis apie galimą išsėtinės sklerozės eigos agresyvumą ir kitus nepageidautinus reiškinius.

8. Jei numatoma palankesnė ligos eigos prognozė, jei yra retesni recidyvai arba stiprūs šalutiniai reiškiniai gydymo didelėmis dozėmis metu, paprastai skiriamas gydymas mažomis IFN-beta dozėmis.

9. Jei išsėtinė sklerozė išlieka aktyvi (buvo nustatyti ir dokumentuoti du ar daugiau recidyvų per vienus metus) po gydymo mažomis IFN-beta dozėmis arba glatiramero acetatu, rekomenduojama skirti dažnai leidžiamas dideles IFN-beta dozes.

10. Minimalų laikotarpį, per kurį būtų įvertinama, ar reikia keisti gydymą ligą modifikuojančiais vaistais, sudaro 12 mėnesių.

11. Jei gydymas IFN-beta yra blogai toleruojamas, pirmiausia nepageidaujamas reakcijas reikia šalinti simptominėmis priemonėmis. Jei gydymas IFN-beta vis tiek blogai toleruojamas, nors buvo taikomos simptominės priemonės, rekomenduojama pereiti nuo gydymo didelėmis IFN-beta dozėmis prie gydymo mažomis dozėmis. Vėliau galima vėl grįžti prie gydymo didelėmis IFN-beta dozėmis. Jei nepaisant simptominio gydymo ir mažų IFN-beta dozių taikymo lieka nepageidaujamų reiškinių, galima gydyti glatiramero acetatu arba nutraukti gydymą.

12. Gydymo trukmę lemia klinikinis IFN-beta efektyvumas. Gydymas šiais vaistais tęsiamas tol, kol matomas klinikinis jų efektyvumas: reti (suretėję) ligos recidyvai, sumažėję, stabilizavęsi ar menkai progresuojantys neįgalumo reiškiniai.

13. Gydymas turi būti nutrauktas, jei taikant optimalų gydymą šiais vaistais:

13.1. išlieka dažni ligos recidyvai (trys ir daugiau paūmėjimų per vienus metus);

13.2. nustatomas nuolatinis išsėtinės sklerozės progresavimas (neįgalumo padidėjimas dviem ir daugiau balų pagal EDSS skalę per vienus metus) be aiškių paūmėjimų. Papildomos informacijos apie IFN-beta efektyvumą gali suteikti rišančiųjų antikūnų (BAb) ir neutralizuojančiųjų antikūnų (NAb) nustatymas. Teigiami rišančiųjų antikūnų ir neutralizuojančiųjų antikūnų titrai, jei nėra klinikinio efektyvumo, pagrindžia sprendimą nutraukti gydymą IFN-beta;

13.3. jei gydymas IFN-beta ir glatiramero acetatu yra neefektyvus, lieka dažni paūmėjimai arba nuolatinis neįgalumo progresavimas (neįgalumo padidėjimas dviem ir daugiau balų pagal EDSS skalę per vienus metus), šis gydymas turi būti nutrauktas ir skiriamas gydymas imunosupresantais.

IV. IŠSĖTINĖS SKLEROZĖS GYDYMO METILPREDNIZOLONU PAŪMĖJIMO METU TVARKA

14. Pirmasis gydymo metilprednizolonu kursas išsėtinės sklerozės paūmėjimo metu turi būti atliekamas stacionare.

15. Išsėtinės sklerozės paūmėjimui gydyti skiriama ne mažiau kaip 500 mg metilprednizolono, leidžiamo 1 kartą per dieną į veną arba (alternatyvusis variantas) vartojamo peroraliai 5 dienas. Kitas gydymo variantas – 1 g metilprednizolono, leidžiamo 1 kartą per dieną į veną 3 dienas.

16. Ūmiam regimojo nervo neuritui gydyti rekomenduojama 1 g metilprednizolono leisti 1 kartą per dieną į veną 3 dienas, po to gydyti peroraliai vartojamu metilprednizolonu mažinančiomis dozėmis.

17. Pacientams, kurių gydymas nurodytomis metilprednizolono dozėmis neefektyvus, gali būti skiriamos didesnės dozės – iki 2 g metilprednizolono, leidžiamo 1 kartą per dieną į veną 5 dienas.

18. Pacientams, kurių gydymas metilprednizolonu neefektyvus, rekomenduojama taikyti plazmaferezę. Metilprednizolonas ir plazmaferezė kartu turėtų būti taikomi sunkių paūmėjimų metu. Kai kuriais atvejais (jei yra kontraindikacijų gliukokortikoidams ir kt.) rekomenduojama taikyti tik plazmaferezę.

LIETUVOS RESPUBLIKOS SVEIKATOS APSAUGOS MINISTRO
Į S A K Y M A S

DĖL PARKINSONO LIGOS IR ANTRINIO PARKINSONIZMO
AMBULATORINIO GYDYMO KOMPENSUOJAMAJAIS VAISTAIS
TVARKOS APRAŠO PATVIRTINIMO

2011 m. sausio 27 d. Nr. V-79
Vilnius

Siekdamas užtikrinti kokybiškas asmens sveikatos priežiūros paslaugas ir tinkamai reglamentuoti ambulatorinį gydymą kompensuojamaisiais vaistais:

1. Tvirtinu pridedamą Parkinsono ligos ir antrinio parkinsonizmo ambulatorinio gydymo kompensuojamaisiais vaistais tvarkos aprašą.

2. P r i p a ž i s t u netekusiu galios Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro 2004 m. balandžio 28 d. įsa-

kymo Nr. V-288 „Dėl ligų diagnostikos bei ambulatorinio gydymo, kompensuojamo iš Privalomojo sveikatos draudimo fondo biudžeto lėšų, metodikų patvirtinimo“ (Žin., 2004, Nr. 90-3311) 1.1 punktą.

SVEIKATOS APSAUGOS MINISTRAS
RAIMONDAS ŠUKYS

PATVIRTINTA
Lietuvos Respublikos sveikatos
apsaugos ministro 2011 m. sausio 27 d.
įsakymu Nr. V-79

PARKINSONO LIGOS IR ANTRINIO PARKINSONIZMO AMBULATORINIO
GYDYMO KOMPENSUOJAMAJAIS VAISTAIS TVARKOS APRAŠAS

I. BENDROSIOS NUOSTATOS

1. Parkinsono ligos ir antrinio parkinsonizmo ambulatorinio gydymo kompensuojamaisiais vaistais tvarkos aprašas (toliau – Aprašas) nustato Parkinsono ligos ir antrinio parkinsonizmo, pagal Tarptautinę statistinę ligų ir sveikatos problemų klasifikaciją TLK-10 žymimų kodais G20 ir G21, diagnozavimo, ambulatorinio gydymo kompensuojamaisiais vaistais, gydymo efektyvumo vertinimo ir stebėjimo tvarką.

2. Apraše vartojamos sąvokos:

Parkinsono liga (G20) – lėtinė neurodegeneracinė liga.

Ankstyvoji (nekomplikuota) Parkinsono liga – Parkinsono ligos stadija, kai pacientui pasireiškia funkcinės veiklos sutrikimai ir reikia skirti simptominių gydymą.

Vėlyvoji (komplikuota) Parkinsono liga – Parkinsono ligos stadija, kai gydant levodopos preparatais pacientui pasireiškia motorikos komplikacijos.

Antrinis parkinsonizmas (G21) – kitų priežasčių sukeltas ar kitų ligų metu išsivystęs sindromas, kuriam būdingi Parkinsono ligos simptomai.

Neurovizualiniai tyrimai – galvos smegenų kompiuterinė tomografija, magnetinio rezonanso tomografija ir kt.

Anticholinerginiai vaistai – vaistiniai preparatai, kurie pagal anatominių terapinių cheminių indeksą, patvirtintą

Pasaulio sveikatos organizacijos (toliau – **ATC indeksas**), grupuojami į anticholinerginių preparatų tretinių aminų grupę.

Dopamino agonistai – vaistiniai preparatai, kurie pagal ATC indeksą grupuojami į atskirą grupę.

KOMT inhibitoriai (Katechol-O-metiltransferazės inhibitoriai) – vaistiniai preparatai, kurie pagal ATC indeksą grupuojami į kitų dopaminerginių preparatų grupę.

Levodopos preparatai (dopa ir dopa dariniai) – vaistiniai preparatai, kurių pagrindinė veiklioji medžiaga yra levodopa arba kitas dopa junginys, arba jų deriniai su periferiniu dekarboksilazės inhibitoriumi karbidopa arba benserazidu, pagal ATC indeksą grupuojami į atskirą grupę.

MAO-B inhibitoriai (Monoamino oksidazės B inhibitoriai) – vaistiniai preparatai, kurie pagal ATC indeksą grupuojami į atskirą grupę.

NMDA receptorių antagonistai (N-metil-D-aspartato receptorių antagonistai (adamantano derivatai) – vaistiniai preparatai, kurie pagal ATC indeksą grupuojami į atskirą grupę.

3. Šeimos gydytojas, vidaus ligų gydytojas ar gydytojas specialistas, pagal savo kompetenciją atlikę tyrimus ir įtarę Parkinsono ligą ar antrinį parkinsonizmą, pacientą siunčia gydytojo neurologo konsultacijai.

4. Parkinsono ligą ir antrinį parkinsonizmą diagnozuoja, gydymą skiria ir koreguoja gydytojas neurologas. Pa-

ciento sveikatos būklei nesikeičiant antrinio parkinsonizmo, ankstyvosios (nekomplikuotos) ir vėlyvosios (komplikuotos) Parkinsono ligos gydymą kompensuojamaisiais vaistais tęsia šeimos gydytojas ar vidaus ligų gydytojas.

II. DIAGNOZAVIMO TVARKA

5. Parkinsono liga ir antrinis parkinsonizmas diagnozuojami:

5.1. įvertinus paciento nusiskundimus ir anamnezę:

5.1.1. ligos pradžią;

5.1.2. paciento amžių;

5.1.3. nervų sistemos būklę iki klinikinių požymių atsiradimo;

5.1.4. ligas, kuriomis sirgo ar serga pacientas, ir traumas;

5.1.5. vartojamus vaistus;

5.1.6. šeiminę anamnezę antrinio parkinsonizmo požiūriu;

5.1.7. ligos eigą, progresavimo greitį ir ankstesnio gydymo efektyvumą;

5.1.8. galimą aplinkos veiksnių (herbicidų, pesticidų, anglies monoksido, sunkiųjų metalų) poveikį;

5.2. atlikus klinikinį paciento ištyrimą:

5.2.1. nustatant ir įvertinus pagrindinius klinikinius požymius – ramybės tremorą, bradikineziją, ekstrapiramidinių rigidiškumą, posturalinį (vertikalios padėties) nestabilumą (iš jų turi būti mažiausiai du);

5.2.2. įvertinus kitus dažnai pasitaikančius požymius – asimetrinę ligos pradžią, teigiamą gydymo levodopos preparatais poveikį, autonominės (vegetacinės) nervų sistemos sutrikimus, kitus motorinius ir nemotorinius simptomus;

5.2.3. Parkinsono ligos stadiją nustatoma pagal modifikuotą Hoehn ir Yahr stadijų skalę (1 priedas);

5.3. siekiant atmesti kitas ligas, sukeliančias arba primenančias antrinį parkinsonizmą, atsižvelgiant į klinikinius požymius, atliekami šie tyrimai:

5.3.1. neurovizualiniai tyrimai (indikuotini įtariant insultą, galvos smegenų tumorą, hidrocefaliją ir kt.);

5.3.2. ultragarsiniai galvos smegenų ir kraujagyslių tyrimai;

5.3.3. kraujo ir šlapimo tyrimai vario apykaitos organizme sutrikimui nustatyti (ceruloplazmino ir vario koncentracija serume, vario kiekis paros šlapime), indikuotini įtariant Vilsono ligą;

5.3.4. skydliaukės hormonų tyrimai, įtariant hipotirozę.

6. Funkcinės veiklos sutrikimui nustatyti įvertinama:

6.1. ar yra sutrikusi kasdienė ir darbinė veikla;

6.2. ar simptomai būdingi vyraujančiai (su kuria rašoma, dirbama) ar kitai rankai;

6.3. paciento darbo pobūdis;

6.4. simptomų tipas (tremoras, rigidiškumas, sutrikusi eisena. Bradikinezija dažniausiai sukelia didesnę negalią negu tremoras);

6.5. paciento nuomonė apie sveikatos būklę.

III. AMBULATORINIS GYDYMAS KOMPENSUOJAMAISIAIS VAISTAIS

7. Pagrindinis Parkinsono ligos ir antrinio parkinsonizmo gydymo tikslas – kiek įmanoma sumažinti funkcinės veiklos sutrikimą.

8. Gydymas skirstomas į gydymą vaistais, chirurginį ir gydymą kineziterapija, ergoterapija, logoterapija.

9. Pradėtas gydymas vaistais tęsiamas visą paciento gyvenimą.

10. Ilgalaikis simptominis gydymas vaistais pradamas tada, kai yra funkcinės veiklos (ypač motorinės) sutrikimų.

11. Vaistai parenkami atsižvelgiant į paciento amžių, atliekamą darbą, ligos stadiją (pagal Hoehn ir Yahr stadijų skalę), gydymo efektą ir komplikacijas, taip pat į vaistinio preparato charakteristikų santraukoje nurodytas vaisto savybes ir galimą šalutinį poveikį.

12. Parkinsono ligai gydyti gali būti skiriami šie vaistai:

12.1. levodopos preparatai (levodopa kartu su periferiniu dekarboksilazės inhibitoriumi – karbidopa arba benserazidu);

12.2. dopamino agonistai (pvz., bromokriptinas, pramipeksolis, ropiniolis);

12.3. anticholinerginiai vaistai (pvz., triheksifenidilis, biperidenas);

12.4. NMDA receptorių antagonistai (pvz., amantadinas);

12.5. KOMT inhibitoriai (pvz., entakaponas) – skiriami tik kartu su levodopos preparatais;

12.6. MAO-B inhibitoriai (pvz., selegilinas, razagilinas).

13. Ankstyvosios (nekomplikuotos) Parkinsono ligos gydymas:

13.1. patvirtinus Parkinsono ligos diagnozę, gydymas pradamas skiriant vieną ar kelis šių grupių vaistus (2 priedas);

13.2. jei dar nėra funkcinės veiklos sutrikimų, galima skirti MAO-B inhibitorių (selegilino). Kompensuojamasis vaistas razagilinas skiriamas, atsižvelgiant į Ligų ir kompensuojamųjų vaistų joms gydyti sąrašą (A sąrašą), patvirtintame Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro 2000 m. sausio 28 d. įsakymu Nr. 49 (Žin., 2000, Nr. 10-253; 2010, Nr. 83-4387) nustatytas vaisto razagilino skyrimo sąlygas;

13.3. jaunesnio amžiaus pacientus, jei yra nuolatinis tremoras, pradama gydyti anticholinerginiais vaistais ir (arba) dopamino agonistais; jei dominuoja rigidiškumas ar bradikinezija, – dopamino agonistais ir (arba) NMDA re-

ceptorių antagonistais; gydymas MAO-B inhibitoriais gali būti tęsiamas;

13.4. kadangi ilgalaikis gydymas levodopos preparatais komplikacijų dažniau sukelia jauniems pacientams, jiems pirmiausia reikėtų skirti kitų vaistų. Stipriai sutrikus funkcinei veiklai, būtina pradėti gydyti levodopos preparatais (levodopa kartu su periferiniu dekarboksilazės inhibitoriumi karbidopa arba benserazidu);

13.5. vyresnio amžiaus pacientams skiriami levodopos preparatai (levodopa kartu su periferiniu dekarboksilazės inhibitoriumi karbidopa arba benserazidu) ir (arba) dopamino agonistai ir (arba) NMDA receptorių antagonistai. Anticholinerginiai vaistai vyresnio amžiaus pacientams neskirtini.

14. Vėlyvosios (komplikuotos) Parkinsono ligos gydymas:

14.1. jei dėl ilgalaikio gydymo levodopos preparatais atsiranda motorikos fliktuacijos ar diskinezijos, pasirinktinai skiriami šių grupių vaistai: levodopos preparatai kartu su KOMT inhibitoriais arba be jų, dopamino agonistai, NMDA receptorių antagonistai, anticholinerginiai vaistai arba MAO-B inhibitoriai; įprasti levodopos preparatai keičiami modifikuoto atpalaidavimo levodopos preparatais; koreguojama dieta – mažinamas baltymų kiekis;

14.2. kompensuojamasis vaistas *Levodopa comb. (+Carbidopa+Entacaponium)* skiriamas, atsižvelgiant į

Ligų ir kompensuojamųjų vaistų joms gydyti sąrašą (A sąrašą) nustatytas vaisto *Levodopa comb. (+Carbidopa+Entacaponium)* skyrimo sąlygas.

15. Antriniam parkinsonizmui gydyti skiriami:

15.1. levodopos preparatai (levodopa kartu su periferiniu dekarboksilazės inhibitoriumi – karbidopa arba benserazidu);

15.2. NMDA receptorių antagonistai (pvz., amantadinas);

15.3. anticholinerginiai vaistai (pvz., triheksifenidilis, biperidenas).

IV. GYDYMO EFEKTYVUMO VERTINIMAS IR STEBĖJIMAS

16. Paskyrus gydymą pasirinkto vaisto pradine doze, ji didinama iki palaikomosios paros dozės ir vertinamas gydymo poveikis:

16.1. jei poveikis pakankamas, gydymas tęsiamas mažiausia efektyvia doze;

16.2. jei poveikis nepakankamas, dozė didinama, skiriami levodopos preparatai (jei iki tol nevartojo), vaistas keičiamas kitu arba skiriamas vaistų derinys.

Parkinsono ligos ir antrinio parkinsonizmo ambulatorinio gydymo kompensuojamaisiais vaistais tvarkos aprašo
1 priedas

MODIFIKUOTA HOEHN IR YAHR STADIJŲ SKALĖ

0 stadija	Ligos simptomų nėra
1 stadija	Ligos simptomai būdingi vienai kūno pusei
1,5 stadija	Vienpusiai ir aksialiniai (ašiniai) simptomai
2 stadija	Ligos simptomai būdingi abiem kūno pusėms, pusiausvyra nesutrikusi
2,5 stadija	Lengvo laipsnio abipusė liga, pastūmus ligonis išsilaiko
3 stadija	Lengvo ir vidutinio laipsnio abipusė liga, posturalinis nestabilumas; pacientas fiziškai nepriklausomas
4 stadija	Sunki negalia; pacientas dar gali eiti, atsistoti savarankiškai
5 stadija	Be pagalbos pacientas nepasikelia iš lovos ar vežimėlio

Parkinsono ligos ir antrinio parkinsonizmo ambulatorinio gydymo kompensuojamaisiais vaistais tvarkos aprašo
2 priedas

PARKINSONO LIGAI GYDYTI SKIRIAMAI VAISTAI

Eilės Nr.	Ankstyvajai (nekomplikuotai) Parkinsono ligai gydyti skiriami vaistai	Vėlyvajai (komplikuotai) Parkinsono ligai gydyti skiriami vaistai
1.	Levodopos preparatai (levodopa kartu su periferiniu dekarboksilazės inhibitoriumi karbidopa arba benserazidu)	Levodopos preparatai
2.	Dopamino agonistai	Dopamino agonistai
3.	MAO-B inhibitoriai	MAO-B inhibitoriai
4.	Anticholinerginiai vaistai	Anticholinerginiai vaistai
5.	NMDA receptorių antagonistai	NMDA receptorių antagonistai
6	-	KOMT inhibitoriai