

При создании современной модели организации лечения больных БП были учтены принятые российским здравоохранением базовые подходы и принципы, а также зарубежный опыт. Предложенный алгоритм выбора схемы лечения помогает врачам-неврологам принимать решения по тактике ведения больных во всех возможных ситуациях, правильно определить этап лечения, вид медицинской помощи, взаимодействовать с другими подразделениями и медицинскими организациями.

Разработанная и внедренная модель, в отличие от ранее существовавших, позволяет еще при установлении диагноза на этапе оценки состояния больного решить вопрос о схеме лечения и месте его начала.

Моделью определен алгоритм ведения больного при неэффективности выбранной схемы, предусмотрена как повторная оценка состояния больного, так и решение вопроса о смене диагноза БП, как одной из причин неудачи. Модель строго структурирована в зависимости от любых исходов лечения и позволяет врачу-неврологу придерживаться существующих стандартов медицинской помощи. Модель универсальна и может быть применена при ведении больного с БП любой клинической формы.

Для реализации предложенной научно обоснованной модели организации помощи больным с БП разработаны принципы диспансерного наблюдения за больными. Необходимо отметить, что ранее каких-либо документов, регламентирующих принципы диспансерного наблюдения за больными БП, в Российской Федерации утверждено не было.

Заключение. Несмотря на то что средний возраст зарегистрированных больных составил 72 года, доля больных, имеющих на конец 2012 г. первую группу инвалидности, составила всего 7,5%, что было достигнуто в ходе мероприятий по организации лечения и медицинской реабилитации больных, а также благодаря внедренной единой схеме диспансерного наблюдения, направленного на профилактику развития осложнений.

Таким образом, в ходе исследования доказана эффективность организационно-функциональной модели, что позволяет рекомендовать ее для внедрения в других субъектах РФ.

Конфликт интересов. В результатах работы отсутствует коммерческая заинтересованность отдель-

ных физических и/или юридических лиц, в рукописи отсутствуют описания объектов патентного или любого другого вида прав (кроме авторского).

Библиографический список

1. Экстрапирамидные расстройства / под ред. В. Н. Штока, И. А. Ивановой-Смоленской, О. С. Левина. М.: МЕДпресс-информ, 2002. С. 608.
2. Neurological Disorders: Public Health Challenges / WHO. 2006. 218 p.
3. De Lau L. L. L., Breteler M. M. B. Epidemiology of Parkinson's disease // *Lancet Neurol.* 2006. № 5. P. 525–535.
4. Pahwa R., Lyons K. E. Handbook of Parkinson's Disease. NY: Informa Healthcare, 2007.
5. Self-management Rehabilitation and Health-Related Quality of Life in Parkinson's Disease: A Randomized Controlled Trial / L. Tickle-Degnen, T. Ellis, M. H. Saint-Hilaire [et al.] // *Movement Disorders.* 2010. Vol. 25, № 2.
6. Geographic and ethnic variation in Parkinson disease: a population-based study of US Medicare beneficiaries / Wright Willis A., Evanoff B. A., Lian M. [et al.] // *Neuroepidemiology.* 2010. № 34. P. 143–151.
7. Prevalence of parkinsonism and Parkinson's disease in Europe: the Europarkinson collaborative study: European community concerted action on the epidemiology of Parkinson's disease / M. de Rijk, C. Tzourio, M. M. Breteler [et al.] // *J. Neurol. Neurosurg. Psychiatry.* 1997. № 62. P. 10–15.

Translit

1. Jekstrapiramidnye rasstrojstva / pod red. V.N. Shtoka, I.A. Ivanovoj-Smolenskoj, O.S. Levina. M.: MEDpress-inform, 2002. S. 608.
2. Neurological Disorders: Public Health Challenges / WHO. 2006. 218 p.
3. De Lau L. L. L., Breteler M. M. B. Epidemiology of Parkinson's disease // *Lancet Neurol.* 2006. № 5. P. 525–535.
4. Pahwa R., Lyons K. E. Handbook of Parkinson's Disease. NY: Informa Healthcare, 2007.
5. Self-management Rehabilitation and Health-Related Quality of Life in Parkinson's Disease: A Randomized Controlled Trial / L. Tickle-Degnen, T. Ellis, M. H. Saint-Hilaire [et al.] // *Movement Disorders.* 2010. Vol. 25, № 2.
6. Geographic and ethnic variation in Parkinson disease: a population-based study of US Medicare beneficiaries / Wright Willis A., Evanoff B. A., Lian M. [et al.] // *Neuroepidemiology.* 2010. № 34. P. 143–151.
7. Prevalence of parkinsonism and Parkinson's disease in Europe: the Europarkinson collaborative study: European community concerted action on the epidemiology of Parkinson's disease / M. de Rijk, C. Tzourio, M. M. Breteler [et al.] // *J. Neurol. Neurosurg. Psychiatry.* 1997. № 62. P. 10–15.

УДК 614.2.003–616.858

Оригинальная статья

ПРИНЦИПЫ ДИСПАНСЕРНОГО НАБЛЮДЕНИЯ ЗА ПАЦИЕНТАМИ С БОЛЕЗНЬЮ ПАРКИНСОНА В УСЛОВИЯХ СПЕЦИАЛИЗИРОВАННОГО КЛИНИКО-ДИАГНОСТИЧЕСКОГО КАБИНЕТА

О. В. Кривонос — ФГБУ «Государственный научный центр Российской Федерации — Федеральный медицинский биофизический центр им. А. И. Бурназяна Федерального медико-биологического агентства», заведующая кафедрой неврологии, заслуженный врач России, кандидат медицинских наук; **И. Г. Смоленцева** — ФГБУ «Государственный научный центр Российской Федерации — Федеральный медицинский биофизический центр им. А. И. Бурназяна Федерального медико-биологического агентства», руководитель Федерального неврологического центра экстрапирамидных заболеваний и психического здоровья, профессор, доктор медицинских наук; **Н. А. Амосова** — ФГБУ «Государственный научный центр Российской Федерации — Федеральный медицинский биофизический центр им. А. И. Бурназяна Федерального медико-биологического агентства», заместитель главного врача по медицинской части, главный невролог, кандидат медицинских наук; **Л. П. Чупина** — ФГБУ «Государственный научный центр Российской Федерации — Федеральный медицинский биофизический центр им. А. И. Бурназяна Федерального медико-биологического агентства», врач-невролог.

PRINCIPLES OF DISPENSARY OBSERVATION OF PATIENTS WITH PARKINSON'S DISEASE IN A SPECIALIZED CLINICAL DIAGNOSTIC ROOM

O. V. Krivonos — State Scientific Research Center n.a. A. I. Burnasyan — Federal Medical Biophysical Center of Federal Medical Biological Agency, Head of the Chair of Neurology of the Institute of professional postgraduate education, Honored doctor of the Russian Federation, Candidate of Medical Sciences; **I. G. Smolentseva** — State Scientific Research Center n.a. A. I. Burnasyan — Federal Medical Biophysical Center of Federal Medical Biological Agency, Head of the Federal neurological center of movement disorders and mental health, Professor, Doctor of Medical Sciences; **N. A. Amosova** — State Scientific Research Center n.a. A. I. Burnasyan — Federal Medical Biophysical Center of Federal Medical Biological Agency, Chief Neurologist, Deputy of Chief doctor of the medical work, Candidate of Medical Sciences; **L. P. Chupina** — State Scientific Research Center n.a. A. I. Burnasyan — Federal Medical Biophysical Center of Federal Medical Biological Agency, Neurologist.

Дата поступления — 11.12.2013 г.

Дата принятия в печать — 16.12.2013 г.

Кривонос О.В., Смоленцева И.Г., Амосова Н.А., Чупина Л.П. Принципы диспансерного наблюдения за пациентами с болезнью Паркинсона в условиях специализированного клинико-диагностического кабинета // Саратовский научно-медицинский журнал. 2013. Т. 9, № 4. С. 869–873.

Цель исследования: разработка и внедрение порядка диспансерного наблюдения за пациентами с болезнью Паркинсона. **Материал и методы.** Диспансерное наблюдение пациентов с болезнью Паркинсона осуществлялось врачом-неврологом клинико-диагностического кабинета (КДК) на базе амбулаторно-поликлинического отделения медицинских организаций, подведомственных ФМБА России, в шести закрытых городах: Северске, Заречном, Озерске, Лесном, Сарове, Железногорске. Врач-невролог проводил обследование и динамическое наблюдение за больными и вносил данные в базу данных Регистра. Базу данных Регистра составили 588 обследованных пациентов с болезнью Паркинсона, их них 112 (19,1%) имели 2-ю стадию заболевания по Хен — Яру, 231 (39,3%) — 3-ю стадию по Хен — Яру, 187 (31,8%) больных — 4-ю стадию по Хен — Яру, 58 (9,9%) больных — 5-ю стадию по Хен — Яру. Длительность диспансерного наблюдения за больными БП составила 4 года (2009–2012). **Результаты.** Разработан порядок диспансерного наблюдения и учета контингента взрослых пациентов с болезнью Паркинсона, состоящих на учете в клинико-диагностических кабинетах, включающий периодичность посещений врача, перечень лечебно-диагностических мероприятий и критерии эффективности диспансерного наблюдения. **Заключение.** Внедрение разработанного порядка диспансерного наблюдения позволило, по данным Регистра, выявить основные инвалидизирующие проявления БП (депрессия, деменция, моторные флуктуации и дискинезии) и своевременно проводить назначение и коррекцию лекарственной терапии.

Ключевые слова: болезнь Паркинсона, диспансерное наблюдение, клинико-диагностический кабинет, Регистр.

Krivonos O. V., Smolentseva I. G., Amosova N. A., Chupina L. P. Principles of dispensary observation of patients with Parkinson's disease in a specialized clinical diagnostic room // Saratov Journal of Medical Scientific Research. 2013. Vol. 9, № 4. P. 869–873.

Aim: to develop and implement of the order of the dispensary observation of Parkinson's disease patients. **Material and methods.** The dispensary observation of Parkinson's disease patients had been performed by neurologist and diagnostic room (CDR) based on the outpatient department of health care institutions obeyed by FMBA of Russia in six Closed Administrative-Territorial Units: Seversk, Zarechniy, Ozersk, Lesnoy, Sarov and Zheleznogorsk. Neurologist examined of patients and put data to the Register's database. Register's database had 588 Parkinson's disease examined patients, 112 of them (19,1%) had stage II of the disease by Hoehn and Yahr, 231 (39,3%) patients — stage III by Hoehn and Yahr, 187 (31,8%) patients — stage IV by Hoehn and Yahr, 58 (9,9%) patients — stage V by Hoehn and Yahr. The duration of the dispensary observation of Parkinson's disease patients was 4 years (2009–2012). **Results.** There are and implement the order of the observed and accounting of adult's group of Parkinson's disease patients were developed, who are registered in the clinical and diagnostic rooms, including the frequency of physician's visits, the list of diagnostic and treatment activities and efficiency endpoint of the dispensary observation. **Conclusion.** Implementation of the order of the dispensary observation according to the Register allowed to identify the main disabling PD's symptoms (depression, dementia, motor fluctuations and dyskinesia) and timely correction of therapy.

Key words: Parkinson's disease, the dispensary observation, clinical diagnostic room, registry.

Введение. В связи с клиническим прогрессирующим БП, необходимостью назначения и своевременной коррекции противопаркинсонической и другой терапии больные нуждаются в пожизненном постоянном наблюдении [1–3]. Целью диспансерного наблюдения за больными БП является увеличение продолжительности и повышение качества их жизни. В рамках этой цели основными задачами динамического наблюдения являются своевременное назначение и коррекция противопаркинсонической терапии, обеспечение медицинской помощи по поводу сопутствующих и фоновых заболеваний, медицинской реабилитации, в том числе психологической поддержки [4–7]. По данным формы федерального статистического наблюдения № 12, в Российской Федерации под диспансерным наблюдением на конец 2012 г. состояло всего 67802 больных, страдающих болезнью Паркинсона, что составило 66,3%. Это свиде-

тельствует о низком охвате больных диспансерным наблюдением. Особенно настораживает низкий охват диспансерным наблюдением пациентов с болезнью Паркинсона старше трудоспособного возраста: 65,0% по итогам 2012 г.

Ситуация в сельской местности лучше, чем в городской. Охват диспансерным наблюдением больных, проживающих в сельской местности, составляет 70,0%, в том числе лиц старше трудоспособного возраста — 70,4%. В городской местности охват диспансерным наблюдением пациентов с болезнью Паркинсона, по данным 2012 г., составил всего 65,4%, в том числе лиц старше трудоспособного возраста — 63,7%.

Таким образом, выявленные проблемы в организации диспансерного наблюдения могут напрямую влиять на эффективность лечения больных, скорость развития инвалидизации и качество их жизни, что делает актуальным разработку и внедрение порядка диспансерного наблюдения за данной категорией больных, а также критериев оценки его эффективности.

Ответственный автор — Кривонос Ольга Владимировна
Адрес: 123098, г. Москва, ул. Маршала Новикова, 23.
Тел.: +74991908505
E-mail: fmnc-fmba@bk.ru

Цель исследования: разработка и внедрение порядка диспансерного наблюдения за пациентами с болезнью Паркинсона.

Материал и методы. Необходимо отметить, что ранее какие-либо документы, регламентирующие принципы диспансерного наблюдения за пациентами с болезнью Паркинсона в Российской Федерации, утверждены не были. Основой модели диспансерного наблюдения является клинико-диагностический кабинет, где врачом-неврологом проводится обследование и динамическое наблюдение с привлечением специалистов других специальностей, дополнительные исследования, учет пациентов с болезнью Паркинсона и внесение данных в Регистр [8]. Были выделены клинико-диагностические кабинеты (КДК) на базе амбулаторно-поликлинических отделений медицинских организаций, подведомственных ФМБА России (на основании приказа МЗ РФ от 15 ноября 2012 г. № 926н «Об утверждении порядка оказания медицинской помощи взрослому населению при заболеваниях нервной системы») в шести закрытых городах: Северске, Заречном, Озерске, Лесном, Сарове, Железногорске. Длительность диспансерного наблюдения за больными БП составила 4 года (2009–2012).

Регистр больных с болезнью Паркинсона представлен в виде разработанной унифицированной компьютеризированной базы данных с возможными вариантами обработки материала, составленных по форме отчетов. Компьютерная программа включает в себя анкету сбора данных, шкалы и опросники. Для оценки двигательных нарушений у больных использовалась III двигательная часть Унифицированной рейтинговой шкалы болезни Паркинсона (UPDRS), аффективных расстройств — Герiatricческая шкала депрессии, когнитивных нарушений — тесты в соответствии с рекомендациями Общества по расстройствам движений (B. Dubois, D. Burn, Ch. Goetz, Movement Disorders, 2007), социальных аспектов заболевания — модифицированный опросник по инвалидности и расходам, связанным с болезнью Паркинсона.

Результаты. Среди 588 обследованных больных, страдающих болезнью Паркинсона, 112 (19,1%) имели 2-ю стадию заболевания по Хен — Яру, 231 (39,3%) больной — 3-ю стадию по Хен — Яру, 187 (31,8%) больных — 4-ю стадию по Хен — Яру, 58 (9,9%) больных — 5-ю стадию по Хен — Яру. У 432 (73,4%) больных отмечена смешанная форма заболевания, у 156 (26,6%) больных — акинетико-ригидная форма.

Из клинических проявлений у больных выявлялись моторные флуктуации, дискинезии, симптомы депрессии, деменция, психотические расстройства. Моторные флуктуации (у 345 больных, или 58,7%) и

дискинезии (у 146 больных, или 24,8%) отмечались на развернутой и поздней стадии болезни.

Депрессивные симптомы выявлены у 279 (47,4%) больных, из них у 84 мужчин и 195 женщин. На 2-й стадии заболевания симптомы депрессии выявлены у 23 (20,5%) больных, на 3-й стадии — у 98 (42,4%) больных, на 4–5-й стадиях — у 158 (64,5%) больных. Деменция диагностирована у 213 (36,2%) больных, из них у 98 мужчин и 115 женщин. На 2-й стадии заболевания деменция выявлялась у 3 (2,7%) больных, на 3-й стадии — у 59 (25,5%) больных, на 4–5-й стадиях — у 151 (61,6%) больных. Психотические расстройства в виде галлюцинаций отмечались у 84 (14,3%). На 3-й стадии заболевания психотические симптомы выявлялась у 26 (11,2%) больных, на 4–5-й стадиях — у 58 (23,7%) больных.

Разработан порядок диспансерного наблюдения и учета контингента взрослых больных, страдающих болезнью Паркинсона, состоящих на учете в клинико-диагностических кабинетах, включающий периодичность посещений врача, перечень лечебно-диагностических мероприятий и критерии эффективности диспансерного наблюдения (таблица).

В целях повышения качества и объема оказываемой медицинской помощи больным с экстрапирамидными заболеваниями и повышения эффективности диспансерного наблюдения организован Федеральный неврологический центр экстрапирамидных заболеваний и психического здоровья в ФГБУ ФМБЦ им. А. И. Бурназяна ФМБА России, куда в рамках диспансерного наблюдения направляются все больные с впервые выявленным диагнозом, а также в случае ухудшения клинического течения заболевания для коррекции проводимой терапии. Также Центр в рамках своих задач ведет динамическое наблюдение за больными и осуществляет организацию всей системы мониторинга в целом.

Обсуждение. Важность диспансерного наблюдения доказывают полученные результаты. По нашим данным, диспансерным наблюдением было охвачено 100% больных с болезнью Паркинсона. Внедрение разработанного порядка диспансерного наблюдения позволило, по данным Регистра, выявить основные инвалидизирующие проявления БП (депрессия, деменция, моторные флуктуации и дискинезии) и своевременно проводить назначение и коррекцию лекарственной терапии [9]. Оптимизация противопаркинсонической терапии привела: а) к увеличению процента больных, принимающих агонисты дофаминовых рецепторов, амантадина, ингибитора МАО-В на ранней стадии заболевания, а ингибитор КОМТ и ингибиторы МАО-В на развернутой стадии; б) снижению суточной дозы препаратов леводопы на поздней стадии заболевания с 1290 до 986 мг; в) процентному распределению противопаркинсонической

Порядок диспансерного наблюдения и учета контингента взрослых больных с болезнью Паркинсона, состоящих на учете в клинико-диагностических кабинетах

Характеристика контингента	Периодичность посещений врача больным или больного врачом	Лечебно-диагностические и профилактические мероприятия	Критерии эффективности диспансерного наблюдения
Больные БП на ранней стадии, которым был впервые установлен диагноз	Через 1,5–3 месяца после назначения противопаркинсонической терапии	Клинико-неврологическое обследование. Нейропсихологическое исследование. Направление на медицинскую реабилитацию. Инструментальные и лабораторные исследования	Уменьшение выраженности симптомов заболевания

Характеристика контингента	Периодичность посещений врача больным или больного врачом	Лечебно-диагностические и профилактические мероприятия	Критерии эффективности диспансерного наблюдения
Больные БП, получающие противопаркинсо-ническую терапию, которая позволяет контролировать основные симптомы заболевания	1 раз в 6 месяцев, а также по показаниям (изменение в общем состоянии пациента, возникновение новых симптомов и др.)	Клиническо-неврологическое обследование. Нейропсихологическое обследование. Проведение ортостатической пробы. Оценка симптомов депрессии. Оценка эффективности и коррекция противопаркинсо-нической терапии. При наличии показаний назначение и оценка эффективности применения антидепрессантов и противодементных препаратов. Проверка выраженности отека нижних конечностей, оценка риска развития трофических язв. Инструментальные и лабораторные исследования. Направление на консультацию к специалистам (психиатр, кардиолог, уролог, диетолог и др.). Направление на медицинскую реабилитацию	Сохранение контроля за выраженностью основных симптомов и уменьшение осложнений заболевания
Больные БП на развернутой и поздней стадиях заболевания	1 раз в 3–6 месяцев, а также по показаниям при усилении выраженности симптомов болезни, присоединении новых симптомов, ухудшении соматического состояния	Клиническо-неврологическое обследование. Нейропсихологическое обследование. Проведение ортостатической пробы. Оценка симптомов депрессии. Выявление моторных флуктуаций и дискинезий. Оценка эффективности и коррекция противопаркинсо-нической терапии. При наличии показаний назначение и оценка эффективности применения антидепрессантов и противодементных препаратов. Проверка выраженности отека нижних конечностей, оценка риска развития трофических язв. Инструментальные и лабораторные исследования. Направление на консультацию к специалистам (психиатр, кардиолог, уролог, диетолог, нейрохирург). Направление на медицинскую реабилитацию. Оказание паллиативной медицинской помощи	Сохранение контроля за выраженностью основных симптомов и уменьшение осложнений заболевания. Увеличение продолжительности жизни больных

терапии, что стало соответствовать тяжести заболевания. Так, к 2012 г. 95,8% больных принимали препараты леводопы, 50% — агонисты дофаминовых рецепторов, 52% — амантадины, 32% — ингибиторы MAO-типа В. Высокий процент больных, принимающих препараты леводопы на ранней стадии, был связан с началом заболевания в пожилом возрасте, старше 70 лет. Кроме того, из 213 больных с болезнью Паркинсона с диагностированной деменцией 65,7% больных были назначены противодementia препараты и 26,6% больных были проконсультированы психиатром. Из 279 больных с болезнью Паркинсона с выявленными симптомами депрессии

были назначены антидепрессанты 60,6% больных, проконсультированы психиатром 36,2% больных и психотерапевтом 1,4% больных.

Заключение. Разработка и внедрение порядка диспансерного наблюдения за больными с болезнью Паркинсона позволили своевременно выявлять инвалидизирующие симптомы (депрессию, деменцию, моторные флуктуации и дискинезии) заболевания и своевременно их корректировать, что привело к сохранению контроля за выраженностью основных симптомов заболевания, уменьшению осложнений и увеличению продолжительности жизни больных.

Конфликт интересов. В результатах работы отсутствует коммерческая заинтересованность отдельных физических и/или юридических лиц, в рукописи отсутствуют описания объектов патентного или любого другого вида прав (кроме авторского).

Библиографический список

1. Кривонос О. В. Медико-социальные аспекты экстрапирамидных заболеваний: взгляд на проблему // Неврологический журнал. 2010. Т. 15, № 6. С. 47–49.
2. Шток В. Н., Федорова Н. В. Болезнь Паркинсона // Экстрапирамидные расстройства: рук-во по диагностике и лечению / под ред. В. Н. Штока, И. А. Ивановой-Смоленской, О. С. Левина. М.: Медпресс-информ, 2002. С. 87–124.
3. Rate of clinical progression in Parkinson's disease: A prospective study / A. Schrag, R. Dodel, A. Spotke [et al.] // Mov. Disord. 2007. № 22. P. 938–945.
4. Раздорская В. В., Воскресенская О. Н., Юдина Г. К. Диагностическая надежность амбулаторного звена неврологической помощи пациентам с болезнью Паркинсона // Саратовский научно-медицинский журнал. 2012. Т. 8, № 2. С. 513–517.
5. Hughes A. J., Daniel S. E., Ben-Shlomo Y., Lees A. J. The accuracy of diagnosis of parkinsonian syndromes in a specialist movement disorder service // Brain. 2002. № 125. P. 861–870.
6. Смоленцева И. Г., Чупина Л. П., Кривонос О. В., Амосова Н. А. Причины госпитализаций и смерти при болезни Паркинсона по результатам 3-летнего проспективного исследования // Клиническая неврология. 2013. № 2.
7. Протокол ведения больных: Болезнь Паркинсона // Проблемы стандартизации в здравоохранении. 2005. № 3. С. 74–166.
8. Смоленцева И. Г., Кривонос О. В., Амосова Н. А., Чупина Л. П. Клинико-эпидемиологическое исследование болезни Паркинсона в структуре ФМБА России // Вестник Российской военной-медицинской академии. СПб., 2010. С. 81–83.

9. Смоленцева И. Г. Моторные и немоторные нарушения на развернутых стадиях болезни Паркинсона: автореф. дис. ... д-ра мед. наук. М., 2011.

Translit

1. Krivonos O. V. Mediko-social'nye aspekty jekstrapiramidnyh zabolevanij: vzgljad na problemu // Nevrologicheskij zhurnal. 2010. T. 15, № 6. S. 47–49.
2. Shtok V. N., Fedorova N. V. Bolezni' Parkinsona // Jekstrapiramidnye rasstrojstva: ruk-vo po diagnostike i lecheniju / pod red. V. N. Shtoka, I. A. Ivanovoj-Smolenskoj, O. S. Levina. M.: Medpress-inform, 2002. S. 87–124.
3. Rate of clinical progression in Parkinson's disease: A prospective study / A. Schrag, R. Dodel, A. Spotke [et al.] // Mov. Disord. 2007. № 22. P. 938–945.
4. Razdorskaja V. V., Voskresenskaja O. N., Judina G. K. Diagnosticheskaja nadezhnost' ambulatornogo zvena nevrologicheskoy pomoshhi pacientam s bolezni'ju Parkinsona // Saratovskij nauchno-medicinskij zhurnal. 2012. T. 8, № 2. S. 513–517.
5. Hughes A. J., Daniel S. E., Ben-Shlomo Y., Lees A. J. The accuracy of diagnosis of parkinsonian syndromes in a specialist movement disorder service // Brain. 2002. № 125. P. 861–870.
6. Smolenceva I. G., Chupina L. P., Krivonos O. V., Amosova N. A. Prichiny gositalizacij i smerti pri bolezni Parkinsona po rezul'tatam 3-letnego prospektivnogo issledovanija // Klinicheskaja nevrologija. 2013. № 2.
7. Protokol vedenija bol'nyh: Bolezni' Parkinsona // Problemy standartizacii v zdravooxranenii. 2005. № 3. S. 74–166.
8. Smolenceva I. G., Krivonos O. V., Amosova N. A., Chupina L. P. Kliniko-jepidemiologicheskoe issledovanie bolezni Parkinsona v strukture FMBA Rossii // Vestnik Rossijskoj voenno-medicinskoj akademii. SPb., 2010. S. 81–83.
9. Smolenceva I. G. Motornye i nemotornye narushenija na razvernutyh stadijah bolezni Parkinsona: avtoref. dis. ... d-ra med. nauk. M., 2011.

УДК 616.036.22–616.858

Оригинальная статья

ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКИЙ МОНИТОРИНГ ЗАБОЛЕВАЕМОСТИ ПРИ БОЛЕЗНИ ПАРКИНСОНА

О. В. Кривонос — ФГБУ «Государственный научный центр Российской Федерации — Федеральный медицинский биофизический центр им. А. И. Бурназяна Федерального медико-биологического агентства», заведующая кафедрой неврологии, заслуженный врач России, кандидат медицинских наук; **И. Г. Смоленцева** — ФГБУ «Государственный научный центр Российской Федерации — Федеральный медицинский биофизический центр им. А. И. Бурназяна Федерального медико-биологического агентства», Руководитель Федерального неврологического центра экстрапирамидных заболеваний и психического здоровья, профессор, доктор медицинских наук; **Н. А. Амосова** — ФГБУ «Государственный научный центр Российской Федерации — Федеральный медицинский биофизический центр им. А. И. Бурназяна Федерального медико-биологического агентства», заместитель главного врача по медицинской части, главный невролог, кандидат медицинских наук;

EPIDEMIOLOGICAL MONITORING OF THE PARKINSON'S DISEASE MORBIDITY

O. V. Krivonos — State Scientific Research Center n.a. A. I. Burnasyan — Federal Medical Biophysical Center of Federal Medical Biological Agency, Head of the Chair of Neurology of the Institute of professional postgraduate education, Candidate of Medical Science; **I. G. Smolentseva** — State Scientific Research Center n.a. A. I. Burnasyan — Federal Medical Biophysical Center of Federal Medical Biological Agency, Head of the Federal neurological center of movement disorders and mental health, Professor, Doctor of Medical Science; **N. A. Amosova** — State Scientific Research Center n.a. A. I. Burnasyan — Federal Medical Biophysical Center of Federal Medical Biological Agency, Chief Neurologist of FMBA Russia, Deputy of Chief doctor of the medical work, Candidate of Medical Science.

Дата поступления — 11.12.2013 г.

Дата принятия в печать — 16.12.2013 г.

Кривонос О. В., Смоленцева И. Г., Амосова Н. А. Эпидемиологический мониторинг заболеваемости при болезни Паркинсона // Саратовский научно-медицинский журнал. 2013. Т. 9, № 4. С. 873–877.

Цель: анализ эпидемиологического мониторинга заболеваемости при болезни Паркинсона. **Материал и методы.** Проведено сплошное популяционное исследование в шести закрытых городах (Северск, Заречный, Озерск, Лесной, Саров, Железнодорожск) с численностью взрослого населения около 450 тыс. в период с 2009 по 2012 г. Инструментом сбора эпидемиологических показателей был разработанный Регистр. **Результаты.** Выявлено и зарегистрировано 588 больных болезнью Паркинсона, в том числе 302 больных — впервые. Первичная заболеваемость в 2009 г. составила 11,0 на 100 тыс. населения, а в 2010 и 2011 гг. 25,7 и 22,7 на 100 тыс. К началу 2012 г. произошло так называемое «вычерпывание» больных из популяции (выявление всех возможных больных, не выявленных ранее) и составило 8,5 на 100 тыс. населения. Общая заболеваемость за