

6. Сибиряк С.В., Черешнев В.А., Симбирцев А.С., Сибиряк Д.С., Гаврилова Т.В. Цитокиновая регуляция биотрансформации ксенобиотиков и эндогенных соединений. Екатеринбург: УрО-РАН, 2006. -160 с.
7. Сибиряк С.В., Юсупова Р.Ш., Каюмова Э.Ю. Экспрессия Fas (APO-1/CD95) антигена на лимфоцитах периферической крови у здоровых доноров и больных инфильтративным туберкулезом легких // *Rus. J. Immunol.* - 1999. - № 1. - С. 33-42.
8. Симбирцев А.С. Клиническое применение препаратов цитокинов. // *Иммунология.* -2004. - № 4. - С. 247-251.
9. Dannenberg A. Immune mechanisms in pathogenesis of pulmonary tuberculosis.// *Rev. Infec. Disease.* 1989, №11. -369-378.
10. DiPiro J. Cytokine networks with infection: mycobacterial infections <leishmaniasis <human immunodeficiency virus infection and sepsis / J. DiPiro // *Pharmacotherapy.* - 1997. - Vol. 17. - P. 205-233.
11. Fabre R.A., Perez T.M, Aguilar L.D. Transfer factors as immunotherapy and subblement of chemotherapy in experimental pulmonary tuberculosis.// *Clin Exp Immunol.* - 2004. - Vol. 136. P. 215-223.

УДК 616.858-07

© А.Ф. Василенко, Ю.С. Шамуров, Л.Ю. Костенкова, 2010

А.Ф. Василенко, Ю.С. Шамуров, Л.Ю. Костенкова
**БОЛЕЗНЬ ПАРКИНСОНА В ОБЩЕЙ ВРАЧЕБНОЙ ПРАКТИКЕ:
 КЛИНИКО-ДИАГНОСТИЧЕСКИЕ ПОДХОДЫ**

ГОУ ВПО Челябинская государственная медицинская академия Росздрава. г. Челябинск

Диагноз болезни Паркинсона (БП) выставляется клинически и может представлять сложности. Была изучена заболеваемость БП в одном из районов г.Челябинска, после чего врачам общей практики выдана оригинальная анкета основных симптомов БП. Это позволило увеличить число выявленных больных БП примерно на 10%. Семейные врачи должны иметь настороженность в отношении БП при проведении дифференциального диагноза у пожилых людей. Впервые описан симптом «часов с автоматическим заводом» для выявления гипокинезии.

Ключевые слова: болезнь Паркинсона, врач общей практики, диагностика.

A.F. Vasilenko, Yu.S. Shamurov, L.Yu. Kostenkova
**PARKINSON'S DISEASE IN GENERAL PRACTITIONER ACTIVITY:
 CLINICAL DIAGNOSTIC APPROACHES**

Diagnosis of Parkinson's disease (PD) is made clinically and can be difficult. The PD incidence rate was studied in region of Chelyabinsk, than original questionnaire of the main symptoms of PD was given to general practitioners. This was useful to increase revealing new patients with PD approximately on 10%. Family physicians should consider parkinsonism in the differential diagnosis in older patients. For the first time described the symptom "automatic watch" to detect hypokinesia.

Key words: Parkinson's disease, general practitioner, diagnostics.

Болезнь Паркинсона (БП) - второе по распространенности дегенеративное заболевание нервной системы. Риск развития болезни значительно возрастает в пожилом возрасте и в развитых странах в течение жизни человека составляет 2 % у мужчин и 1,3% у женщин [4]. В связи с увеличением продолжительности жизни и общим постарением населения, в ближайшее время следует ожидать роста численности пациентов, страдающих БП. Патоморфологические исследования головного мозга, являющиеся «золотым стандартом» диагностики БП показали, что даже в специализированных медицинских учреждениях неправильный клинический диагноз выставляется в 25 % случаев [6].

Несмотря на то, что современные методы нейровизуализации позволяют обнаружить специфические для БП нарушения метаболизма дофамина, диагноз по-прежнему базируется в первую очередь на клинических критериях, выявление которых представляет определенные трудности для врачей первичного звена [5, 7, 8]. В условиях амбулаторно-поликлинического звена значительное количество больных БП в РФ наблюдается с диагнозами дисциркуляторная энцефалопатия, депрессия, остеохондроз и др.

Целью настоящего исследования явилась разработка клинико-диагностических подходов, способствующих выявлению болезни Паркинсона врачами общей практики.

Материал и методы

Проведен клинический анализ случаев паркинсонизма, зарегистрированных в районе обслуживания Клиники Челябинской государственной медицинской академии, по материалам которого для врачей общей практики и терапевтов был проведен обучающий семинар. С учетом актуальности выявления и ранней диагностики паркинсонизма врачам для использования в работе предложена разработанная нами оригинальная анкета клинических проявлений БП (рис.). Больные, у которых при клиническом обследовании был заподозрен паркинсонизм, с заполненной анкетой направлялись на прием к неврологу-паркинсологу. Диагноз заболевания выставлялся на основании критериев UK Parkinson's Disease Society Brain Bank Clinical Diagnostic Criteria.

ФИО:

Пол:

Дата рождения:

Диагноз:

	да	нет
1. Жалобы		
1.1 замедленность движений		
1.2 плохой сон		
1.3 трудности при смене позы во сне		
1.4 трудности при вставании с постели, со стула без посторонней помощи		
1.5 скованность,		
1.6 боли в позвоночнике, плечевом поясе		
1.7 дрожание в конечностях		
1.8 изменение почерка (микрография)		
2. Объективные проявления		
2.1 лицо больного амимичное («маскообразное», «нет игры глаз»)		
2.2 редкие мигания больного («застывший взгляд»)		
2.3 речь больного однообразна, монотонная, тихая, без интонации		
2.4 замешательство в начале движения или перед преодолением препятствия (например, при прохождении дверного проема)		
2.5 походка замедленная, больной ходит мелкими шаркающими шажками, может некоторое время топтаться на месте		
2.6 уменьшение движений руками при ходьбе (рука(и) прижата(ы) к туловищу)		
2.7 при движении больной внешне напоминает «манекен»		
2.8 сгорбленная поза больного («поза просителя»)		
2.9 создается ложное впечатление выраженных когнитивных нарушений у больного, что не подтверждается при общении		
2.10 тремор покоя		
2.11 неустойчивость, падения		
2.12 акайрия (навязчивость)		
3. Дополнительно выявляется		
3.1 сальность кожи лица		
3.2 запоры		
3.3 депрессия		
3.4 больной не курит		
3.5 нарушение обоняния		

4. На какой из перечисленных симптомов Вы обратили внимание в первую очередь (наиболее значимые симптомы)?

5. Другие проявления заболевания.

Подпись

Дата

Рис. Анкета осмотра больного с подозрением на паркинсонизм (заполняется врачом общей практики)

В анкете из классической триады симптомов для диагностики БП (тремор, гипокинезия, ригидность) акцент сделан на выявлении гипокинезий. Пункт «создается ложное впечатление выраженных когнитивных нарушений у больного, что не подтверждается при общении» может показаться спорным, поскольку исследования последних лет показали наличие когнитивных нарушений практически у 100% больных БП. Здесь речь идет не об отрицании нами дефекта высших корковых функций при БП. В ряде случаев общий внешний вид больного БП может имитировать более грубый, чем в действительности, психический дефект вследствие выраженной гипокинезии. Этот симптом может помочь врачу общей практики заподозрить БП. В анкету также введены пункты для обнаружения немоторных проявлений БП.

Результаты

Население изученного района врачебно-го обслуживания составило 44100 человек. На начало исследования на учете у невролога состояло 52 больных с диагнозом паркинсонизм, что составляет 118 чел. на 100 тыс. населения, из них с БП 37 больных или 84 чел. на 100 тыс. населения. Врачами общей практики, после проведения семинара и заполнения анкет, направлено на прием к неврологу-паркинсологу 35 человек. Диагноз паркинсонизма подтвержден у 13 пациентов, БП у 11, из них 7 мужчин, 4 женщины. Возраст больных составил от 67 до 78 лет. Ранее установленный диагноз паркинсонизма снят в 2, впервые выставлен – в 7 случаях.

По окончании исследования в данном районе состоит на учете с диагнозом паркинсонизм 57 больных, что составляет 129 чел. на 100 тыс. населения, с БП 42 больных – 95 чел. на 100 тыс. населения.

Анализ жалоб больных, у которых было подтверждено наличие синдрома паркинсонизма (табл. 1) показывает, что чаще всего встречались тремор и замедленность движений; врачи общей практики также обратили внимание на такие жалобы больного как плохой сон, трудности при смене позы во сне, скованность. Жалобы на боли в позвоночнике, падения, запоры, изменение почерка, хотя и отмечались реже, несомненно, также имеют важное диагностическое значение.

Объективные симптомы паркинсонизма, выявленные врачами общей практики, приведены в таблице 2. Чаще всего выявлялись тремор, амимия, изменение позы, речи. Реже обращали на себя внимание редкие мигания, замешательство в начале движения,

ахейрокинезия. Пункт «ложное впечатление выраженных когнитивных нарушений», хотя и был отмечен только в 4 анкетах из 13, кажется нам полезным, поскольку именно это заставило в определенных случаях направить больных на осмотр невролога. Таким образом, в большинстве случаев у больных наблюдалась полная классическая триада синдрома паркинсонизма.

Таблица 1.

Частота жалоб больных паркинсонизмом, выявленная врачами общей практики по данным анкеты (N=13)

Жалобы	Частота
дрожание в конечностях	92%
замедленность движений	92%
плохой сон	85%
трудности при вставании с постели, со стула без чужой помощи	77%
трудности при смене позы во сне	70%
скованность	70%
боли в позвоночнике, плечевом поясе	62%
неустойчивость, падения	62%
запоры	46%
изменение почерка – «микрография»	46%

Таблица 2.

Частота объективных проявлений синдрома паркинсонизма, выявленная врачами общей практики по данным анкеты (N=13).

Симптомы	Частота
тремор	92%
амимичное лицо больного	77%
поза просителя	77%
тихая монотонная речь	70%
замедленная походка	70%
редкие мигания больного	54%
замешательство в начале движения	46%
уменьшение движений руками при ходьбе	46%
больной внешне напоминает «манекен»	31%
ложное впечатление выраженных когнитивных нарушений	31%
акайрия (навязчивость)	15%
нарушено обоняние	15%
сальность кожи лица	7%
депрессия	7%

Наличие нарушений обоняния только у 2 больных, депрессии у 1 из 13 не отражает действительной распространенности этих синдромов, их объективизация требует проведения затратных по времени дополнительных тестов, что невозможно в деятельности врача общей практики.

В анкете врачам общей практики было также предложено выделить тот симптом у больного, на который они обратили внимание в первую очередь при подозрении на паркинсонизм. Ответы были даны следующие: тремор рук, гипомимия, нарушение речи, замедленность движений.

Приводим клинические наблюдения больных БП, впервые выявленных врачами общей практики.

Больной Т., 74 лет, явился на прием к неврологу в сопровождении родственников, контакт с ним резко затруднен, сложности в

общении обусловлены нейро-сенсорной тугоухостью и значительным снижением остроты зрения. На учете у невролога не состоит, поскольку имеющиеся когнитивные нарушения расценивались как процесс нормального старения, группа инвалидности не установлена. При осмотре выявлена классическая триада синдрома паркинсонизма, поструральная неустойчивость, анамнестически установлено асимметричное начало заболевания. При этом тест рисования часов больной выполняет на 8 баллов из 10, при исследовании по краткой шкале оценки психической сферы набирает 24 балла из 30, когнитивные нарушения расценены как умеренные. Выставлен диагноз: болезнь Паркинсона, 3 стадия, дрожательно-ригидная форма.

Больной Х., 67 лет, считал себя полностью здоровым, по профессии в прошлом летчик. Обратил внимание на то, что перестали идти ручные часы с автоматическим заводом (от движений рукой), которые он носил на левой руке. По поводу этого несколько раз обращался в ремонтную мастерскую, но часы оказывались исправными. С клинических позиций данный факт может быть объяснен следующим образом. Заболевание у пациента проявилось гипокинезией левой руки и амплитуда движений в ней оказалась недостаточной для того, чтобы осуществлялся завод часов. В литературе, освещающей клинические проявления синдрома паркинсонизма, данный симптом не описан. При осмотре больного неврологом выявлена гипокинезия, повышение тонуса по экстрапирамидному типу в левой руке и незначительный тремор покоя. После проведенного дополнительного обследования выставлен диагноз: болезнь Паркинсона, 1 стадия, акинетико-ригидная форма.

Больная К., 74 лет, пришла на прием в сопровождении дочери, которую беспокоили пониженный фон настроения у матери, снижение веса без явной причины примерно на 5 кг за последние 3 года. В анамнезе имеются указания на падения неясного происхождения. При осмотре в неврологическом статусе отмечается выраженный акинетико-ригидный синдром, умеренный тремор покоя, поструральная неустойчивость. Клинический диагноз: болезнь Паркинсона, 3 стадия, дрожательно-ригидная форма.

Обсуждение

Своевременная диагностика БП имеет важное практическое значение, поскольку в настоящее время имеются достаточно эффективные методы лечения, которые позволяют компенсировать состояние пациентов на про-

тяжении десятилетий и улучшить качество жизни. Чрезвычайно важно начать адекватное лечение БП как можно раньше, сразу после установления диагноза. Лечение БП должно проводиться противопаркинсоническими средствами, а не неспецифическими сосудистыми и ноотропными препаратами, как это было принято до недавнего времени. В настоящее время перед клиницистами ставится задача предельно ранней диагностики и начала лечения БП, обсуждаются возможности выявления больных на доклинической стадии, когда двигательные нарушения ещё отсутствуют.

Полученные нами данные о распространенности паркинсонизма и БП соответствуют результатам ряда эпидемиологических исследований, проведенных в РФ по принципу обращаемости [2]. Единственное же проведенное в РФ популяционное исследование с использованием подворовых обходов в Московской области показало более высокие цифры распространенности паркинсонизма - 186,5 на 100 000 населения, распространенность БП - 139,9 на 100 000 населения [1]. Можно предположить, что недиагностированными остаются до 35-40 % случаев БП. Доля предполагаемых невыявленных случаев паркинсонизма может составлять по некоторым регионам более 90% [3].

В нашем исследовании целенаправленная работа с врачами общей практики и внедрение предлагаемой нами анкеты с основными клиническими признаками БП позволили увеличить число выявленных больных примерно на 10%. Все вновь зарегистрированные случаи БП были выявлены у пациентов старше 67 лет. Больные более молодого возраста к моменту проведения исследования уже состояли на учете у невролога.

Таким образом, причины затруднений в диагностике БП связаны со следующими факторами. Врач общей практики редко (пример-

но 1 раз в 3-4 года) встречает на амбулаторном приеме больного с недиагностированным паркинсонизмом. Важно отметить неспецифический характер жалоб у больных БП. Это могут быть головная боль, головокружение, боли в шее, плечевом поясе, спине, утомляемость, запоры. Отсутствие у врача настороженности в отношении наличия у пациентов симптомов БП приводит к тому, что больные ведутся с диагнозами дисциркуляторная энцефалопатия, остеохондроз, могут наблюдаться у гастроэнтеролога. Вероятно, имеет значение и то, что современные медицинские руководства по неврологии, описывая нозологические формы, в большей степени придают значение инструментальным методам диагностики, а не клиническим особенностям проявления заболеваний. Следует признать и тот факт, что врачи недостаточное осведомлены в геронтологических вопросах медицины.

Выводы

1. Диагностика болезни Паркинсона может представлять определенные трудности для врача общей практики, что требует целенаправленного выявления неврологических симптомов характерных для заболевания особенно у лиц пожилого возраста.
2. Предложенная нами для врачей общей практики анкета для выявления типичных, клинически значимых признаков болезни Паркинсона облегчает диагностику данного состояния и повышает эффективность его выявления. К наиболее значимым симптомам, позволяющим заподозрить паркинсонизм, следует отнести тремор, нарушение мимики и речи, изменение позы, замедление походки.
3. Впервые описанный нами у пациента с болезнью Паркинсона симптом «часов с автоматическим заводом», характеризующий наличие гипокинезии верхней конечности, можно считать одним из патогномоничных признаков заболевания.

Сведения об авторах статьи:

Василенко Андрей Федорович – доцент кафедры нервных болезней и детской неврологии Челябинской государственной медицинской академии. E-mail: afvas@mail.ru.

Шамуров Юрий Степанович – д.м.н., профессор, заведующий кафедрой нервных болезней и детской неврологии Челябинской государственной медицинской академии.

Костенкова Лариса Юрьевна – к.м.н., заведующая неврологическим отделением поликлиники Клиники Челябинской государственной медицинской академии.

ЛИТЕРАТУРА

1. Докадина, Л.В. Паркинсонизм: клинико-эпидемиологические аспекты и состояние амбулаторной помощи на региональном уровне: дис. ... кандидата медицинских наук / Л.В.Докадина.- Москва, 2004.- 125 с. Библиогр.: 293 назв.
2. Катунина, Е.А. [и др.] Эпидемиология паркинсонизма // Е.А. Катунина, Г.Н. Авакян, Ю.Н. Бездольный [и др.] // Журнал невр. и психиатр. 2009.- №11.- С.76-80.

3. Саютина, С.Б. [и др.] Проблемы диагностики и лечения болезни Паркинсона в Иркутской области / С.Б. Саютина, В.В. Шпрах, М.А. Валиулин [и др.] // Сибирский медицинский журнал 2009.- № 7.- С. 173-175.
4. Elbaz, A. [et al.] Risk tables for parkinsonism and Parkinson's disease / A. Elbaz, J.H. Bower, D.M. Maraganore [et al.] // J. Clin. Epidemiol. 2002.- 55(1).- P. 25-31.
5. Frank, C. [et al.] Approach to diagnosis of Parkinson disease / C. Frank, G. Pari, J.P. Rossiter // Can. Fam. Physician 2006.- 52.- P. 862-868.
6. Hughes, A.J. [et al.] Accuracy of clinical diagnosis of idiopathic Parkinson's disease: a clinicopathological study of 100 cases / A.J. Hughes, S.E. Daniel, L. Kilford [et al.] // J. Neurol. Neurosurg. Psychiatry 1992.- 55.- P. 181-184.
7. Larsen, J.P. Parkinson's disease as community health problem: study in Norwegian nursing homes. The Norwegian Study Group of Parkinson's Disease in the Elderly / Larsen J.P. // BMJ 1991.- Sep 28; 303.- P. 741-743.
8. Schrag, A. [et al.] How valid is the clinical diagnosis of Parkinson's disease in the community? / A. Schrag, Y. Ben-Shlomo, N. Quinn // J. Neurol. Neurosurg. Psychiatry 2002.- Nov; 73(5).- P. 529-534.

УДК 616.24-008.4-085:615.816.2
© Е.А. Аббасова, С.С. Касимова, 2010

Е.А. Аббасова, С.С. Касимова
**ОЦЕНКА ЭФФЕКТИВНОСТИ ИСКУССТВЕННОЙ ВЕНТИЛЯЦИИ ЛЕГКИХ
У БОЛЬНЫХ ОСТРЫМ РЕСПИРАТОРНЫМ ДИСТРЕСС-СИНДРОМОМ
НА ОСНОВЕ РЕСПИРАТОРНОГО ИНДЕКСА**

*Отделение реанимации Центральной клинической больницы
при Особой медицинской службе Президента Азербайджана, г. Баку*

Исследование выполнено в ретроспективном, обсервационном, контролируемом дизайне. Цель - сравнительный анализ кислородного статуса при проведении искусственной вентиляции легких у больных с респираторным индексом < 200 при ОРДС и кардиогенном отеке легких. В первую группу были включены 20 больных с кардиогенным шоком (острый инфаркт миокарда), вторую группу составили 94 пациента с ОРДС. Результаты исследования позволили заключить, что однократное определение уровня респираторного индекса не позволяет прогнозировать исход ОРДС. Мониторинг уровня респираторного индекса является адекватным критерием эффективности респираторной поддержки у больных с тяжелой дыхательной недостаточностью.

Ключевые слова: острый респираторный дистресс-синдром, искусственная вентиляция легких, респираторный индекс.

E.A. Abbasova, S.S. Kasimova
**EVALUATION OF EFFECTIVENESS OF ARTIFICIAL PULMONARY
VENTILATION IN PATIENTS WITH ACUTE RESPIRATORY DISTRESS
SYNDROME BASED ON THE RESPIRATORY INDEX**

This was a retrospective, observed and controlled study. The purpose of the study was to compare oxygen status during the artificial pulmonary ventilation in patients with a respiratory index of ≤ 200 in ARDS and cardiogenic pulmonary edema. Patient Group I comprised 20 subjects with cardiogenic shock (acute myocardial infarction). Ninety four patients with ARDS were enrolled in Group II. Results of the study have shown that momentary identification of the respiratory index level cannot prognose ARDS outcome. The monitoring of the respiratory index level is an adequate criterion of respiratory support effectiveness in patients with severe respiratory insufficiency.

Key words: acute respiratory distress syndrome, artificial pulmonary ventilation, respiratory index.

Острый респираторный дистресс-синдром (ОРДС) – это полиэтиологическое состояние, развивающееся в результате непосредственного (аспирация, ингаляция токсических газов) или системного (сепсис, политравма, массивная трансфузии и др.) повреждений легких [2,3]. Больные с ОРДС - это чрезвычайно гетерогенная группа как по прогнозу исхода патологического состояния, так и оценке адекватности интенсивной терапии

[1,3]. Основополагающим компонентом интенсивной терапии ОРДС является респираторная поддержка [4,5,6]. Диагностика и оценка эффективности лечения ОРДС, как правило, связаны с определением уровня респираторного индекса (PaO_2/FiO_2). Однако на основании данного параметра достаточно сложно судить о степени повреждения альвеолярно-капиллярной мембраны и состоянии гемодинамического компонента системы