

КАЧЕСТВО ОКАЗАНИЯ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ БОЛЬНЫМ С БОЛЕЗНЬЮ ПАРКИНСОНА В г. НИЖНИЙ НОВГОРОД

Аннотация. Болезнь Паркинсона (БП) является достаточно распространенной. Цель исследования – анализ ошибок при диагностике, выделение ведущих клинических признаков, влияющих на гипердиагностику заболевания; оценка качества диагностики и лечения больных с БП в территориальных лечебно-профилактических учреждениях. В исследовании принимал участие 701 больной, направленный в специализированный кабинет за период с 16.01.2008 г. по 31.06.2010 г. В результате диагноз болезнь Паркинсона подтвержден у 446 (63,6 %) пациентов. Признаки, приведшие к ошибкам диагностики: асимметричный тремор, ригидность в конечностях, недостаточность изучения анамнеза и жалоб пациентов. У 30 % пациентов, направленных на консультацию, неправильно выставлялся диагноз БП, наиболее частым ошибочным диагнозом явился эссенциальный тремор.

Ключевые слова: болезнь Паркинсона, эссенциальный тремор, двигательные расстройства.

Abstract. Parkinson's disease (PD) is quite widespread. The purpose of the present research is the analysis of diagnostic mistakes at revealing PD at territorial outpatient hospitals; allocation of the basic clinical criteria influencing hyperdiagnostics of this disease. The research included examination of 701 patients directed in to the city neurology center of movement disorders, for the period from 16.01.2008 to 31.06.2010. As a result, Parkinson's disease was confirmed in 446 (63,6 %) patients. The researcher has revealed the following criteria causing mistakes in diagnostics: dissymmetric tremor, muscular rigidity, insufficiency of studying the anamnesis and patient complaints. 30% of patients directed to the consultation were given a wrong diagnosis of PD, the most often incorrect diagnose appeared to be essential tremor.

Key words: essential tremor, Parkinson's disease, movement disorders.

Болезнь Паркинсона (БП) – хроническое прогрессирующее нейродегенеративное заболевание, которое занимает второе место по частоте встречаемости после болезни Альцгеймера, одно из частых неврологических расстройств у лиц пожилого возраста [1–7]. Основа БП – это дегенерация дофаминергических нейронов черной субстанции головного мозга (нигростриарных нейронов), что влечет дефицит дофамина в стриатуме и нарушение подкорково-корковых систем, регулирующих двигательные функции. Небольшое количество эпидемиологических исследований свидетельствует об относительной стабильности заболеваемости и распространенности БП. Однако в связи со старением населения существует тенденция к увеличению ее распространенности [1–3, 6, 7]. Диагноз устанавливается при наличии четырех основных симптомов: гипокинезия, ригидность, тремор покоя, постуральная неустойчивость [2–4, 7–10]. Как показывает практика, спектр клинических проявлений БП значительно больше, что и может привести к неправильному установлению нозологии [2, 3, 11–13]. Трудности при дифференциальной диагностике связаны с тем, что экстрапирамидные расстройства имеют схо-

жую клиническую картину [2, 3, 5–10]. Диагноз БП устанавливается в соответствии с критериями Банка головного мозга общества БП Великобритании (Gibb, Lees, 1988) [1, 3, 5, 7, 8, 14]. Своевременное выявление и адекватное назначение противопаркинсонической терапии повышают выживаемость больных, качество жизни пациентов и их родственников, позволяют отсрочить выход на инвалидность, а также рационально и своевременно планировать лекарственное обеспечение [1–3, 5, 6, 9, 10, 15].

Целью настоящего исследования явились: анализ ошибок при диагностике, выделение ведущих клинических признаков, влияющих на гипердиагностику заболевания; оценка качества диагностики и лечения больных с БП в территориальных лечебно-профилактических учреждениях.

Материалы и методы

В Нижегородский городской кабинет по оказанию помощи больным с экстрапирамидной патологией с 16.01.2008 г. по 31.06.2010 г. на консультацию обратился 701 пациент. Диагноз БП при направлении был поставлен у 608 (86,7 %) больных, 93 (13,3 %) человека самостоятельно обратились за консультативной помощью. В настоящее исследование включены больные, направленные из территориальных лечебно-профилактических учреждений (ЛПУ) с диагнозом БП. Все данные вносились в индивидуальную карту пациента, где фиксировались паспортные данные, жалобы, анамнез жизни и заболевания, диагноз при направлении, диагноз после осмотра в специализированном кабинете, проводимое лечение. Диагноз БП установлен в соответствии с критериями Банка головного мозга общества БП Великобритании (Gibb, Lees, 1988) [14]. Больные разделены на две группы: первая – «ложный БП», термин использовали в тех случаях, где не подтверждался диагноз БП; вторая группа – когда после осмотра специалиста диагноз был подтвержден. Из 701 больного, направленного на консультацию с диагнозом БП, 275 (39,2 %) мужчин, 426 (60,7 %) женщин. Средний возраст больных составил $64,7 \pm 7,8$ года, возраст начала заболевания $56,5 \pm 12,3$ года, длительность заболевания $9,2 \pm 11,8$ года (табл. 1).

Таблица 1

Возрастно-половая характеристика пациентов

Признак	Ошибочно диагностированный БП, $n = 255$	БП, $n = 446$	Общее количество пациентов, $n = 701$
Пол:			
мужчины	67 (26,3 %)	208 (49,3 %)	275 (39,2 %)
женщины	188 (73,7 %)	238 (53,4 %)	426 (60,7 %)
Возраст, годы	$57 \pm 13,1$	$65 \pm 8,3$	$64,7 \pm 7,8$
Возраст начала заболевания, годы	$51 \pm 8,7$	$62 \pm 6,6$	$56,5 \pm 12,3$
Длительность заболевания, годы	$12,7 \pm 8,1$	$5,7 \pm 4,2$	$9,2 \pm 11,8$

Оценка диагностики и лечения при оказании амбулаторно-поликлинической помощи проводилась с помощью шкалы, которая состоит из двух частей [16].

Часть II. Оценка качества лечения

- 0 баллов – назначенная терапия не соответствует заболеванию;
- 1 балл – лечение не корректирует двигательную функцию из-за неверно выбранных препаратов или их доз;
- 2 балла – неправильная последовательность применения лекарственных препаратов, относительно удовлетворительная компенсация;
- 3 балла – своевременное начало и правильный выбор препарата, компенсация состояния.

Анализ качества амбулаторно-поликлинической помощи складывался из оценки правильности назначения адекватного лечения, компенсации двигательного дефицита, своевременного выявления немоторных проявлений и их коррекции.

Статистическую обработку полученных данных проводили с помощью программного пакета «Statistica 6.0» с использованием критерия Стьюдента, критерия несогласия.

Результаты и обсуждение

Обследован 701 пациент, направленный с диагнозом БП в городской неврологический кабинет по оказанию помощи больным с экстрапирамидной патологией. Больные направлялись на консультацию неврологами (580; 82,7 %), а также врачами других специальностей – терапевтами (28; 4 %). Из 701 больного самостоятельно обратились за специализированной медицинской помощью 93 (13,3 %) человека. После консультации диагноз БП установлен 446 (62,6 %) пациентам, у 255 (37,4 %) – ошибочно диагностированный БП. Следовательно, у 1 из 3 больных имела место ошибка диагностики БП. Эссенциальный тремор выявлен у 223 (31,8 %) пациентов, цереброваскулярное заболевание (ЦВЗ) – у 20 (2,9 %), деменция с тельцами Леви (ДТЛ) – у 9 (1,3 %), сосудистый паркинсонизм – у 3 (0,4 %) больных.

Эссенциальный тремор явился самым распространенным диагнозом среди пациентов с ошибочно диагностированным БП – 223 (31,8 %). Действительно, 1 из 4 больных, направленных с диагнозом БП, имел ЭТ. Причинами ошибок при диагностике были: асимметричность тремора в начале заболевания, наличие смешанного типа тремора (постурально-кинети́ческий, постуральный + тремор покоя), дрожание рук, голосовых связок и головы, изменение походки, слабовыраженная ригидность в конечностях, уменьшающаяся при исследовании, гипомимия, кратковременная положительная реакция на препараты леводопы. Основной клинической особенностью является атипичное начало: двухсторонний, смешанный тремор (постурально-кинети́ческий или сочетание постурального + покоя), что повышает возможность ошибочной диагностики БП в 12 раз. При наличии изолированного тремора покоя уменьшалась вероятность неправильной диагностики. Кроме того, при исследовании большого количества больных обращают внимание на особый вид тремора – тремор покоя, который усиливается при движении. Такой двухкомпонентный тремор (покоя в сочетании с действием) интерпретировался в сторону тремора покоя, и устанавливался диагноз БП. Наличие в клинической картине тремора рук, головы и голосовых связок повышало ошибки диагностики БП в пять раз. Как показало исследование, существует убеждение врачей, что наличие тремора головы свидетельствует о БП. У больных с

ЭТ на поликлиническом этапе не учтены: семейный анамнез, длительность тремора более 7–10 лет, положительная реакция на алкоголь, нарушение тандемной ходьбы, наличие когнитивных нарушений различной степени выраженности, отсутствие реакций на препараты леводопы, что и повлекло за собой установку диагноза БП, неправильно назначенное лечение. Положительный семейный анамнез в 16 раз повышает вероятность правильной диагностики.

Часто встречающийся диагноз у направленных с БП был диагноз ЦВЗ. Основными клиническими проявлениями, схожими с паркинсонизмом, были: изменение походки (пробы на гипокинезию отрицательные), усиленный физиологический тремор, когнитивные расстройства. В настоящем исследовании у 3 из 20 пациентов с ЦВЗ имел место усиленный физиологический тремор, в 100 % случаях – очаговая неврологическая симптоматика, ухудшение когнитивных показателей по степени тяжести: в 4 (20 %) – легкие когнитивные расстройства, в 12 (60 %) – умеренные, в 4 (20 %) – выраженные. У этих больных установлен диагноз ЦВЗ вместо БП. Однако у 11 пациентов выявлено наличие двух заболеваний – БП и ЦВЗ.

Деменция с тельцами Леви не была диагностирована ни у одного из направленных пациентов. Это связано с относительной редкостью заболевания, а также с недостаточной информированностью неврологов. Основными клиническими проявлениями являются: паркинсонизм, зрительные галлюцинации и деменция, которая носит смешанный корково-подкорковый характер. Зрительные галлюцинации – ведущий симптом такого заболевания, как деменция с тельцами Леви. Эти больные отнесены в группу с ошибочно диагностированным диагнозом БП. Гипердиагностика БП также связана с наличием у пациентов положительной реакции на леводопу. При обследовании и тщательном изучении действия препаратов установлен нестойкий и кратковременный лечебный эффект леводопы. Все пациенты наблюдались с диагнозом БП и направлены на консультацию с целью подбора лечения, так как у больных имелась низкая эффективность препаратов леводопы, зрительные галлюцинации, а также неуклонное прогрессирование заболевания.

Анализ оказания амбулаторно-поликлинической помощи лицам с БП показал, что правильно установлен нозологический и синдромальный диагноз у 446 (63,6 %) пациентов с БП. Средний балл качества лечения – $1,0 \pm 0,5$, что является неудовлетворительным. Основные терапевтические ошибки у больных с БП: 1) позднее назначение леводопы – у 381 (54,4 %); 2) завышение ее суточной дозы – у 135 (19,3 %) больных, занижение – у 87 (85,3 %) пациентов; 3) неадекватное распределение суточной дозы леводопы – у 358 (51 %) больных; 4) частое назначение холинолитиков – в 339 (48,4 %) случаях; 5) «лекарственные каникулы» – у 176 (33,3 %) пациентов; 6) у всех отсутствие коррекции немоторных проявлений при БП; 7) необоснованное назначение вазоактивных и ноотропных препаратов – у 701 (100 %), из-за ошибочных убеждений врачей и пациентов в приоритетной роли сосудистого фактора в развитии и прогрессировании БП; 8) госпитализация – у 621 (88,5 %) пациента, что также связано с «верой» в эффективность лечения БП вазоактивными средствами и требованиями бюро МСЭ.

Таким образом, существуют классические признаки паркинсонизма: гипокинезия, ригидность, тремор покоя, постуральная неустойчивость. Для предупреждения гипердиагностики БП в практике врача-невролога необхо-

димо помнить о возможности атипичного дебюта болезни, смешанного типа тремора, наличии тремора головы, эффективности препаратов леводопы, реакции на прием алкоголя, наличии положительного семейного анамнеза. Имеют большое значение навыки исследования и оценки симптомов гипокинезии, ригидности, тремора, постуральной неустойчивости, интерпретация результатов нейропсихологического исследования, нейровизуализации.

Заключение

Как показало исследование, основным симптомом при диагностике БП является тремор. Тремор – симптом, который может встречаться при многих заболеваниях, может быть изменяющимся во времени, что и ведет к ошибкам в диагностике. Знание особенностей анамнеза жизни, развития заболевания, клинической картины, критериев диагностики способствует уменьшению диагностических ошибок и гипердиагностике БП, а также повышению качества амбулаторно-поликлинической помощи в территориальных лечебных учреждениях. Своевременная диагностика паркинсонизма позволяет адекватно назначить лечение, что повышает качество жизни пациента и его близких, рационально использовать средства, предназначенные для медикаментов. Проведение образовательных семинаров среди неврологов и терапевтов поликлиник, организация специализированных городских кабинетов по оказанию помощи больным с двигательными расстройствами позволяют снизить количество диагностических ошибок, оптимизировать планирование и обеспечить своевременное лекарственное обеспечение пациентов.

Список литературы

1. **Левин, О. С.** Тремор / О. С. Левин // Российский медицинский журнал. – 2001. – № 6. – С. 23–27.
2. **Левин, О. С.** Сосудистый паркинсонизм / О. С. Левин // Российский медицинский журнал. – 1999. – № 5. – С. 43–47.
3. **Левин, О. С.** Болезнь Паркинсона / О. С. Левин, Н. В. Федорова. – М. : МЕДпресс-инфо, 2006. – 194 с.
4. **Шток, В. Н.** Экстрапирамидные расстройства / В. Н. Шток, И. А. Иванова-Смоленцева, О. С. Левин и др. – М. : МЕДпресс, 2002. – 606 с.
5. **Louis, E. D.** How common is the most common adult movement disorder? Estimates of the prevalence of essential tremor throughout the world / E. D. Louis, R. Ottman, W. A. Hauser // Mov. Disord. – 1998. – V. 13. – P. 5–10.
6. **Hoehn, M. M.** Parkinsonism: onset, progression and mortality / M. M. Hoehn, H. D. Yahr // Neurology. – 1967. – V. 17. – P. 427–442.
7. **Яхно, Н. Н.** Паркинсонизм: клиника, диагноз и дифференциальный диагноз / Н. Н. Яхно, И. Т. Хатиашвили // Русский медицинский журнал. – 2002. – № 10. – С. 418–425.
8. **Федорова, Н. В.** Лечение и реабилитация больных паркинсонизмом : дис. ... д-ра мед. наук / Федорова Н. В. – М., 1996. – 357 с.
9. **Похабов, Д. В.** Опыт организации медицинской помощи больным с экстрапирамидными расстройствами / Д. В. Похабов, В. Г. Абрамов, А. Т. Бугаев // Журнал неврологии и психиатрии им. С. С. Корсакова. – 2006. – № 7. – С. 64–67.
10. Протокол ведения больных. Болезнь Паркинсона // Проблемы стандартизации в здравоохранении. – 2005. – № 3. – С. 74–166.
11. **Brooks, D. J.** The early diagnosis of Parkinson's disease / D. J. Brooks // Ann. Neurol. – 1998. – V. 44 (Suppl. 3). – P. 10–18.

12. **Jain, S.** Common misdiagnosis of a common neurological disorder / S. Jain, E. Steven, E. D. Louis // Arch. Neurol. – 2006. – V. 63. – P. 1100–1104.
13. Tremor Investigation Group. Tremor: Basic mechanisms and clinical aspects // Mov. Disord. – 1998. – V. 13 (Suppl. 3). – P. 1–149.
14. **Gibb, W. R.** The relevance of the Lewy body to the pathogenesis of idiopathic Parkinson's disease / W. R. Gibb, A. J. Lees // J. Neurol. Neurosurg Psychiatry. – 1988. – V. 51. – P. 745–752.
15. Качество медицинской помощи (анализ и контроль) : учеб.-метод. разработка для студентов и ординаторов / под ред. В. З. Кучеренко. – М. : ММА им. И. М. Сеченова, 1997. – 44 с.
16. **Докадина, Л. В.** Паркинсонизм: клинко-эпидемиологические аспекты на региональном уровне : автореф. дис. ... канд. мед. наук / Докадина Л. В. – М., 2004. – 41 с.

Шиндряева Наталья Николаевна

кандидат медицинских наук, заведующая городским кабинетом по оказанию помощи больным с экстрапирамидной патологией, Городская поликлиника № 7 (г. Нижний Новгород)

E-mail: mont76@mail.ru

Shindryaeva Natalya Nikolaevna

Candidate of medical sciences, head of the municipal center of medical aid for people with extrapyramidal pathology, Municipal Outpatient Clinic № 7 (Nizhny Novgorod)

УДК 616.858-616.8-07

Шиндряева, Н. Н.

Качество оказания медицинской помощи больным с болезнью Паркинсона в г. Нижний Новгород / Н. Н. Шиндряева // Известия высших учебных заведений. Поволжский регион. Медицинские науки. – 2012. – № 1 (21). – С. 124–129.