

ЛЕЧЕБНО-ДИАГНОСТИЧЕСКИЕ ПРОБЛЕМЫ ОПРЕДЕЛЕНИЯ БОЛЕЗНИ ПАРКИНСОНА В РСО-АЛАНИЯ

TREATMENT AND DIAGNOSTIC ERRORS OF PARKINSON'S DISEASE IN NORTH OSSETIA-ALANIA

A. Kumakhov

Summary. Parkinson's disease (PD) is a chronic neurodegenerative disease that leads to severe disability in patients. The disease has been known to the whole world for quite a long time, when James Parkinson first described it in 1817 as «trembling palsy». Even with the progress of medicine and the emergence of modern instrumental methods for diagnosing diseases, verification of Parkinson's disease is mainly carried out on the basis of a clinical examination of the patient, collection of complaints and anamnesis. At this stage, a significant part of specialists make mistakes, which subsequently leads to the appointment of inadequate therapy and the lack of effectiveness of treatment. It was decided to investigate this issue in the Republic of North Ossetia-Alania, where we got uninspiring results. Significant problems and errors in the diagnosis and treatment of PD at various stages of medical care have been identified. Some methods for solving these problems are also proposed.

Keywords: Parkinson's disease, essential tremor, treatment and diagnostic errors, North Ossetia-Alania, outpatient department.

Кумахов Амирхан Алимович

Ассистент, Северо-Осетинская государственная академия, г. Владикавказ
ya.kumahov@yandex.ru

Аннотация. Болезнь Паркинсона (БП) является хроническим нейродегенеративным заболеванием, которая приводит к серьезной инвалидизации пациентов. Болезнь известна всему миру уже довольно длительное время, когда впервые Джеймс Паркинсон описал ее в 1817 году как «дрожательный паралич». Даже с учетом прогресса медицины и появлением современных инструментальных методов диагностики болезней, верификация болезни Паркинсона в основном осуществляется на основе клинического осмотра больного, сбора жалоб и анамнеза. На этом этапе значимая часть специалистов допускают ошибки, что впоследствии приводит к назначению неадекватной терапии и отсутствию эффективности от лечения. Данный вопрос решено было исследовать и в Республике Северная Осетия-Алания, где мы получили не вдохновляющие результаты. Выявлены значимые проблемы и ошибки в диагностировании и лечении БП на различных этапах оказания медицинской помощи. Предложены также некоторые методы решения этих проблем.

Ключевые слова: болезнь Паркинсона, эссенциальный тремор, лечебно-диагностические ошибки, РСО-Алания, амбулаторно-поликлиническое звено.

Актуальность

Паркинсонизм — это клинический синдром, включающий сочетание двигательных расстройств, а именно брадикинезии, тремора покоя, мышечной ригидности, эпизодов «замирания», постуральной неустойчивости [1]. В структуре паркинсонизма болезнь Паркинсона занимает первое место. На её долю приходится в среднем от 60 до 80% всех случаев [2]. Что касается структуры нейродегенеративных болезней, тут болезнь Паркинсона занимает второе место после болезни Альцгеймера [3]. По данным ВОЗ, в мире около 4 миллионов человек болеют этим коварным заболеванием, а в России число больных составляет не менее 210 тысяч, при этом ежегодно заболевают примерно около 20 тысяч человек. Ориентировочные расчеты показывают, что примерно четверть пациентов в РФ оказываются вне сферы медицинской помощи, причем в большинстве случаев это пациенты с ранней стадией заболевания [4]. БП имеет коварное начало и диагностируется при появлении первичных двигательных расстройств. Некоторые моторные и немоторные признаки могут проявиться на ранней стадии заболевания до постановки диагноза [5]. Клиническая картина болезни Паркинсона может быть настолько разнообразной, что выставить

клинически правильный диагноз часто затруднительно. Интоксикации, фармакологические препараты, мульти-системные атрофии и другие дегенеративные заболевания могут вызывать клинические синдромы, почти неотличимые от таковых при БП. Клиническая диагностика БП есть и остается сложной задачей [6]. До недавнего времени для постановки диагноза БП использовались критерии Общества БП Великобритании, которые включали диагностику синдрома паркинсонизма, а также критерии, исключающие и подтверждающие БП. Использование этих критериев давало до 24 % неправильных диагнозов [7]. Также диагноз болезни Паркинсона выставляется по критериям, составленным международным обществом расстройств движения (MDS) в 2015 году [8]. Несмотря на имеющиеся различные критерии диагностики болезни Паркинсона, выявление данного заболевания остается слабым местом для специалистов неврологического профиля и остается актуальным на данный момент.

Материалы и методы

Путём анкетирования специальными анкетами, исследования медицинских карт и заключений специалистов, опроса и осмотра больных получены данные для

данной статьи, которые далее были подвержены тщательному анализу. Систематизация данных производилась по диагнозу, а также по проблемам диагностирования и лечения болезней.

Результаты исследования

После обращения к нам мы изучили данные 73 пациентов с подтвержденным диагнозом БП по критериям международного общества расстройств движения и 12 пациентов с эссенциальным тремором и вторичным паркинсонизмом. Стоит отметить, что изначально у этих 12 пациентов в медицинских заключениях стоял диагноз БП, однако вследствие осмотра диагноза были заменены на вторичные формы паркинсонизма и эссенциальный тремор, что говорит о гипердиагностике болезни Паркинсона в некоторых случаях. Среди обследованных пациентов с БП было 43 женщины (58,9 %) и 30 мужчин (41,1 %). Данное распределение не характерно для болезни Паркинсона, ведь по данным литературы в основном данному заболеванию подвержены лица мужского пола [9]. Полученная особенность преобладания пациентов женского пола возможно связана с более высокой обращаемостью женщин за медицинской помощью, так как по статистике женщины являются более ответственными, чем мужчины [10]. Во второй группе было 5 мужчин (41,7 %) и 7 женщин (58,3 %). Обследованные пациенты были как с сельской местности, так и с городской. 53 пациента (62,4 %) проживали в городской среде, а остальные 32 (37,6 %) – в селах. Обращаемость за неврологической помощью в частные и в амбулаторно-поликлинические кабинеты была неодинаковой в зависимости от места проживания человека. Так 47,2 % городских жителей обратилось в частные клиники против 31,3 % жителей сел. Статистически достоверная разница в 15,9% ($p < 0,05$), возможно, связана с отсутствием или малым количеством частных кабинетов в сельских поселениях, зато лечебные учреждения первичного звена более доступны для данного контингента людей. Именно туда большая часть 59,4 % пациентов с сел обратилось за медицинской помощью. Обращаемость в ЛПУ стационарного типа не нашла особых отличий в зависимости от места жительства больного.

Разбирая первичную обращаемость пациентов за неврологической помощью, было отмечено, что промежуток времени с момента появления первых симптомов заболевания до посещения врача может растягиваться на многие годы по разным причинам. Большинство пациентов (85,2 %) обратилось за первичной специализированной помощью в первые три года заболевания. Максимальное время отсрочки было 20 лет у пациентки с эссенциальным тремором. На данном этапе также прослеживается тенденция более ответственного отношения женщин к своему здоровью, как мы и упомянули ранее. Из тех 23 (27,5 %) из 85 пациентов, кто решился

обратиться к врачу практически сразу после появления симптомов, 16 относились к лицам женского пола, а 7 относились к мужскому полу. У остальных 58 человек (72,5 %), которые решили отложить свой визит к неврологу на короткое или длительное время, мы решили уточнить причины данного поступка. Почти половина пациентов (45 %) попросту не обращала внимание на развивающиеся у них симптомы болезни. По 13,5 % пациентов ответили, что не знали к кому обратиться с данными жалобами, или у них не было времени и средств. Остальные 28 % людей, видимо, начитавшись в разных источниках или поговорив со знакомыми людьми о своих симптомах, боялись получить подтвержденный диагноз серьезного заболевания, которое будет навсегда. В работе была проведена оценка верификации диагноза БП в разных ЛПУ. 12 пациентам, как уже мы говорили, поставили ошибочный диагноз БП. Из них 7 пациентов обращались в лечебное учреждение первичного звена, а остальные 5 — в частную клинику. Что касается данных остальных 73 пациентов, то наибольшая первичная выявляемость БП происходила в отделениях неврологии специализированных стационаров, где цифра достигала 83,5 %, а затем частных клиниках (79,3 %). Это связано, вероятнее всего, с более высокой квалификацией неврологов в данных учреждениях и наличием у них больше времени на осмотр и опрос пациента, а в частных клиниках — еще и с финансовым фактором. Серьезная проблема обнаруживается в медицинских учреждениях первичного звена, где в чуть больше половине случаев (55,7 %) выставляется ошибочный диагноз хронической ишемии головного мозга с синдромом паркинсонизма и эссенциального тремора. А после изучения медицинских карт приблизительно у 1/3 пациентов и вовсе стоял просто диагноз хронического сосудистого поражения головного мозга без признаков экстрапирамидной патологии. Суммарно первичная выявляемость БП составила 41/73 (56,2 %). У остальных 32 пациентов (43,8 %), кому на первичном осмотре не смогли выявить БП, мы постарались выяснить тот период времени, в котором они находились без верного диагноза. Диапазон времени без диагноза БП после первичного обращения составил от месяца до 4 лет. Если суммировать сроки не обращаемости пациента за медицинской помощью со сроками постановки правильного диагноза уже после первичного обращения, то получаются иногда значительные цифры. Также получается, что многие пациенты за это время не получают адекватного лечения и компенсации своего состояния, а болезнь вовсе может прогрессировать быстрее и поздняя терапия может уже не принести ожидаемого эффекта. Что касается 12 пациентов, у которых была гипердиагностика БП, то диапазон выставления верного диагноза после первичного обращения начинался также от 1 месяца, но уже доходил до 10 лет. Получается, что пациент, которому при первичном обращении выставили неверный диагноз БП, длительное время принимал неадекватную, неэффективную терапию, затрачивая

на это немалые деньги, а также бессмысленно подвергал нагрузке органы детоксикации лекарственных препаратов.

Мы также подвергли анализу стартовую и поддерживающую терапию болезни Паркинсона. У 15 из 73 пациентов мы не смогли определить характер стартовой терапии, так как зачастую пациенты не помнили начало лечения и не было медицинских сопровождающих документов. У других 58 пациентов качество стартовой терапии было разным. Почти половина пациентов (44,8 %) начали свое лечение с неправильной схемы, куда, к примеру, входило нарушение кратности приема противопаркинсонических препаратов или же назначение сразу высоких, ударных доз препаратов без соблюдения титрования. Такой поступок часто приводил к развитию побочных эффектов. В поддерживающей терапии также были обнаружены пробелы, хотя ситуация на данном этапе уже получше, ведь пациент уже болеет длительное время и за это время успел посетить не одного врача. Количество людей, принимавших неадекватную поддерживающую терапию, составило 24 %, что, как мы видим, меньше по сравнению с начальной терапией. Как и с

диагностикой БП, лечение лучше производилось в стационарах и частных клиниках. Распределение лечебных ошибок было таким: 73 % всех ошибок приходились на ЛПУ первичного звена, 21 % на частные кабинеты, 6 % на стационары.

Заключение

Подводя итоги данного исследования можно сказать, что в регионе существуют значительные проблемы в диагностике и лечении не только болезни Паркинсона, но и вторичных форм паркинсонизма, эссенциального тремора. По нашему мнению, причинами этого являются низкое просвещение пациентов по этим заболеваниям, а также более низкая квалификация неврологов по сравнению с центральными регионами и отсутствие специализированного кабинета экстрапирамидной помощи. На данном этапе реализован данный кабинет, но пока на базе частного ЛПУ. Также методом решения явилось проведение санитарно-просветительных работ с людьми группы риска БП и повышение квалификации врачей ЛПУ путем проведения лекций, бесед, распространения методических материалов.

ЛИТЕРАТУРА

1. Fahn S. Description of Parkinson's disease as a clinical syndrome / S. Fahn // *Annals of the New York Academy of Sciences*. — 2003. — Vol. 991. — Pp. 1–14.
2. Катунина Е.А., Бездольный Ю.Н. Эпидемиологические исследования паркинсонизма. Методические рекомендации. Российский государственный медицинский университет им. Н.И. Пирогова. / Е.А. Катунина, Ю.Н. Бездольный // Кафедра неврологии и нейрохирургии лечебного факультета. — 2010. — С.13.
3. De Lau L.M, Breteler M.M. Epidemiology of Parkinson's disease / L.M. De Lau, M.M. Breteler // *The Lancet. Neurology*. — 2006. — Vol. 5, №4. — Pp. 525–535
4. Левин О.С., Федорова Н.В. Болезнь Паркинсона / О.С. Левин, Н.В. Федорова // М.: МЕДпресс-информ, — 2011, С. 30
5. Schrag A. Prediagnostic presentations of Parkinson's disease in primary care: a case-control study / A. Schrag, L. Horsfall, K. Walters, A. Noyce, I. Petersen // *The Lancet Neurology*. — 2015. — Vol. 14. — Pp. 57–64.
6. Koller W.C. «When does Parkinson's disease begin?» / W.C. Koller // *Neurology*. — 1992. — Vol. 42. — Pp. 27–31
7. Huttunen J. Pre- and postcentral somatosensory evoked potentials in Huntington's disease: effects of stimulus repetition rate / J. Huttunen, V. Homberg, H.W. Lange // *Journal of the neurological sciences*. — 1993. — Vol. 116. — Pp. 119–124.
8. Postuma R.B. MDS clinical diagnostic criteria for Parkinson's disease / R.B. Postuma, D. Berg, M. Stern et al. // *Movement disorders: official journal of the Movement Disorder Society*. — 2015. — Vol. 30. — Pp. 1591–1601.
9. Tolosa E. Challenges in the diagnosis of Parkinson's disease / E. Tolosa, A. Garrido, S.W. Scholz, W. Poewe // *The Lancet Neurology*. — 2021. — Vol. 20, №5. — Pp. 385–397.
10. Рогачева Т.В. Влияние гендерных особенностей на здоровье / Т.В. Рогачева // *Сибирский психологический журнал*. — 2012. — № 44. — С. 23–3

© Кумахов Амирхан Алимович (ya.kumahov@yandex.ru)

Журнал «Современная наука: актуальные проблемы теории и практики»