

УСОВЕРШЕНСТВОВАНИЕ МЕРОПРИЯТИЙ ПО ОРГАНИЗАЦИИ СВОЕВРЕМЕННОГО ВЫЯВЛЕНИЯ БОЛЬНЫХ БОЛЕЗНЬЮ ПАРКИНСОНА

Кривонос О.В.^{1,2}

¹ФГБУ «Государственный научный центр Российской Федерации – Федеральный медицинский биофизический центр им. А.И. Бурназяна Федерального медико-биологического агентства» (123098 г. Москва, ул. Маршала Новикова, д.23), e-mail: fmbsc-fmba@bk.ru

²АНО «Научно-исследовательский медицинский центр «Геронтология» (125319, г. Москва, ул. 1-я Аэропортовская, д. 6, пом VI, комн. 1–4)

В медицинских организациях закрытых административно-территориальных образований (г. Лесной Свердловской области, г. Озёрск Челябинской области, г. Железнодорожск Красноярского края, г. Заречный Пензенской области, г. Северск Пензенской области, г. Саров Нижегородской области), оказывающих первичную медико-санитарную помощь, была апробирована и внедрена новая модель организации выявления больных болезнью Паркинсона с поэтапными мероприятиями. В созданной модели новыми из организационных технологий стало выделение клиничко-диагностических кабинетов для оказания медицинской помощи больным с экстрапирамидными заболеваниями на базе амбулаторно-поликлинических отделений медицинских организаций закрытых административно-территориальных образований и внедрение регистра больных болезнью Паркинсона. Комплекс мероприятий по своевременному выявлению больных показал улучшение диагностики болезни Паркинсона: за 4 года увеличилось число больных на ранней стадии заболевания, в основном за счет впервые выявленных больных. Начиная с 2010 года, к 2012 году число больных на ранней стадии увеличилось в 2 раза (с 14,4 % до 21,2 % человек, $P < 0,01$). Кроме того, в 2 раза увеличилась выявляемость на ранней стадии и уменьшилось время от первичного обращения до постановки диагноза, с 12 до 1 месяца в 78,9 % случаев к 2012 году.

Ключевые слова: болезнь Паркинсона, клиничко-диагностический кабинет, регистр.

IMPROVEMENT OF THE MEASURES FOR TIMELY DETECTION OF PATIENTS WITH PARKINSON'S DISEASE

Krivosos O.V.^{1,2}

¹State 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 (123098, Moscow, Marshal Novikov's Street, 23), e-mail: fmbsc-fmba@bk.ru;

²"GERONTOLOGY" Research Medical Center (125319, Moscow, 1st Aeroportovskaya Street, 6)

In medical organizations of Closed Administrative-Territorial Unit providing primary health care (including Seversk, Zarechniy, Ozersk, Lesnoy, Sarov and Zheleznogorsk) has been tested and implemented a new model of organization to detection patients with Parkinson's disease with incremental measures. The new organizational technologies in created of the model has been the clinical and diagnostic rooms for medical care patients with movement disorders based on the outpatient departments of medical organizations of Closed Administrative-Territorial Unit and the introduction of the Register of patients with Parkinson's disease. The measures for timely detection of patients showed improvement in diagnosis of Parkinson's disease; the number of patients in the early stages of the disease, due to new diagnosed patients increased for 4 years. Beginning in 2010, by 2012 the number of patients in the early stages was 2 times (from 14.4% to 21.2%, $P < 0.01$). In addition, detection at an early stage increased in 2 times; in 2012 reduce the time from initial examination to diagnosis, from 12 to 1 month in 78.9 % of cases.

Keywords: Parkinson's disease, clinical diagnostic room, registry.

Введение

По данным ВОЗ (WHO, 2009) в мире первичная заболеваемость болезнью Паркинсона (БП) составляет от 4,5 до 19 на 100 тысяч населения в год. По оценке ВОЗ достоверными при выявлении больных при обращаемости могут считаться показатели от 9,7 до 13,8 на 100 тысяч населения ежегодно. Общая заболеваемость (распространенность) БП по данным ВОЗ

колеблется от 18,0 до 328,0 на 100 тысяч населения. При этом в ряде стран мира общая заболеваемость БП превышает средний уровень в несколько раз [9, 10]. Кроме того, заболеваемость и распространенность болезнью Паркинсона растет по мере общего старения населения. По прогнозам к 2030 году число больных увеличится более чем в два раза и будет достигать от 8,7 до 9,3 миллионов [7]. Что говорит о социальной значимости заболевания и требует своевременной диагностики и лечения.

В Российской Федерации по данным федеральной статистической отчетности на 2012 год общая заболеваемость БП составила 71,4 на 100 тысяч населения, а первичная заболеваемость – 6,9 на 100 тысяч населения в год, что говорит о недовыявлении больных. Другие эпидемиологические данные по Российской Федерации в рамках научных исследований показали довольно большой разброс: по распространенности от 54,8 до 139,9 на 100 тыс. населения, заболеваемости от 8,6 до 16,3 на 100 тыс. населения в год [1, 2, 3, 4, 5]. По данным литературных и научных исследований одним из инструментов по сбору и мониторингованию основных эпидемиологических показателей (распространенность, заболеваемость, летальность и смертность) являются внедрение и ведение организованных регистров больных БП [1, 2, 6, 8].

До настоящего времени не проводилось масштабных сплошных клинико-эпидемиологических исследований болезни Паркинсона, позволяющих мониторировать основные эпидемиологические показатели, как распространенность, заболеваемость и смертность с определением причин смерти. При этом важной составляющей является разработка комплекса мероприятий по организации своевременного выявления больных БП.

Цель исследования: разработать и внедрить на региональном уровне комплекс мероприятий по организации своевременного выявления больных БП в медицинских организациях, оказывающих первичную медико-санитарную помощь.

Материал и методы исследования

В медицинских организациях закрытых административно-территориальных образований (ЗАТО) (г. Лесной Свердловской области, г. Озёрск Челябинской области, г. Железногорск Красноярского края, г. Заречный Пензенской области, г. Северск Пензенской области, г. Саров Нижегородской области), оказывающих первичную медико-санитарную помощь, была апробирована и внедрена новая модель организации выявления больных БП. Новым из организационных технологий явилось открытие специально организованных клинико-диагностических кабинетов для оказания медицинской помощи больным с экстрапирамидными заболеваниями на базе амбулаторно-поликлинических отделений медицинских организаций ЗАТО согласно приказам ФМБА от 06.11.2009 №731 «О лечении больных с экстрапирамидными заболеваниями»; от 06.11.2009 №740 «О внедрении и

ведении Регистра болезни Паркинсона» с дополнениями в соответствии с приказами от 19.10.2010 №682 и от 01.02.2013 №30; от 15.10.2010 №677 «О результатах проверки внедрения и ведения Регистра болезни Паркинсона в федеральных государственных учреждениях здравоохранения, находящихся в ведении ФМБА России»; от 22.10.2013 №273 «О развитии неврологической помощи в системе ФМБА России».

Период исследования составил 2009–2012 годы. Суть исследования заключалась в создании и внедрении системы выявления болезни Паркинсона на основании 100,0 % охвата взрослого населения осмотрами и регистрации всех выявленных случаев путем создания регистра больных болезнью Паркинсона. Программа «Регистр больных с болезнью Паркинсона» представлен базой данных в виде анкеты для регистрации новых случаев болезни Паркинсона и ежегодным мониторингом уже выявленных (offline). Анкета регистра включает: информацию о больном, информацию о заболевании.

В результате было выявлено и зарегистрировано 588 больных болезнью Паркинсона, в том числе 302 больных – впервые. Выбыло из регистра: по причине смерти – 58 больных, по причине изменения диагноза – 13 больных, по причине переезда на другое место жительства – 2 больных.

Результаты и обсуждение

Модель описывает этапность организации от регистратора (на первом этапе) до врача-невролога (на втором этапе) с обследованием и установлением диагноза. Особое внимание уделялось группам населения старше трудоспособного возраста. При установлении у пациентов признаков БП мы использовали признанные международные клинические критерии диагноза.

Успешному решению диагностических задач по выявлению БП врачом первичного звена здравоохранения способствовало обучение персонала и повышение грамотности больных по вопросам клинических проявлений заболевания.

Важная роль в организации обследования населения при БП отводилась врачу-неврологу медицинской организации, оказывающей первичную медико-санитарную помощь, который осуществлял контроль за выполнением врачом первичного звена здравоохранения клинического минимума обследования при БП, а также проводил оценку полноты выборки пациентов, нуждающихся в таком обследовании.

На третьем этапе после выполнения клинического диагностического минимума пациенты с подозрением на БП направлялись к врачам-неврологам специально созданных клиничко-диагностических кабинетов по территориальному признаку. Врач-невролог, впервые диагностировавший случай заболевания, вносил данные о пациенте в регистр больных и осуществлял постановку больного на диспансерное наблюдение.

В целях повышения качества и объёма оказываемой медицинской помощи больным с экстрапирамидными заболеваниями и повышения эффективности диспансерного наблюдения организован Федеральный неврологический Центр экстрапирамидных и психического здоровья в ФГБУ ФМБЦ им. А.И. Бурназяна ФМБА России, куда в сложных диагностических и лечебных случаях направлялись больные. Также Центр в рамках своих задач осуществлял организацию всей системы мониторинга в целом (рисунок 1).



Рисунок 1. Организационная модель оказания медицинской помощи больным БП на региональном уровне

В результате проведенных мероприятий по организации и внедрению модели организации выявления больных БП по данным регистра ЗАТО показатели общей заболеваемости к 2012 году составили 118,7 случаев на 100 тысяч взрослого населения, показатели ежегодной первичной заболеваемости достигли в 2010 и 2011 годах 25,7 и 22,7

случаев на 100 тысяч взрослого населения. Что говорит не только о приросте больных БП, но и об эффективности применения ежегодного мониторинга заболевания с целью показания объективной картины заболеваемости. При сравнении с данными официальной статистики в Российской Федерации наблюдалось ежегодное недовыявление не менее 32,0 % больных болезнью Паркинсона, что говорит об эффективности совершенствования системы выявления данной группы больных среди населения и их регистрации. Риск развития болезни Паркинсона у мужчин во всех возрастных категориях был выше, чем у женщин: в возрасте от 40 до 69 лет – на 11,3 %, в возрасте 70–74 лет – на 13,0 %, а в возрасте 75 лет и старше – на 9,9 %.

Улучшилась диагностика болезни Паркинсона: за 4 года увеличилось число больных на ранней стадии заболевания, в основном за счет впервые выявленных больных. Начиная с 2010 года, к 2012 году число больных на ранней стадии увеличилось в 2 раза (с 14,4 % до 21,2 % человек, $P < 0,01$).

Кроме того, сокращение сроков постановки диагноза БП первично обратившихся больных также косвенно свидетельствует о лучшей диагностике заболевания. Если в 2009 году в течение 6 месяцев после первого обращения диагноз был выставлен 51 % больных, то к 2012 году в течение того же периода всем 100 % пациентов был установлен клинический диагноз БП. Важно отметить, что из 100 % впервые выявленных больных БП у 78,9 % диагноз был клинически верифицирован в течение 1 месяца, что соответствует международным критериям эффективности.

Заключение

Система организации выявления больных БП должна быть направлена в первую очередь на группы риска (взрослые граждане, преимущественно мужчины, в возрасте 45 лет и старше), сформированные по результатам мониторинга за эпидемиологической ситуацией и представлять комплекс мер по отбору контингентов для обследования на БП, проведения в сжатые сроки клинического подтверждения диагноза с последующей передачей больного врачам-неврологам клиничко-диагностических кабинетов. Комплекс научно обоснованных проведенных мероприятий по организации своевременного выявления больных позволил в 2 раза увеличить выявляемость на ранней стадии и уменьшить время от первичного обращения до постановки диагноза, с 12 до 1 месяца в 78,9 % случаев к 2012 году.

Список литературы

1. Катунина Е.А. Эпидемиология паркинсонизма. / Е.А. Катунина, Г.Н. Авакян, Ю.Н. Бездольный, А.М. Исмаилов, Н.В. Титова, О.В. Аванесова // Журнал Неврологии и Психиатрии. – 2009. – 11; 76-80.
2. Катунина Е.А., Бездольный Ю.Н. Эпидемиологические исследования паркинсонизма: Методические рекомендации РГМУ. – М.: 2010; 3-43.
3. Левин О.С., Докадина Л.В. Эпидемиология паркинсонизма и болезни Паркинсона // Неврол журн 2005; 5: 41–48.
4. Левин О.С, Федорова Н.В. Болезнь Паркинсона. – 3-е изд. – М.: МЕДпресс-информ, 2012. – 352 с.
5. Похабов Д.В., Абрамов В.Г., Нестерова Ю.В. Эпидемиология паркинсонизма (по материалам регистра в Красноярском крае). Руководство для врачей по материалам 1-го Национального конгресса. – М., 2008; 20–27.
6. Diem-Zangerl A. Mortality in Parkinson's disease, a 20-year follow-up study / A. Diem-Zangerl, K. Seppi, W. Oberaigner, W. Poewe // Mov Disord. 2010; 25: 661–2.
7. Dorsey ER. Projected number of people with Parkinson disease in the most populous nations, 2005 through 2030 / ER Dorsey, R Constantinescu, JP Thompson, KM Biglan, RG Holloway, K Kieburtz et al. // Neurology. 2007; 68: 384–6.
8. Driver JA. Incidence and remaining lifetime risk of Parkinson disease in advanced age. / JA Driver, G Logroscino, JM Gaziano, T. Kurth // Neurology. 2009; 72: 432–8.
9. Lonneke M.L. de Lau, Monique M.B. Breteler. Epidemiology of Parkinson's disease, Lancet Neurol. 2006 Jun; 5 (6): 525-35.
10. Zhang ZX. Parkinson's disease in China: prevalence in Beijing, Xian, and Shanghai./ ZX. Zhang, GC. Roman, Z Hong, CB Wu, QM Qu, JB Huang et al. // Lancet. 2005; 365:595–7.

Рецензенты:

Ильницкий А.Н., д.м.н., профессор, первый зам. директора АНО «НИМЦ «Геронтология», г. Москва;

Иванова М.А., д.м.н., профессор, профессор-консультант многопрофильного клинического медицинского центра «Ваша клиника», г. Москва.