

## ПОПУЛЯЦИОННЫЕ И КЛИНИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ БОЛЕЗНИ ПАРКИНСОНА У ЖИТЕЛЕЙ РОСТОВСКОЙ ОБЛАСТИ

О.А. Андриенко, Ю.В. Тринитатский

*ФГБУЗ ЮОМЦ ФМБА России, г. Ростов-на-Дону*

*Негосударственное образовательное учреждение дополнительного профессионального образования Московский стоматологический Университет, г. Москва*

Представлены результаты проспективного исследования, основанного на данных анкетирования и клинического мониторинга 694 пациентов с болезнью Паркинсона, проживающих в Ростовской области. Средний возраст пациентов составил  $70,4 \pm 9,5$  лет, средний возраст моторного дебюта –  $64,1 \pm 9,8$  года, возраст моторного дебюта до 45 лет установлен у 4,0%, распространенность болезни Паркинсона на 100 тыс. – 22,2, заболеваемость болезнью Паркинсона на 100 тыс. – 1,0, гендерный состав (мужчины/женщины) – 38,3%/61,7%. Среди пациентов с болезнью Паркинсона возраст моложе 60 лет отмечен у 15,3%, 61-70 лет – у 28,7%, 71-80 лет – у 44,8%, возраст старше 80 лет – у 11,2%. Гендерных различий, а также различий в стороне моторного дебюта среди пациентов БП до 45 лет не установлено, среди пациентов с моторным дебютом в возрасте старше 45 лет преобладает поражение правой верхней конечности. Ранний моторный дебют болезни Паркинсона является прогностически неблагоприятным фактором достижения тяжелой стадии болезни Паркинсона в короткий срок. Длительность заболевания после моторного дебюта у пациентов, проживающих в Ростовской области, варьирует от 1 года до 26 лет, средняя длительность заболевания –  $6,3 \pm 4,7$  лет, в течение данного периода большинство стойко утрачивают трудоспособность, инвалидность установлена в 52,7%. Представленные данные демонстрируют значимость раннего выявления немоторных симптомов болезни Паркинсона с целью своевременной диагностики моторного дебюта, назначения пролонгированной монотерапии, что может сократить распространенность побочных эффектов противопаркинсонических препаратов, положительно влиять на качество жизни и сократить расходы.

*Ключевые слова:* болезнь Паркинсона (БП), эпидемиология БП, диагностика БП, моторные симптомы

## POPULATION AND CLINICAL ASPECTS OF PARKINSON'S DISEASE AMONG RESIDENTS OF THE ROSTOV REGION

O.A. Andrienko, Yu.V. Trinitatsky

The results of a prospective study based on data from a questionnaire and clinical monitoring of 694 patients with Parkinson's disease living in the Rostov region are presented. The average age of patients was  $70.4 \pm 9.5$  years, the average age of motor debut was  $64.1 \pm 9.8$  years, the age of motor debut up to 45 years was set at 4.0%, the prevalence of Parkinson's disease was 22, 2 per 100 000, the incidence of Parkinson's disease – 1.0 per 100 000, the gender composition (men/women) – 38.3% / 61.7%. The age distribution among patients with Parkinson's disease was as follows: younger than 60 – 15.3%, 61-70 years – 28.7%, 71-80 years – 44.8%, age over 80 years – 11.2%. Gender differences, as well as differences in the side of motor debut among BP patients under 45 years, are not established. The defeat of the right upper limb predominates among patients with motor debut above the age of 45. The early motor debut of Parkinson's disease is a prognostic adverse factor in achieving a severe stage of Parkinson's disease in a short time. The duration of the disease after motor debut in patients residing

in the Rostov region varies from 1 year to 26 years, the average duration of the disease is  $6.3 \pm 4.7$  years, during this period, the majority steadily lose their ability to work, 52.7% are disabled. The presented data demonstrates the importance of early detection of the unintended symptoms of Parkinson's disease with the goal of timely diagnosis of motor debut, the appointment of prolonged monotherapy, that can reduce the expenses.

*Keywords:* Parkinson's disease (BP), epidemiology of BP, diagnosis of BP, motor symptoms.

### Актуальность исследования

Распространенность болезни Паркинсона (БП) составляет 0,3% мирового населения, число пациентов значительно увеличивается с возрастом, в группе старше 60 лет – около 1%, после 75 лет – около 4% [5-7, 14-16]. Тяжелые социальные последствия БП приводят к значительному экономическому ущербу для здравоохранения и бюджета семьи больного [4, 9]. Ранняя диагностика БП представляет трудности, кроме БП распространен эссенциальный тремор, в ряде случаев больным не обоснованно назначаются дорогостоящие противопаркинсонические препараты, отмечаются случаи поздней диагностики БП, при этом бюджет несет необоснованные затраты, а пациент получает не улучшение состояния, а побочные эффекты противопаркинсонических препаратов. Велика роль врачей «первичного» звена в раннем выявлении немоторных симптомов (НМС). По мере прогрессирования БП некоторые из НМС приобретают доминирующее клиническое значение [8, 10, 13].

### Цель исследования

Представить систематизированные данные о популяционных и клинических аспектах болезни Паркинсона у жителей территорий Ростовской области.

### Материалы и методы исследования

В исследование включены данные анкетирования и клинического мониторинга 694 больных БП проживающих на территории Ростовской области (РО) с 2012 по 2015 г.г. Критериями включения в исследование было наличие установленного на основании Протокола ведения БП [12] и UPDRS (Unified Parkinson's Disease Rating Scale) [19] диагноза «болезнь Паркинсона», а также добровольное, информированное согласие пациента. Критериями исключения являлся добровольный отказ пациента. Исследование выполнено в соответствии с Конституцией РФ, Федеральным законом от 27.07.2006 N 152-ФЗ «О персональных данных» (ред. от 03.07.2016), ГОСТ Р 52379-2005 «Надлежащая клиническая практика» от 27.09.2005 г., Протоколом ведения больных «Болезнь Паркинсона» [12].

Основной реестр исследования включал: возраст фактический на момент включения в реестр, длительность заболевания после моторного дебюта (МД), возраст МД, регион проживания, инвалидность (группа), причину инвалидности (БП, общее заболевание), характеристика и форма МД (дрожательная, ригидная, дрожательно-ригидная формы, сторона и конечность), стадия по Hoehn-Yahr (1967) на момент включения в реестр, нарушения обоняния до МД, нарушения сна до МД, особенности фармакотерапии (препараты леводопы и бенсеразида (мадопар), агонисты дофаминовых рецепторов (пирибедил), другие противопаркинсонические препараты, другое нейротропное лечение), эффективность лечения, а также выход из реестра.

Средний возраст пациентов на момент анкетирования составил от  $70,4 \pm 9,5$  лет. Возраст мужчин, включённых в исследование, был от 43 до 90 лет, средний возраст  $69,8 \pm 9,4$  лет; возраст женщин – от 23 до 90 лет, средний –  $70,9 \pm 9,4$  лет. Распределение больных по стадиям БП (по Hoehn-Yahr (1967)) представлено на рис. 1.

Акинетико-ригидная форма БП была отмечена у 22,7% пациентов, наиболее распространённой являлась дрожательно-ригидная форма – 74,1%, акинетическая форма БП установлена в единичных случаях – 3,2%.

Результаты анализа представлены в виде относительных (%) и средних величин ( $\chi$ ), вычислялось и стандартное квадратическое отклонение ( $\delta$ ).

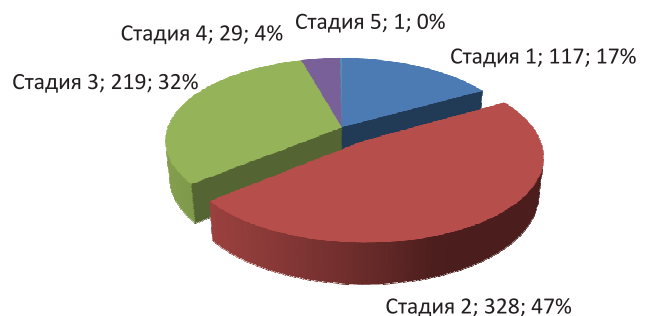


Рис. 1. Характеристика пациентов БП по стадиям БП (Hoehn-Yahr (1967))

Таблица 1

**Региональные особенности эпидемиологии БП в Ростовской области**

Признак	РФ	РО
Средний возраст (годы)	Старше 60 (71±8,3)	70,4±9,5
Средний возраст МД (годы)	55/ от 60 до 70	64,1±9,8
Возраст МД до 45 лет (%)	15%	4,0%
Общая распространенность (%)	0,3%	0,02%
Распространенность (случаев на 100 тыс.)	139,9	22,2
Заболеваемость (число случаев на 100 тыс.)	16,3	1,0

Таблица 2

**Региональные особенности гендерной и возрастной структуры БП в Ростовской области**

Признак	РФ	РО
Гендерный состав (мужчины/женщины)	38%/53%	38,3%/61,7%
Возраст до 60 лет	8,9%	15,3%
61-70 лет	30,6%	28,7%
71-80 лет	46,6%	44,8%
Старше 80 лет	13,9%	11,2%

**Результаты исследования и обсуждение**

По данным эпидемиологических исследований, распространенность БП в РФ составляет 139,9 случаев на 100 тыс. населения, заболеваемость – 16,3 случаев на 100 тыс. в год. С возрастом заболеваемость БП увеличивается с 1,8 на 1 000 населения до 10 на 1 000 населения у лиц старше 70 лет и 20 на 1 000 населения – старше 80 лет. Средний возраст начала заболевания – 55 лет. Однако в 15% случаев БП дебютирует в возрасте до 45 лет [2, 3, 9, 11, 12, 14, 15].

Региональные особенности эпидемиологии БП в РО представлены в таблице 1.

По фактическому среднему возрасту и среднему возрасту МД пациенты с БП, проживающие в РО, не отличаются от населения РФ. Обращает внимание значительно меньшая распространенность БП у населения территорий РО и небольшое число пациентов с МД заболевания в возрасте до 45 лет. Мало вероятно, что данный факт обусловлен «благополучием» РО по БП.

По литературным данным в РФ пациенты в возрастной группе до 60 лет составляют 8,9%, от 60 до 69 лет – 30,6%, от 70 до 79 лет – 46,6%, старше 80 лет – 13,9%, при этом по полу пациенты распределяются следующим образом: мужчин – 38%, женщин – 53% [5], однако в других литературных источниках отмечается, что БП у мужчин развивается в 1,5 раза чаще, чем у женщин [2, 3, 11, 14, 15]. Региональные особенности гендерной и возрастной структуры БП в РО представлены в таблице 2.

Данные таблицы 2 подтверждают гипотезу о трудностях диагностики БП в возрастной группе моложе 45 лет, в РО пациентов в возрасте до 60 лет на 6,4% больше, чем в среднем в РФ. МД БП в возрасте до 20 лет отмечен у 0,3% пациентов, 21-30 лет – 0,1%, 31-40 лет – 1,0%, 41-50 лет – 8,2%, 51-60 лет – 24,2%, 61-70 лет – 36,2%, 71-80 лет – 28,1%, 81-90 лет – 1,9%. Возраст пациентов на момент МД варьировал от 18 до 86 лет, средний возраст МД составил 64,1±9,8, возраст МД у пациентов мужского пола варьировал от 36 до 81 лет, средний возраст МД у мужчин – 63,6±9,6, у женщин МД установлен в возрасте от 18 до 86 лет, средний возраст МД у женщин – 64,4±10,0. Среди мужчин МД в возрасте моложе 31 не встречался, в возрасте от 31 до 40 лет отмечается в 1,5%, соответственно 41-50 лет – 9,4%, 51-60 лет – 27,4%, 61-70 лет – 33,5%, 71-80 лет – 26,7%, 81-90 лет – 1,5%. У женщин в единичных случаях отмечены юношеские и раннее МД БП: до 20 лет – 0,5%, 21-30 лет – 0,2%, 31-40 лет – 0,7%, 41-50 лет – 7,5%, 51-60 лет – 22,2%, 61-70 лет – 37,8%, 71-80 лет – 29,0%, 81-90 лет – 2,1%. Двигательный дефицит в начале заболевания всегда был незначительным и проявлялся болевыми ощущениями, скованностью движений, ограничением подвижности в области плечевого сустава, онемением и «неловкостью» в верхней конечности при выполнении мелких движений, слабостью различной степени выраженности, вначале связанными с физической нагрузкой и неудобным положением тела. На ранних стадиях БП болевой синдром характери-

Таблица 3

**Сравнительный анализ стадии БП по Hoehn-Yahr в рестре Ростовской области**

Стадия БП	РФ	РО
1 стадия	3%-41,4%	16,9%
2 стадия	29,7%-36,2%	47,3%
3 стадия	22,4%-53,1%	31,6%
4 стадия	До 13,5%	4,2%
5 стадия	До 0,8%	0,1%

зовался миофасциальными болями, пациенты наблюдались с диагнозами «плечелопаточный периартроз» и «спондилоартроз». В дальнейшем моторные симптомы (МС) приобретали значительную выраженность, ограничивали повседневную двигательную активность.

В исследуемом реестре пациентов лишь у 4,0% была выявлена БП с ранним началом. Возраст МД БП до 45 лет среди лиц мужского пола установлен в 4,1% случаев, среди женщин – 4,0%, МД старше 45 лет отмечен у 95,9% мужчин и у 96,0% женщин. У 61,8% пациентов МД характеризовался проявлениями в правой верхней конечности, у 37,3% – в левой верхней конечности, 0,9% пациентов четко указать сторону МД не смогли, либо отмечали МД БП в нижней конечности. Различий в стороне МД при ранней БП установлено не было, а именно первые моторные проявления БП в правой верхней конечности были отмечены у 53,6%, в левой верхней конечности – у 42,9% пациентов. При МД в возрасте старше 45 лет преобладало поражение правой верхней конечности – 62,2%, левой – 38,9%.

Известные литературные данные анализов эпидемиологической картины БП в РФ по стадиям Hoehn-Yahr распределились не однородно. Так, Иллариошкиным С.Н. и соавт. (2014) 1 стадия была установлена в 3%, 2 стадия – 29,7%, 3 стадия – 53,1%, 4 стадия – 13,5% и 5 стадия – 0,8% [5], при этом Хановой М.Н. и др. (2015), 1 стадия БП была установлена у 41,4% больных, 2 стадия – 36,2% и 3 стадия БП – у 22,4% пациентов [17,18], сравнение эпидемиологической картины БП в РО и других регионах РФ по стадиям Hoehn-Yahr представлено в таблице 3.

Таким образом, в РО распределение пациентов по стадиям БП соответствовало средним в РФ. У большинства пациентов установлены 2 и 3 стадии БП по Hoehn-Yahr, также следует отметить, что 1 стадия БП, находясь в пределах средних данных по РФ, была ближе к нижней границе, а распространенность 2 стадии БП

была выше, что отражает факт первичного установления диагноза БП у пациентов с достаточно типичной клинической картиной. Интерес представляет динамический мониторинг возрастной структуры МД БП, фактического возраста анкетирования и стадии БП по Hoehn-Yahr. У пациентов с БП 1 стадии по Hoehn-Yahr средний возраст МД составил  $65,4 \pm 10,2$  лет, наиболее ранний МД –  $58,9 \pm 12,7$  лет отмечен среди пациентов с 4 стадией по Hoehn-Yahr. Данные о фактическом среднем возрасте на момент анкетирования оказались противоположными, средний возраст на момент анкетирования прогрессивно увеличивался от  $68,6 \pm 9,7$  лет у пациентов с 1 стадией БП до  $72,5 \pm 9,3$  и  $71,8 \pm 9,4$  лет у пациентов с БП 3 и 4 стадий БП. Несмотря на проводимую терапию, переход от предыдущей стадии БП к последующей длится около 3 лет, в РО средняя длительность анамнеза у пациентов с БП 1 стадии по Hoehn-Yahr составила  $3,3 \pm 3,3$  года, 2 стадии –  $5,0 \pm 3,5$  лет, 3 стадии –  $9,0 \pm 4,5$  лет и 4 стадии –  $12,9 \pm 6,4$  лет. Таким образом, ранний МД БП является прогностически неблагоприятным фактором достижения пациентом тяжелой стадии БП в короткий срок. МД БП возрасте моложе 45 лет у пациентов с 1 стадией отмечен у 4,3%, у пациентов со 2 стадией – в 3,0%, с 3 стадией – 4,4%, а с 4 стадией – 10,3% пациентов. Значительное число наблюдений приходилось на длительность анамнеза заболевания 3 года – 11,5% и 5 лет – 11,2% после МД. Длительность заболевания после МД варьировала от 1 (впервые выявленная БП) до 26 лет, средняя длительность заболевания у пациентов, включенных в анализ –  $6,3 \pm 4,7$  лет, в течение данного периода большинству пациентов с БП была установлена инвалидность – 52,7%. Не вызывает сомнения, что на ранних стадиях БП проявления заболевания могут быть адекватно компенсированы доступными, преимущественно дофаминергическими препаратами и целый ряд проблем возникает при лечении поздних стадий БП, включая МС и НМС БП [1]. Многие из симптомов позд-

них стадий БП резистентны к противопаркинсоническим средствам, что требует применения комбинированной терапии и назначения большого числа корректоров, соответственно увеличивается число побочных эффектов препаратов, а общая эффективность противопаркинсонической терапии и приверженность пациентов к ней снижаются.

### Выводы

Врачам первичного звена необходимо рекомендовать более широкое неврологическое исследование у пациентов с двигательным дефицитом, активно выявлять проявления НМС БП. Гендерных различий, а также различий в стороне МД среди пациентов МД БП до 45 лет не выявлено, однако при МД в возрасте старше 45 лет

преобладает поражение правой верхней конечности. Ранний МД БП является прогностически неблагоприятным фактором достижения пациентом тяжелой стадии БП в короткий срок.

Длительность заболевания после МД у пациентов, проживающих в РО варьирует от 1 года до 26 лет, средняя длительность заболевания –  $6,3 \pm 4,7$  лет, в течение данного периода большинство стойко утрачивают трудоспособность, инвалидность установлена в 52,7%.

Представленные данные демонстрируют значимость раннего выявления НМС, для диагностики БП, назначения пролонгированной монотерапии БП, что может сократить распространенность побочных эффектов противопаркинсонических препаратов.

### Литература:

1. Богданов, Р.Р. Метаболические нарушения при болезни Паркинсона / Р.Р. Богданов, А.Р. Богданов, С.В. Котов // С.Н. Иллариошкин, О.С. Левин (Ред.). Болезнь Паркинсона и расстройства движений: Руководство для врачей по материалам III Национального конгресса по болезни Паркинсона и расстройствам движений (с международным участием). М.: ЗАО «РКИ Соверо пресс», 2014. 405 с.
2. Бондаренко, О.А. Анализ активности вегетативной нервной системы у больных с заболеванием паркинсона при восстановительном лечении гирудорефлексотерапией / О.А. Бондаренко, А.Г. Данилов, Р.Н. Живогляд. Вестник совр. клин. мед. 2014. Т. 7, № 1. С. 27-31.
3. Генык, С.И. Эпидемиологические и клинические особенности болезни Паркинсона у населения Прикарпатского региона / С.И. Генык, В.А. Гриб, Л.Я. Васильковская [и др.] // Междун. научно-иссл. журн. – 2015. – № 3 (73). – С. 118-121.
4. Гехт, А.Б. Медицинские и социальные аспекты болезни Паркинсона / А.Б. Гехт, Г.Р. Попов. // С.Н. Иллариошкин, О.С. Левин (Ред.). Болезнь Паркинсона и расстройства движений: Руководство для врачей по материалам III Национального конгресса по болезни Паркинсона и расстройствам движений (с международным участием). – М.: ЗАО «РКИ Соверо пресс», 2014. – 405 с.
5. Иллариошкин, С.Н. Регистр болезни Паркинсона Национального общества болезни Паркинсона и расстройств движений / С.Н. Иллариошкин, А.Н. Бойко, О.С. Левин [и др.] // С.Н. Иллариошкин, О.С. Левин (Ред.). Болезнь Паркинсона и расстройства движений: Руководство для врачей по материалам III Национального конгресса по болезни Паркинсона и расстройствам движений (с международным участием). М.: ЗАО «РКИ Соверо пресс», 2014. 405 с.
6. Катунина, Е.А. Эпидемиология болезни Паркинсона / Е.А. Катунина, Ю.Н. Бездольный. Журн. неврол. и психиатр. 2013. Т. 113, № 12. С. 81-88.
7. Левин, О.С. Болезнь Паркинсона / О.С. Левин, Н.В. Федорова. М.: МЕДпресс-информ, 2012. 352 с.
8. Левин, О.С. Диагностика и лечение ранней стадии болезни Паркинсона / О.С. Левин, А.В. Росинская // С.Н. Иллариошкин, О.С. Левин (Ред.). Болезнь Паркинсона и расстройства движений: Руководство для врачей по материалам III Национального конгресса по болезни Паркинсона и расстройствам движений (с международным участием). М.: ЗАО «РКИ Соверо пресс», 2014. 405 с.
9. Левин, О.С. Эффективность Сталево в лечении больных болезнью Паркинсона с моторными флуктуациями (клинико-фармакоэкономический анализ) / О.С. Левин, Е.Е. Васенина, О.А. Ганькина // Современ. терапия в психиатрии и неврологии. 2015. № 1. С. 16-23.
10. Мазуренко, Е.В. Новые возможности структурных методов нейровизуализации в диагностике немоторных симптомов болезни Паркинсона / Е.В. Мазуренко, В.В. Пономарев, Р.А. Сакович // С.Н. Иллариошкин, О.С. Левин (Ред.). Болезнь Паркинсона и расстройства движений: Руководство для врачей по материалам III Национального конгресса по болезни Паркинсона и расстройствам движений (с международным участием). М.: ЗАО «РКИ Соверо пресс», 2014. 405 с.
11. Новикова, Л.Б. Распространенность болезни Паркинсона в республике Башкортостан / Л.Б. Новикова, А.П. Аюпов, Э.Р. Галимуллина. // С.Н. Иллариошкин, О.С. Левин (Ред.). Болезнь Паркинсона и расстройства движений: Руководство для вра-

чей по материалам III Национального конгресса по болезни Паркинсона и расстройствам движений (с международным участием). М.: ЗАО «РКИ Соверо пресс», 2014. 405 с.

12. Протокол ведения больных. Болезнь Паркинсона // Проблемы стандартизации в здравоохранении. 2005. № 3. С. 74–166.

13. Рабаданова, Е.А. Немоторные симптомы болезни Паркинсона, их структура и влияние на качество жизни пациентов / Е.А. Рабаданова, М.А. Гельпей, З.А. Гончарова. *Практ. мед.* 2015. № 5 (90). С. 111-115.

14. Раздорская, В.В. Заболеваемость болезнью Паркинсона в Саратове / В.В. Раздорская, О.Н. Воскресенская, Г.К. Юдина. // С.Н. Иллариошкин, О.С. Левин (Ред.). *Болезнь Паркинсона и расстройства движений: Руководство для врачей по материалам III Национального конгресса по болезни Паркинсона и расстройствам движений (с международным участием)*. М.: ЗАО «РКИ Соверо пресс», 2014. 405 с.

15. Раздорская, В.В. Клиническая диагностика

болезни Паркинсона / В.В. Раздорская, Г.К. Юдина // *Бюллетень мед. интернет-конференций*. 2014. Т. 4, № 3. С. 175-177.

16. Селиверстова, Е.В. Реорганизация сети пассивного режима работы головного мозга у пациентов с болезнью Паркинсона: анализ индивидуальных компонент по данным фМРТ покоя / Е.В. Селиверстова, Ю.А. Селиверстов, Р.Н. Коновалов [и др.] // *Анналы клинической и экспериментальной неврологии*. 2015. Т. 9, № 2. С. 6-10.

17. Ханова, М.Н. Немоторные проявления болезни Паркинсона / М.Н. Ханова // *Евразийский Союз Ученых*. 2015. № 10-1 (19). С. 124-126.

18. Ханова, М.Н. Характерные признаки немоторных проявлений болезни Паркинсона / М.Н. Ханова, Ё.Н. Маджидова // *Вестник Казахского Нац. мед. унив.* 2015. № 2. С. 464-466.

19. Fahn S, Elton RL. Unified rating scale for Parkinson's disease. In: S. Fahn, C.D. Marsden (eds.) *Recent developments in Parkinson's disease*. Florham Park. New York. Macmillan 1987:153–63.

*Контактная информация:*

*Андриенко Оксана Анатольевна, зав. отделения неврологии, врач-невролог.  
ФГБУЗ ЮОМЦ ФМБА России  
Ростовская КБ, Центр неврологии, нейрохирургии и нейрореабилитации.  
Тел.: 8-928-901-79-87, e-mail: KolesnikOxana@yandex.ru*

*Ю.В. Тринитатский, г. Москва, Негосударственное образовательное учреждение дополнительного профессионального образования Московский стоматологический Университет*