

КАЧЕСТВО АМБУЛАТОРНО-ПОЛИКЛИНИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ БОЛЬНЫМ
С ЭКСТРАПИРАМИДНОЙ ПАТОЛОГИЕЙ В НИЖНЕМ НОВГОРОДЕ

Наталья Николаевна Шиндряева

Городской кабинет по оказанию помощи больным с экстрапирамидной патологией,
МЛПУ «Городская поликлиника №7», 603163, г.Н.Новгород ул. Верхнепечерская, 6,
e-mail: mont76@mail.ru

Реферат. Проанализированы данные 1037 больных с экстрапирамидной патологией, направленных в Нижегородский городской специализированный кабинет по оказанию помощи больным за период с 16.01.2006 г. по 31.06.2008 г. Диагноз экстрапирамидного заболевания был подтвержден в 387 (37,3%) наблюдениях, изменен у 650 (62,7%). Более чем у половины больных (58,3%) лечение было назначено неправильно.

Ключевые слова: болезнь Паркинсона, эссенциальный тремор, дистонический тремор.

ТУБ•Н НОВГОРОДА ЭКСТРАПИРАМИД
ПАТОЛОГИЯЛЕ АВЫРУЛАРГА АМБУЛАТОРИЯ-
ПОЛИКЛИНИКА ЯРД•МЕ КУРС•ТУНЕ•СЫЙФАТЫ

Наталья Николаевна Шиндряева

Экстрапирамид патологияле авыруларга ярд•м курс•ту
буенча ш•h•р кабинеты, №7 ш•h•р поликлиникасы,
603163, Туб•н Новгород, Верхнепечерская ур., 6,
e-mail: mont76@mail.ru

16/01/2006—31/06/2008 елларда Туб•н Новгородны
экстрапирамид патологияле авыруларга ярд•м курс•ту
кабинетына •иб•релг•н 1037 авыру турындагы
м•гълүматлар анализланган. Экстрапирамид патология
куз•түл•рне• 387 санд• расланган (37,7%), 650 санд•
үзг•ртелг•н (58,3%). Авыруларны• яртысыннан артыгына
(58,3%) д•валау дөрес билгел•нм•г•н.

Төп төшенч•л•р: Паркинсон авыруы, эссенциаль тремор,
дистония треморы.

QUALITY OF OUTPATIENT HELP, RENDERED TO
PATIENTS WITH EXTRAPYRAMIDAL PATHOLOGY IN
N.NOVGOROD

Natalya N.Shindryeva

City Neurology Center of Movement disorders,
City Outpatient Hospital № 7, N. Novgorod, 603163,
N.Novgorod, Verhnepecherskaya street, 6, e-mail:
mont76@mail.ru

There have been studied data of 1037 patients with
extrapyramidal pathology (movement disorders), who had been
sent to Nizhegorodsky municipal specialized hospital for
rendering help at the period of from 16.01.2006 to 31.06.2008.
The diagnosis of extrapyramidal disease has been confirmed in
387 (37, 3 %) of patients, it has been changed in 650 (62, 7%).
In more than a half of patients (53, 8 %) diagnosis was wrong
and treatment was administered incorrectly.

Key words: essential tremor, Parkinson's disease, tremor,
dystonia tremor.

Экстрапирамидные расстройства (ЭР) относятся к распространённым неврологическим заболеваниям, особенно среди больных старшей возрастной группы — это болезнь Паркинсона (БП), эссенциальный тремор (ЭТ) и идиопатическая мышечная дистония. Трудности их диагностики у врачей первичного звена обусловлены полиморфностью клинических проявлений, пожилым возрастом пациентов, поздним обращением, наличием сопутствующей соматической и неврологической патологии [3, 7, 8, 9, 10, 12, 14]. Неверно верифицированная нозологическая форма приводит к несвоевременной и некорректно назначаемой терапии. Совокупность ошибок, в свою очередь, негативно отражается на качестве жизни больного, несоблюдении стандартов оказания медицинской помощи, увеличении материальных затрат как государства, так и личных средств пациента [1, 3, 4, 5, 8, 9, 10, 13, 14, 15, 16, 22].

Цель настоящего исследования — анализ качества оказания амбулаторно-поликлинической помощи больным в территориальных лечебно-профилактических учреждениях и выделение основных ошибок в диагностике и лечении ЭР.

В Нижегородский городской кабинет по оказанию помощи больным с экстрапирамидной патологией с 16.01.2006 г. по 31.06.2008 г. обратились 1037 пациентов: мужчин было 428 (41,3%), женщин — 609 (58,7%). Средний возраст больных составлял 64,7±7,8 года, возраст начала заболевания — 56,5±12,3 года, длительность заболевания — 9,2±11,8 года. Основными диагнозами при направлении были БП — у 434 (41,9%), сосудистый паркинсонизм — у 162 (15,6%), ЦВЗ — у 208 (20,1%). После консультации в специализированном кабинете диагноз БП был установлен у 529 (51%), ЭТ — у 410 (39,5%), идиопатическая мышечная дистония — у 98 (9,5%).

Таблица
Возрастная и половая характеристики пациентов

Установленный диагноз	Пол	Возраст, лет	Длительность заболевания, лет
Болезнь Паркинсона (n=529)	мужчины (n=234)	66±1,6	5,2±3,1
	женщины (n=295)	68±2,4	5,9±3,8
Эссенциальный тремор (n=410)	мужчины (n=149)	64±2,2	14,7±7,4
	женщины (n=261)	63±3,1	16,3±12,7
Сосудистый паркинсонизм (n=16)	мужчины (n=12)	61±5,1	3,1±1,7
	женщины (n=4)	59,3±2,6	3,5±2,4
Мультисистемная атрофия (n=14)	мужчины (n=8)	65,8±1,7	5,8±4,9
	женщины (n=6)	67,4±1,2	4,6±4,7
Деменция телец Леви (n=11)	мужчины (n=7)	71,1±2,7	4,7±2,5
	женщины (n=4)	72,6±1,3	3,9±3,1
Идиопатическая мышечная дистония (n=51)	мужчины (n=13)	48,7±6,1	4,8±3,7
	женщины (n=38)	48,1±5,3	5,2±3,9
Гепатолентикулярная дегенерация (n=6)	мужчины (n=4)	49,3±12,4	14,4±9,1
	женщины (n=2)	62,6±8,1	40,8±7,2
Всего (n=1037)	мужчины (n=428)	60±7,5	7,5±9,6
	женщины (n=609)	65±8,3	11,3±11,4

ния — у 51 (9,6%), сосудистый паркинсонизм — у 16 (3%), ДТЛ — у 11 (2,1%), МСА — у 14 (2,6%), гепатолентикулярная дегенерация — у 6 (1,1%) (табл. 1). При постановке диагноза БП использовались различные критерии: Банка головного мозга общества БП Великобритании (Gibb, Lees, 1988) [19], диагностики ЭТ (MDS, 2000) [17], клинической диагностики мультисистемных дегенераций и сосудистого паркинсонизма NINDS-SPSP (Litvan et al., 1996) [21], клинической диагностики деменции с тельцами Леви (ДТЛ) (McKeith I.G. et al., 1995) [23], клинической диагностики мультисистемной атрофии (Gilman et al., 1998) [20], диагностики идиопатической мышечной дистонии (Fahn S., et al., 1987) [18], диагностики гепатолентикулярной дегенерации (Коновалов Н.В., 1960) [6].

Оценка диагностики и лечения при оказании амбулаторно-поликлинической помощи про-

водилась с помощью шкалы, состоящей из 2 частей [2]. I часть — оценка качества диагностики: 0 баллов — неверно установлены синдромальный и нозологический диагнозы, 1 — несвоевременно установлен синдромальный диагноз и неверно поставлен нозологический диагноз, 2 — правильно и своевременно установлен синдромальный диагноз, но неверным был нозологический диагноз, 3 — правильно и своевременно установлены синдромальный и нозологический диагнозы. II часть — оценка качества лечения: 0 баллов — назначенная терапия не соответствует заболеванию, 1 — лечение не корректирует двигательную функцию из-за неверно выбранных препаратов или их доз, 2 — неправильная последовательность применения лекарственных препаратов, относительно удовлетворительная компенсация, 3 — своевременное начало и правильный выбор препарата, компенсация состояния.

Анализ качества амбулаторно-поликлинической помощи складывался из оценки правильности диагностики заболевания, постановки синдромального и нозологического диагнозов, назначения адекватного лечения, компенсации двигательного дефицита, своевременного выявления немоторных проявлений и их коррекция.

Статистическая обработка данных производилась с использованием программных пакетов для статистических расчётов NCSS 2001, Microsoft Excel, 2005 и Statistica for Windows (Stat. Soft.Inc., версия 6.0) .

После консультации с неврологом специализированного кабинета диагноз подтвердился у 387 (37,3%) из 1037 больных, изменен у 650 (62,7%). Следовательно, у 1 из 3 пациентов был установлен неправильный диагноз, коррекция лечения потребовалась 605 (58,3%) больным.

Болезнь Паркинсона диагностирована у 529 обратившихся, из них у 245 (46,3%) — правильно; у 186 (35,2%) диагноз определен в специализированном кабинете; 98 (18,5%) обратились за медицинской помощью самостоятельно. На консультацию пациентов направляли с диагнозами: сосудистый паркинсонизм — у 59 (31,7%) и ЦВЗ — у 127 (68,3%). У 284 (53,7%) пациентов нозологический и синдромальный диагнозы были установлены неправильно. Средний балл качества диагностики составил 1,0±0,6, качества лечения — 1,0±0,5, что является

неудовлетворительным. Основные терапевтические ошибки, выявленные у больных с БП: 1) позднее назначение леводопы — у 288 (54,4%); 2) завышение её суточной дозы — у 102 (19,3%), занижение — у 87 (16,4%); 3) неадекватное распределение суточной дозы леводопы — у 270 (51%); 4) частое назначение холинолитиков — у 256 (48,4%); 5) «лекарственные каникулы» — у 176 (33,3%); 6) отсутствие диагностики и коррекции немоторных проявлений при БП; 7) необоснованное назначение вазоактивных и ноотропных препаратов — у 529 (100%) из-за ошибочных убеждений врачей и пациентов в приоритетной роли сосудистого фактора в развитии и прогрессировании БП; 8) госпитализации — у 468 (88,5%) пациентов, что также связано с «верой» в эффективность лечения БП вазоактивными средствами и требованиями бюро МСЭ.

На учёте с диагнозами сосудистого паркинсонизма, а также паркинсонизма при нейродегенеративных заболеваниях находятся 4% (41 чел.) пациентов. Сосудистый паркинсонизм диагностирован у 16 (34%) больных, из них 7 (43,7%) наблюдались в ЛПУ с ЦВЗ. На консультацию по поводу сосудистого паркинсонизма были направлены 86 пациентов, диагноз подтвердился у 9 (10,5%). Диагнозы ДТЛ и МСА установлены у 25 (2,4%) больных после консультации в специализированном кабинете. В территориальных поликлиниках по поводу БП наблюдались 9 (36%), сосудистого паркинсонизма — 10 (40%), ЦВЗ — 6 (24%). При оценке качества диагностики неверно установлены синдромальный и нозологический диагнозы у 23 (56,1%) больных. Средний балл качества диагностики составил $1,0 \pm 0,5$, качества лечения — $1,0 \pm 0,3$, что расценено как неудовлетворительный результат. Основные диагностические ошибки: 1) позднее установление диагноза через $4,2 \pm 1,3$ года после начала заболевания, через $2,7 \pm 1,9$ года наблюдения неврологом по месту жительства; 2) гипердиагностика сосудистого паркинсонизма: только в 10,5% случаях клиническая картина соответствовала критериям диагноза сосудистого паркинсонизма; 3) в территориальных ЛПУ нейродегенеративные заболевания не были установлены, что связано с редкой встречаемостью, недостаточным знанием диагностических критериев, трудностями при

интерпретации данных нейровизуализации и нейропсихологического тестирования. Анализ лечения выявил следующие ошибки: 1) отсутствие лечения паркинсонизма у 16 (39%) больных; 2) позднее назначение препаратов леводопы у 17 (41,5%); 3) нерациональное назначение холинолитиков у 9 (22%); 4) самостоятельная отмена противопаркинсонических средств у 20 (48,8%). Основная причина — плохая переносимость, наличие побочных действий от препаратов, отсутствие «яркого» эффекта лечения; 5) необоснованное назначение вазоактивных и ноотропных препаратов у 41 (100%); 6) госпитализации — у 41 (100%).

ЭТ был установлен у 410 больных после консультации в специализированном неврологическом кабинете, лишь 122 (29,8%) наблюдались с диагнозом ЭТ в территориальных поликлиниках. 7 (1,7%) из 288 (70,2%) пациентов были направлены на консультацию с диагнозом сосудистого паркинсонизма, 64 (15,6%) — ЦВЗ, 178 (43,4%) — БП, 3 (0,7%) — дистонических гиперкинезов. Неверно были установлены синдромальный и нозологический диагнозы, а также назначена неадекватная терапия у 280 (68,3%) больных. Средний балл качества диагностики составил 1,0, качества лечения — 0,9, что расценено как неудовлетворительный результат. Основные ошибки диагностики: гипердиагностика БП и сосудистого паркинсонизма у 185 (45,1%) в связи с атипичным дебютом заболевания, наличием тремора в покое, положительного семейного анамнеза, отсутствием эффекта леводопотерапии, убеждением неврологов в том, что тремор головы является патогномоничным признаком БП, — это привело к неправильному синдромальному диагнозу. Анализ лечения больных с ЭТ выявил следующие ошибки: 1) необоснованное назначение противопаркинсонических средств — у 403 (98,3%) пациентов; 2) отсутствие показаний к предписанию вазоактивных и ноотропных препаратов — у 410 (100%).

Наименьшее количество ошибок было определено при идиопатической мышечной дистонии, установленной у 51 пациента после консультации. 37 (72,5%) из них наблюдались по поводу дистонии в территориальных поликлиниках. На консультацию с диагнозом ЭТ были направлены 3 (5,9%) из 14 (27,5%) больных,

ЦВЗ — 9 (17,7%), БП — 2 (3,9%). При оценке качества диагностики и лечения у 12 (23,6%) больных ошибочно поставлены синдромальный и нозологический диагнозы, в связи с этим им не была своевременно назначена адекватная терапия. Средний балл качества диагностики составил $2,0 \pm 0,3$, качество лечения расценено как удовлетворительное ($2 \pm 0,1$ балла). Основные диагностические ошибки: наличие тремора головы отнесено к проявлению БП. Анализ лечения больных с дистонией выявил необоснованное предписание вазоактивных и ноотропных препаратов у 19 (37,3%); редкое назначение ботулинического токсина типа А у 5 (9,8%) было связано с высокой стоимостью препарата, отсутствием групп инвалидности у больных. У 2 (33,3%) из 6 (12,8%) пациентов с гепатолентикулярной дегенерацией имел место неверно установленный нозологический диагноз. Качество диагностики и лечения оценено как удовлетворительное.

Изучение данной проблемы на территории нашей страны и за рубежом в последнее десятилетие свидетельствует о её актуальности. Результаты нашего исследования сходны с опубликованными данными [1, 2, 5, 10, 13, 16, 22]. Основными ошибками диагностики и лечения являются преувеличение роли сосудистого фактора в генезе заболеваний, что связано с пожилым возрастом больных, наличием сопутствующей соматической патологии, гипердиагностикой сосудистого паркинсонизма, необоснованностью назначения вазоактивных и ноотропных препаратов, частыми госпитализациями. Диагностические ошибки влекут за собой неадекватную терапию, ухудшение качества жизни больных, их семей, несоблюдение утверждённых медико-экономических стандартов, что увеличивает стоимость лечения как за счёт бюджета всех уровней, так и личных средств граждан [1, 2, 3, 4, 5, 7, 10, 12, 13, 16, 22]. Качественные и количественные ошибки связаны как с субъективными факторами — многообразием клинической картины экстрапирамидных расстройств, так и объективными организационными факторами.

На территории РФ успешно функционируют центры по оказанию помощи больным с экстрапирамидной патологией, расположенные в Казани, Красноярске, Краснодаре. Сравнение

собственных результатов с данными существующих центров показало схожесть эпидемиологических показателей ведущих экстрапирамидных заболеваний, наличие ошибок диагностики и лечения: гипердиагностика сосудистого паркинсонизма и БП, трудности адекватного лечения БП, необоснованность применения вазоактивных и ноотропных средств [3, 4, 5, 7, 11]. В отличие от Сибирского центра, на территории Н.Новгорода выявлено большее число больных с токсическим паркинсонизмом вследствие марганцевой интоксикации, не вызывающим трудности при диагностике [11].

Результаты проведенного исследования указывают на необходимость создания региональных специализированных кабинетов по оказанию помощи больным с ЭР, а также проведения образовательных программ среди врачей первичного звена, неврологов по экстрапирамидной патологии.

ЛИТЕРАТУРА

1. Бичева, К.Г. Факторы инвалидизации при болезни Паркинсона и подходы к их коррекции: Дисс. ... канд. мед. наук. — М., 1999. — 142 с.
2. Докадина, Л.В. Паркинсонизм: клинико-эпидемиологические аспекты на региональном уровне: Дисс. ... канд. мед. наук. — М., 2004. — 131 с.
3. Залялова, З.А. Опыт оказания помощи больным с экстрапирамидными заболеваниями в Казани / З.А. Залялова, Э.И. Богданов, Г.Р. Латыпова, Л.В. Забусова // Неврол. вестн. им. В.М. Бехтерева. — 2007. — Т. XXXIX, вып. 4. — С. 91—93.
4. Залялова, З.А. Клинико-эпидемиологические аспекты работы казанского Центра экстрапирамидной патологии / З.А. Залялова, Э.И. Богданов, Г.Р. Латышова, Л.А. Яковлева // Бюлл. сибирской мед. — 2008. — № 5. — С. 150—155.
5. Качество медицинской помощи (анализ и контроль): Учебно-методическая разработка для студентов и ординаторов [под ред. В.З. Кучеренко]. — М.: ММА им. И.М. Сеченова, 1997. — 44 с.
6. Коновалов, Н.В. Гепатоцеребральная дистрофия. — М.: Медицина, 1960. — 162 с.
7. Латыпова, Г.Р. Эссенциальный тремор. Патогенетические подходы лечения / Г.Р. Латыпова, З.А. Залялова // Неврол. вестн. им. В.М. Бехтерева. — 2008. — Т. XL, вып. 3. — С. 68—73.
8. Левин, О.С. Тремор // Российск. мед. ж. — 2001. — № 6. — С. 23—27.
9. Левин, О.С. Сосудистый паркинсонизм // Российск. мед. ж. — 1999. — № 5. — С. 43—47.
10. Левин, О.С. Болезнь Паркинсона / О.С. Левин, Н.В. Федорова. — М.: МЕДпресс-инфо, 2006. — 194 с.

11. Похабов, Д.В. Опыт организации медицинской помощи больным с экстрапирамидными расстройствами / Д.В. Похабов, В.Г. Абрамов, А.Т. Бугаев // Журн. неврол. и психиатр. им. С.С. Корсакова. — 2006. — № 7. — С. 64—67.
12. Протокол ведения больных. Болезнь Паркинсона // Проблемы стандартизации в здравоохранении. — 2005. — № 3. — С. 74—166.
13. Федорова, Н.В. Лечение и реабилитация больных паркинсонизмом: Дисс. ... докт. мед. наук. — М., 1996. — 357 с.
14. Шток, В.Н. Экстрапирамидные расстройства / В.Н. Шток, И.А. Иванова-Смоленцева, О.С. Левин и др. — М.: МЕДпресс, 2002. — 606 с.
15. Яковлева, Л.А. Болевой синдром в структуре немоторных проявлений болезни Паркинсона / Л.А. Яковлева, З.А. Залялова // Неврол. вестн. им. В.М. Бехтерева. — 2009. — Т. XLI, вып. 1. — С. 64—68.
16. Chouinard, S. Agreement among movement disorder specialists on the clinical diagnosis of essential tremor / S. Chouinard, E.D. Louis, S. Fahn // Mov. Disord. — 1997. — Vol. 12. — P. 973—976.
17. Elble, R. Diagnostic criteria for essential tremor and differential diagnosis // Neurology. — 2000. — Vol. 54. — P. 2—6.
18. Fahn, S. Classification and investigation of dystonia / Fahn S., Marsden C.D., Calne D.B.: In: C.D. Marsden, S. Fahn (Eds). Movement Disorders 2. — London: Butterworths, 1987. — P. 332—358.
19. 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. — Vol. 51. — P. 745—752.
20. Gilman, S. Multiple system atrophy. In: J. Jankovic, E. Tolosa, editors. Parkinson's disease and movement disorders. 3rd ed. — Baltimore: Williams & Wilkins, 1998. — P. 245—262.
21. Litvan, I. What is the accuracy of the clinical diagnosis of multiple system atrophy? / I. Litvan, C.G. Goetz, J. Jankovic et al. // Arch. Neurol. — 1997. — Vol. 54. — P. 1937—1944.
22. 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. — Vol. 13. — P. 5—10.
23. McKeith, I.G. Consensus guidelines for the clinical and pathologic diagnosis of dementia with Lewy bodies / I.G. McKeith, D. Galasko, K. Kosaka et al. // Neurology. — 1996. — Vol. 47. — P. 1113—1124.

Поступила 21.12.09.

