

Получена: 1 октября 2018 / Принята: 15 ноября 2018 / Опубликовано online: 31 декабря 2018

УДК 616.858+364-785.24(574.41)

## **БОЛЕЗНЬ ПАРКИНСОНА И ПРОБЛЕМЫ ТЕРАПИИ ПРОЛечЕННЫХ СТАЦИОНАРНЫХ СЛУЧАЕВ В УНИВЕРСИТЕТСКОМ ГОСПИТАЛЕ ГОСУДАРСТВЕННОГО МЕДИЦИНСКОГО УНИВЕРСИТЕТА ГОРОДА СЕМЕЙ ЗА 2013-2018 ГОДЫ**

**Дарья Р. Кунафина** <sup>1</sup>, <https://orcid.org/0000-0002-8969-6854>

**Татьяна В. Каймак** <sup>1</sup>, <https://orcid.org/0000-0002-9948-9533>

<sup>1</sup> Кафедра неврологии и нейрофизиологии, Государственный медицинский университет города Семей, г. Семей, Республика Казахстан.

### **Резюме**

**Актуальность:** В статье отображены основные проблемы, с которыми сталкивается врач в отделении неврологии во время диагностики и лечения Болезни Паркинсона. Болезнь Паркинсона (БП) - хроническое прогрессирующее нейродегенеративное заболевание, число случаев которого неуклонно увеличивается. Представление о БП как об исключительно чисто двигательном расстройстве претерпело существенные изменения.

**Цель:** проанализировать клинические и диагностические подходы пролеченных случаев БП и схемы базового стационарного лечения данной патологии, а также выявить имеющиеся проблемы лечения в условиях госпиталя.

**Материалы и методы:** Использовались медицинские карты стационарных больных, которые получали лечение в неврологическом отделении УГ ГМУ г. Семей и данные их клинического осмотра в динамике с 2013-2018 годы. Использовались критерии включения (очевидный и драматический ответ на дофаминергическую терапию; наличие леводопа – индуцированных дискинезий; тремор покоя в конечностях; гипосмия или сердечная симпатическая денервация по данным скинтиграфии сердца), исключения (выраженные мозжечковые симптомы; паралич вертикального взора; признаки лобно-височной деменции или первичной прогрессирующей афазии в первые 5 лет заболевания; проявления паркинсонизма ограничивается нижними конечностями в течение более трех лет; отсутствие ответа на высокие дозы леводопы) и красные «флаги», рекомендованные Банком Мозга Общества Великобритании.

**Результаты:** Дан анализ пролеченных случаев болезни Паркинсона с 2013 по 2018 годы. Не выявлены статистически значимые гендерные отличия по возрасту. Выявлено: преобладание больных с тяжелой формой болезни Паркинсона 87,3%, с доминированием у мужчин 58,5%; наличие в 100% случаев немоторных симптомов БП.

**Вывод:** немоторные симптомы не учитывались какотяжеляющий фактор и не выставлялись в диагноз как осложнения БП. При подборе препаратов не учитывается возраст пациентов и рекомендуемые международные схемы комбинированной терапии.

**Ключевые слова:** болезнь Паркинсона, моторные симптомы, немоторные симптомы, антипаркинсонические препараты.

### **Summary**

## **PARKINSON'S DISEASE AND THE PROBLEMS OF TREATMENT OF TREATED STATIONARY CASES IN THE STATE MEDICAL UNIVERSITY HOSPITAL OF SEMEY FOR 2013-2018**

**Dariya R. Kunafina** <sup>1</sup>, <https://orcid.org/0000-0002-8969-6854>

**Tatyana V. Kaimak** <sup>1</sup>, <https://orcid.org/0000-0002-9948-9533>

<sup>1</sup> Department of Neurology and Neurophysiology, Semey State Medical University, Semey, Republic of Kazakhstan.

**Relevance:** The article presents the main problems that a doctor encounters in the neurology department during diagnosis and treatment of Parkinson's disease. Parkinson's disease (PD) is a chronic progressive neurodegenerative disease, the incidence of which is steadily increasing. The notion of PD as an exclusively purely motor disorder has undergone significant changes.

**Purpose:** The goal was to analyze the clinical and diagnostic approaches of treated cases of PD and the basic inpatient treatment scheme for this pathology, as well as to identify existing problems of treatment in a hospital conditions.

**Materials and methods:** Hospital records of patients who received treatment in the neurological department of the State Medical University of Semey and the data of their clinical examination in the dynamics from 2013-2018 were used. The inclusion criteria, exclusions, and red "flags" recommended by the Brain Bank of the UK Society were used.

**Results:** The analysis of treated cases of Parkinson's disease from 2013 to 2018 is given. No statistically significant gender differences in age were identified. Revealed: the prevalence of patients with severe form of Parkinson's disease 87.3%, with the dominance in men 58.5%; the presence in 100% of cases of non-motorized symptoms of PD, which were not taken into account as a factor that makes the disease worse and were not included in the diagnosis as complications of PD.

**Conclusion:** Non-motor symptoms were not considered as a weight factor, and were not diagnosed as complications of Parkinson's disease. The selection of drugs does not take into account the age of the patients and the recommended international regimens of combination therapy.

**Keywords:** *Parkinson's disease, motor symptoms, non-motor symptoms, antiparkinsonian drugs.*

Түйіндеме

## **ПАРКИНСОН АУРУЫ ЖӘНЕ СЕМЕЙ ҚАЛАСЫНЫҢ МЕМЛЕКЕТТІК МЕДИЦИНА УНИВЕРСИТЕТІНІҢ ГОСПИТАЛІНДЕГІ 2013 – 2018 –ші ЖЫЛДАР АРАЛЫҒЫНДАҒЫ СТАЦИОНАРДА ЕМДЕЛГЕНДЕРДІҢ ЕМІНІҢ МӘСЕЛЕЛЕРІ**

**Дарья Р. Кунафина** <sup>1</sup>, <https://orcid.org/0000-0002-8969-6854>

**Татьяна В. Каймак** <sup>1</sup>, <https://orcid.org/0000-0002-9948-9533>

<sup>1</sup> Неврология және нейрофизиология кафедрасы, Семей қаласының Мемлекеттік Медицина университеті, қ. Семей, Қазақстан Республикасы.

**Кіріспе:** Мақалада неврология бөлімі дәрігерінің диагностикалау және емдеу барысында жиі ұшырасатын негізгі мәселелері көрсетілген. Паркинсона ауруы (ПА) – клиникалық жағдайлар саны соңғы уақытта тұрақты өсуді көрсетіп отырған, созылмалы үдемелі нейродегенеративті ауру. ПА тек қимыл- қозғалыс бұзылысы деген көқарас елеулі өзгерістерге ұшырады.

**Мақсаты:** Мақсатымыз ПА жағдайларының емінің клиникалық және диагностикалық тәсілдерін және аталған дерттің ауруханадағы базалық емінің сұлбаларын талдау, сонымен қатар ауруханалық деңгейде емдеудегі негізгі мәселелерді анықтау.

**Әдістеме:** Семей қ. ММУ УГ-нің неврология бөлімінде 2013 жыл мен 2018 жылдар аралығындағы ем қабылдаған науқастардың медициналық карталары және клиникалық қараудың деректері пайдаланылды. Ұлыбритания Ми Қоғамы Банкінің ұсынған қызыл «жалау» белгілері, зерттеуге қосу және шеттету өлшемдері қолданылды.

**Нәтижелер:** Паркинсон ауруының 2013 жыл мен 2018 жыл аралығындағы емделген жағдайларының талдауының деректері берілген. Жасы бойынша статистикалық гендерлік айырмашылық анықталмады. Анықталғаны: Паркинсон ауруының ауыр түрімен ауыратын науқастар 87,3%, ерлерде басымдық байқалады 58,5%; 100 жағдайда ПА – ның моторлы емес белгілері анықталды және олар дерттің ағымын ауырлатушы фактор ретінде қарастырылмаған, диагноз қою барысында асқынуы ретінде көрсетілмеген.

**Қорытынды:** Ның моторлы емес белгілері анықталды және олар дерттің ағымын ауырлатушы фактор ретінде қарастырылмаған, диагноз қою барысында асқынуы ретінде көрсетілмеген. Сонымен қатар, препаратты тағайындау барысында науқастардың жасы және халықаралық ұсыныстарға сәйкес қосарлы емдеу сұлбалары ескерілмеген.

**Түйін сөздер:** Паркинсон ауруы, моторлы симптомдар, моторлы емес симптомдар, антипаркинсонды препараттар.

### **Библиографическая ссылка:**

*Кунафина Д.Р., Каймак Т.В.* Болезнь Паркинсона и проблемы терапии пролеченных стационарных случаев в Университетском госпитале Государственного медицинского университета города Семей за 2013-2018 годы // Наука и Здравоохранение. 2018. 6 (Т.20). С. 131-137.

*Kunafina D.R., Kaimak T.V.* Parkinson's disease and the problems of treatment of treated stationary cases in the state medical university hospital of Semey for 2013-2018. *Nauka i Zdravookhranenie* [Science & Healthcare]. 2018, (Vol.20) 6, pp.131-137.

*Кунафина Д.Р., Каймак Т.В.* Паркинсон ауруы және Семей қаласының Мемлекеттік медицина университетінің Университеттік госпиталінде 2013-2018 жылдары емделген жағдайлардың терапиясының мәселелері // Ғылым және Денсаулық сақтау. 2018. 6 (Т.20). Б. 131-137.

**Актуальность.** Болезнь Паркинсона в настоящее время рассматривается как один из наиболее распространённых неврологических синдромов пожилого возраста [13]. Традиционные ранее сложившиеся представления о болезни Паркинсона (БП), как исключительно двигательном расстройстве, обусловленном дегенерацией дофаминергических нейронов nigrostriарной системы, которое характеризуется сочетанием тремора покоя, экстрапиримидной ригидности, акинезии и постуральной

неустойчивости, в последние годы были пересмотрены [12]. Установлено, что появление основных двигательных симптомов БП указывает на поражение 60% дофаминергических нейронов. Но данная болезнь имеет большой круг не двигательных расстройств, отягощающих течение БП [4]. В связи с этим обнаружение ранних (немоторных) проявлений заболевания имеет большое практическое значение [18]. БП считается прогрессирующим мультисистемным заболеванием, вовлекающим несколько ведущих

медиаторных систем - дофаминергическую, норадренергическую, серотонинергическую и холинергическую системы, и дающая, как следствие, их поражение с широким спектром моторных и немоторных (вегетативных, диссомнических, сенсорных, нервно-психических) проявлений [10]. Эпидемиологические исследования указывают на то, что болезнь Паркинсона наблюдается во всех этнических группах и встречается с равной частотой у мужчин и женщин. По данным ВОЗ, в мире страдают БП более 4 млн. человек. При этом неуклонно растет число случаев заболевания и увеличивается количество больных в возрасте от 30 до 40 лет [9]. Заболеваемость составляет около 20 на 100 000 населения, распространенность – 120-180 на 100 000 и достигает 1% в популяции лиц старше 60 лет. Чаще всего первые симптомы болезни появляются между 50-60 годами. Но яркая клиника заболевания встречается, как правило, в пожилом и старческом возрасте. Общая заболеваемость как количество случаев БП на 100 000 населения в год имеет следующий диапазон: Северная Америка: США 11,1-20,5; Канада 8,0-19,3; Азия: Восточная Азия: Китай 1,5; Япония 10,3-16,9; Юго-Восточная Азия: Сингапур 32, Тайвань 10,4; Австралия: 84 (в группе старше 55 лет); Европа: Западная Европа: Австрия 7; Италия 10-32,6,3; Испания 186,8; Норвегия 12,6; Великобритания 19; Нидерланды 11,5; Италия 10,1; Швеция 7,9; Финляндия 14,9; Исландия 16; Восточная Европа: Эстония 16,8; Польша 12,6; Россия 1,88-16,3. [2]. Среди всех причин БП составляет 67-80%, мультисистемные дегенерации – 25%, болезнь диффузных телец Леви – 8 -12%, мультисистемная атрофия – 4-8%, прогрессирующий надъядерный паралич 4-7%, сосудистый паркинсонизм 3-8%, лекарственный – 2-12%, токсический – 0,6-1%, посттравматический - <1%; постэнцефалический - < 1%; опухолевый - < 1%; гидроцефальный паркинсонизм - < 1%. Болезнь Паркинсона имеет моногенную природу, представляя собой заболевание с аутосомно-доминантным наследованием [24]. По данным проведенных исследований, в ряде случаев удается найти связь генной мутации с развитием БП. В частности, мутация  $\alpha$  – синуклеина, богатой лейцином киназы – 2, гена паркина, DJ -1 приводит к развитию семейных случаев БП [13]. Последний, совсем недавно открытый ген (LRRK2) имеет особое значение, поскольку он может обуславливать до 1% всех случаев болезни Паркинсона в популяции - в том числе (поскольку пенетрантность гена не превышает 70%) при отсутствии четкого семейного анамнеза [19].

Важно отметить, что большую роль играет неспецифический характер жалоб у больных БП, на которые иногда не обращают достаточного внимания, хотя это является немоторными симптомами паркинсонизма. Это могут быть головная боль, головокружение, боли в шее, плечевом поясе, спине, утомляемость, запоры. Отсутствие у врача осторожности в отношении наличия у пациентов симптомов БП приводит к тому, что больные длительное время амбулаторно ведутся с диагнозами дисциркуляторная энцефалопатия, остеохондроз, наблюдаются у гастроэнтеролога [3].

**Целью** исследования было проанализировать клинико-диагностические подходы пролеченных случаев БП и схемы базового стационарного лечения данной патологии в неврологическом отделении Университетского госпиталя Государственного медицинского университета города Семей за 2013 – 2018 годы в соответствии с клиническим протоколом РЦРЗ от 29 ноября 2016 года, а также выявить возможные проблемы лечения данной нозологии в условиях госпиталя.

**Задачей исследования** являлось выявление возможных особенностей гендерного и клинического течения БП среди пролеченных пациентов, а также определение проблемных зон в терапевтических алгоритмах стационарного лечения данного заболевания.

**Материалы и методы:** Изучены медицинские карты (в количестве 118 МКСБ) стационарных больных, в возрасте от 29 лет до 80 лет, получавших лечение в неврологическом отделении УГ ГМУ г. Семей и данные их клинического осмотра в динамике с 2013-2018 годы. Клиническая диагностика БП осуществлялась в соответствии с международными критериями от 2015 года (Великобритания): наличия гипокинезии и не менее одного из двух основных симптомов – тремора покоя и ригидности [7,14,23]. Клинически «достоверная» БП диагностировалась в случае, если в клинической картине отсутствовали абсолютные критерии исключения; присутствовали два или более подтверждающих критериев; отсутствовали «красные флаги» [7, 14]. Абсолютные критерии исключения были представлены как [21] выраженные мозжечковые симптомы; паралич вертикального зрения или вертикальные саккады; признаки лобно-височной деменции или первичной прогрессирующей афазии в первые 5 лет заболевания; проявления паркинсонизма ограничиваются нижними конечностями в течение более трех лет; отсутствие ответа на высокие дозы леводопы; нарушение высших корковых форм расстройств чувствительности [1,7]. А также повторные инсульты, черепно – мозговые травмы, энцефалит в анамнезе, лечение нейролептиками, опухоль головного мозга, ранние лекарственные дискинезии, дистонии (на 1-м, 2-м году болезни) [13].

Нами использовалась классификация стадий паркинсонизма по Хён и Яру, опубликованная в 1967 году в журнале *Neurology* Маргарет Хён (англ. *Hoehn*) и Мелвином Яром (англ. *Yahr*), которая описывает 5 стадий прогрессирования болезни Паркинсона (1 - 5), модифицированная, с дополнениями стадиями 0, 1,5 и 2,5 [22].

*Детализированная шкала Хен и Яр:*

- Стадия 0 - нет признаков заболевания;
- Стадия 1 - симптомы проявляются на одной из конечностей;
- Стадия 1,5 - симптоматика проявляется на одной из конечностей и туловище;
- Стадия 2 - двусторонние проявления без постуральной неустойчивости;
- Стадия 2,5 - двусторонние проявления с постуральной неустойчивостью. Больной способен преодолевать инерцию движения, вызванную толчком;

- Стадия 3 - двусторонние проявления. Постуральная неустойчивость. Больной способен к самообслуживанию;

- Стадия 4 - обездвиженность, потребность в посторонней помощи. При этом больной способен ходить и/или стоять без поддержки;

- Стадия 5 - больной прикован к креслу или кровати. Тяжёлая инвалидизация [11].

В работе использовались ретроспективно-проспективный клинико-неврологический, параклинический и статистические методы исследования. Анализ результатов проводили с помощью персонального компьютера с использованием пакета прикладных программ Microsoft Excel XP и StatSoft Statistica v6.0, с применением параметрических и непараметрических методов вариационной статистики. Корреляционную зависимость определяли с помощью уравнения корреляции Спирмена и уравнения Пирсона с оценкой их статистической достоверности. Достоверность различий определяли по t-критерию Стьюдента, различия считали достоверными при  $p < 0,05$ . Число случаев рассчитывали по следующей

формуле:  $\bar{P} = \frac{m}{n} * 100\%$ , где  $m$  – частота интересующего признака, а  $n$  – число наблюдений. Также рассчитывали среднеквадратичную ошибку ( $m_{\bar{P}}$ )

наблюдений по формуле:  $m_{\bar{P}} = \sqrt{\frac{\bar{P} * (100 - \bar{P})}{n}}$ , (%).

Исследование инициативное. Информированное согласие пациентов на участие в исследовании ретроспективных пациентов не требовалось, т.к. использовались медицинские карты выбывших больных; согласие на работу в архивном центре УГ ГМУ г. Семей было предоставлено руководством УГ ГМУ г. Семей и одобрено. Информированное согласие проспективно набранных пациентов имеется и закреплено в МКСБ.

#### Результаты и их обсуждение:

У всех пролеченных в отделении неврологии пациентов отмечались подтверждающие критерии БП (критерии включения) согласно рекомендациям Банка Мозга Общества Великобритании: [21] очевидный и драматический ответ на дофаминергическую терапию; наличие леводопа – индуцированных дискинезий; тремор покоя в конечностях; гипосмия или сердечная симпатическая денервация по данным сцинтиграфии сердца [7].

Средний возраст составил  $60,6 \pm 7,74$  года.

Общая характеристика пациентов по половым и возрастным признакам представлена в таблице 1.

Таблица 1.

#### Распределение пациентов по полу – возрастному признаку.

Возраст, в годах	Мужчины n=69	Женщины n=49	Итого n=118
Минимальный	29	41	29
Максимальный	80	79	80
Средний	$59,74 \pm 8,15$ года	$60,96 \pm 7,18$ года	$60,6 \pm 7,74$ года

В международной практике в зависимости от преобладания в клинической картине того или иного моторного симптома выделяют следующие три основных формы БП: [15] *смешанная (акинетико-ригидно-дрожательная) форма* характеризуется наличием всех трех основных двигательных симптомов в переменном соотношении. На ее долю приходится 60-70% случаев БП.

*Акинетико-ригидная форма* характеризуется выраженными признаками гипокинезии и ригидности, к которым обычно рано присоединяются нарушения ходьбы и постуральная неустойчивость. Тремор покоя отсутствует или выражен минимально, но может выявляться постуральный тремор. На долю этой формы приходится 15-20% случаев БП [20]. *Дрожательная форма* характеризуется доминированием в клинической картине дрожательного гиперкинеза, который обычно бывает представлен как тремором покоя, так и постурально-кинетическим тремором. Признаки гипокинезии и ригидности присутствуют, но обычно уходят на второй план. На долю этой формы приходится 5-10% случаев БП [6,15].

Группы мужчин и женщин имели статистически незначимые отличия по возрасту -  $p > 0,05$ .

По характеру расстройств выявлено: у 78 пациентов (66,1%) - ригидно-дрожательная форма (мужчины - 42, женщины - 36); у 33 (28%) - акинетико-дрожательная форма (мужчины - 22, женщины - 11); 7 пациентов (5,9%) имели дрожательную форму (мужчины - 5, женщины - 2). (Рис. 1.)

Среди обследованной группы пациентов, согласно классификации по степени инвалидизации Хен и Яр, клинически определялись в отделении неврологии УГ ГМУ г. Семей следующие соотношения по стадиям:

I стадия у 14 пациентов- 11,9% (мужчины - 6, женщины - 8);

II стадия у 27 пациентов-22, 9% (мужчины - 17, женщины - 10);

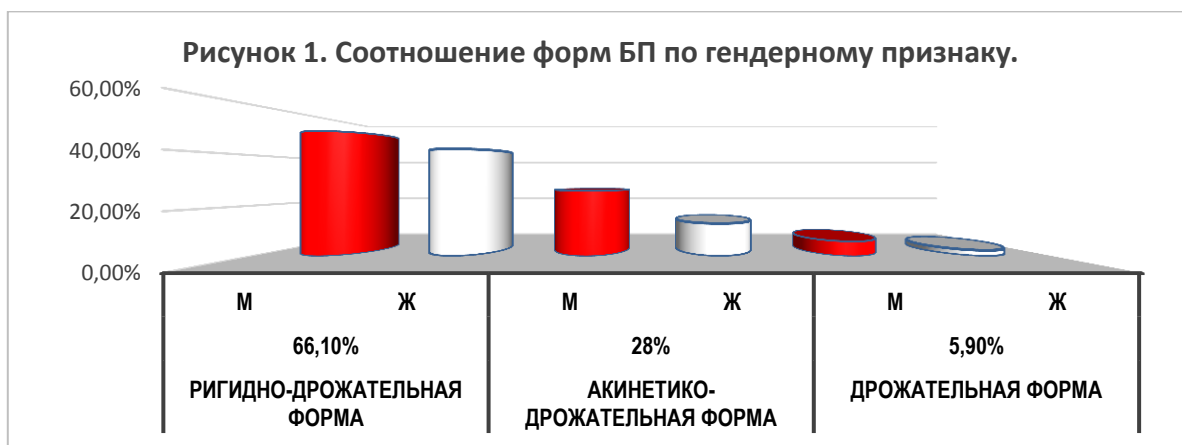
III стадия у 56 пациентов- 47, 5% (мужчины - 32, женщины - 24);

IV стадия у 20 пациентов - 16,9% (мужчины - 13, женщины - 7)

V стадия у 1 пациентов - 0,8 % (мужчины - 1, женщины - 0).

Анализ выявил, что значительно преобладают пациенты с инвалидизирующими расстройствами II, III, IV групп - всего 103 человека (87,3 %), из них мужчин 62 (60,2%), женщин - 41 (39,8%).

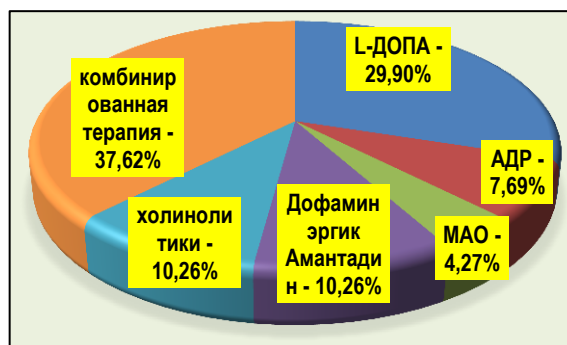
Непосредственной причиной инвалидизации в нашем случае были, как двигательные симптомы БП (гипокинезия, ригидность, тремор, постуральная неустойчивость, нарушения ходьбы), ограничивающие мобильность пациента и способность к выполнению тонких движений, так и немоторные проявления (прежде всего общемозговые расстройства – головная боль, несистемное головокружение, общая слабость, вегетативные и психические дисфункции, ортостатическая гипотензия), которые затрудняли постановку диагноза на ранних сроках выявления болезни, что совпадает с литературными данными [17].



Также нами учитывалось, что при анализе анамнестических данных степень инвалидизации менялась, как правило, в прогрессирующую сторону, и только у единиц оставалась стабильной. Важно, что в медицинских картах стационарных больных в 100% случаев описывались немоторные симптомы БП,отяжеляющие состояние пациентов, которые в дальнейшем не выносились в диагноз, и, как правило, не коррегировались медикаментозно. Также мы учитывали, что важнейшим фактором, влияющим на тяжесть состояния пациента с БП и дающим высокую инвалидизацию, является наличие флуктуаций и дискинезий, связанных с длительным приемом препаратов леводопы, который в группе обследованных составлял 42,4% - 50 пациентов, что также соизмеримо с литературными данными [16]. Как правило, это требует коррекции в базовой схеме препаратов, с назначением в зависимости от возраста до 50 лет - комбинации из двух препаратов MAO-B + амантадин/АДР, либо комбинации MAO-B + АДР + амантадин, при необходимости с заменой АДР и добавлением холинолитика в случаях тремора; 50 - 70 лет – MAO-B + АДР+ леводопа, при необходимости амантадин; в группе после 70 лет – при наличии умеренного и выраженного моторного дефекта с двигательными флуктуациями и дискинезиями к базовому лечению леводопы, увеличенной в дозе до оптимального уровня 600 мг/сут. добавлять MAO –В или АДР, ингибитор КОМТ [7].

Однако, при анализе схем лечения у пациентов пролеченной в стационаре группы выявлено, что из 5 групп противопаркинсонических препаратов использовались не все. У 73 пациентов, преимущественно мужчин имела место монотерапия. При этом: L-ДОПА принимали 35 пациентов (29,9%) с хорошим эффектом, но выраженными побочными эффектами, АДР – 9 пациентов (7,69%) с удовлетворительным эффектом, MAO – 5 (4,27%) – с удовлетворительным эффектом и небольшими побочными, Дофаминэргик Амантадин – 12 (10,26%) – с хорошим эффектом только в начале терапии, холинолитики -12 (10,26%) – с удовлетворительным эффектом, но с грубыми побочными эффектами в виде галлюцинаций, бессонницы, нарушений со стороны кишечного тракта. Остальные 45 (37,62%) пациентов получали разновидности комбинированной терапии.

(см. Рис. 2). Однако общий эффект терапии у пациентов по окончании стационарного лечения не превышал удовлетворительный, вследствие выраженных побочных эффектов на фоне базовой терапии. Кроме этого в 80% случаев не соблюдался принцип возрастного подбора антипаркинсонических препаратов, что пациенты объясняли экономическими и семейными трудностями, отсутствием в бесплатном фонде Республики Казахстан выбора препаратов, при наличии, как правило, леводопы/карбидопы.



**Рисунок 2. Соотношение групп антипаркинсонических препаратов.**

Положительной стороной данного исследования является честный анализ, позволивший выявить недостаточное оснащение противопаркинсоническими препаратами, при назначении терапии не учитывался возраст пациента и особенности течения заболевания, так как в наличии не представлены самые последние группы, рекомендованные больным пожилого возраста. Однако, это же является отрицательной стороной данного исследования, потому что, выявив данную группу мы не можем повлиять на ситуацию в целом, то есть назначение более современных препаратов из-за их отсутствия, а часто из-за того, что после применения препаратов леводопы развивается лекарственная резистентность к другим группам препаратов, и в последствии, положительный терапевтический эффект достигается только при назначении препаратов леводопы.

**Выводы:**

1. В стационаре с 2013-2018 гг. преобладали больные с тяжелой формой болезни Паркинсона (II, III, IV стадии по Хен и Яр) - 87,3%, с доминированием у мужчин 58,5% (из 118 пациентов).

2. Имеющиеся в 100% случаев немоторные симптомы БП, как правило, у пациентов рассматриваются в рамках хронической ишемии головного мозга, не учитываются какотяжеляющий фактор болезни Паркинсона и не выставляются в диагноз как осложнения БП.

3. При подборе препаратов в большинстве случаев не учитывается возраст пациента и международные рекомендуемые схемы комбинированной терапии для данного возраста. Большинство пролеченных в УГ ГМУ г. Семей идут на монотерапии препаратами L-ДОПА - 35 (29,9%), или в их в комбинации L-ДОПА + Холинолитики (циклодол) - 13 (11.1%), что обусловлено социально-экономическими факторами, и часто не соответствует клиническому протоколу РК.

**Конфликт интересов.**

Авторы статьи декларируют отсутствие конфликта интересов.

**Финансирование.**

Работа является инициативной и не имеет никакой финансовой поддержки со стороны третьих лиц.

Ни одна из частей данной работы не были опубликованы в других печатных изданиях и не находятся на рассмотрении в других издательствах.

**Литература:**

1. *Артемов Д.В., Левин О.С., Бриль Е.В., Кулуа Т.К.* Болезнь Паркинсона: современные подходы к диагностике и лечению // Практическая медицина. – М., 2017. Том 1. 48 с.
2. *Байрамукова А.М., Ажахметова А.К., Карпов С.М.,* Эпидемиология болезни Паркинсона в различных странах мира // Успехи современного естествознания. 2013. № 9. С. 20-21
3. *Василенко А.Ф., Шамуров Ю.С., Костенкова Л.Ю.* Болезнь Паркинсона в общей врачебной практике: клинико-диагностические подходы. Челябинск, 2010. 38 с.
4. *Ершова М.В., Иванова Е.О., Иллариошкин С.Н.* Болезнь Паркинсона и нейротрофический гомеостаз // Актуальные вопросы неврологии. 2018. - 35 с.
5. *Кузнецов Н.В., Гусев Е.И.* Болезнь Паркинсона и сосудистый паркинсонизм. Дифференциальная диагностика и лечение. М., 2009. С. 10-12
6. *Левин О.С., Артемов Д.В., Бриль Е.В.* Болезнь Паркинсона: современные подходы к диагностике и лечению // Практическая медицина. 2017. Т.1. 48с.
7. *Левин О.С., Федорова Н.В.* Болезнь Паркинсона, монография 5 е издание. – М. Медпресс, 2015. 352с.
8. *Левин О.С., Штупльман Д.Р.* Неврология. Болезнь Паркинсона. – М., 2014. 613 с.
9. *Пугачева В.С., Вышлова И.А., Муравьев К.А.* Статистические закономерности болезни Паркинсона. Ставропольский государственный медицинский университет. Ставрополь. 2012. 98 с.
10. *Пономарев В.В., Мазуренко Е.В.* Диагностика болезни Паркинсона на ранних стадиях заболевания // Медицинские новости. Минск, 2012. №1. С.13.
11. Республиканский центр развития здравоохранения МЗ РК. Версия: Клинические протоколы МЗ РК – 2016 Категории МКБ: Болезнь Паркинсона (G20), Другие уточненные дегенеративные болезни базальных ганглиев (G23.8). Разделы

медицины: Неврология. www.rcrz.kz (Дата обращения: 12.06.2018)

12. *Скрипкина Н.А., Левин О.С.* Феномен застывания при ходьбе у пациентов с болезнью Паркинсона // Экстрапирамидные расстройства вчера, сегодня, завтра. Сборник статей – М., 2013. С.95
13. *Садоха К.А., Мазуренко Е.В.* Болезнь Паркинсона: некоторые аспекты патогенеза и эффективное лечение // Вопросы аттестации и повышения квалификации. Медицинские новости – Минск, 2012. №10. С. 35.
14. *Федорова Н.В.* Болезнь Паркинсона: диагностика и лечение // Неврология в терапевтической практике, 2016. №1. С.14.
15. *Федотова Е.Ю., Иванова Е.О.* Болезнь Паркинсона и подходы к ее лечению // Лечащий врач. 2017. С.35-39.
16. *Чигирь И.П.* Подходы к лечению декомпенсаций болезни Паркинсона: автореферат. канд.мед.наук. М., 2001. 24 с.
17. *Шиндряева Н.Н., Старовойтова И.М., Левин О.С.* Клинико-функциональные критерии при определении степени утраты трудоспособности и группы инвалидности у пациентов с болезнью Паркинсона. В кн.: Экстрапирамидные расстройства – вчера, сегодня, завтра. – М., 1997. С.192-197.
18. *Feamy J.M., Lees A.J.* Ageing, neurodegeneration and Parkinson's disease // Brain. 1991. Vol. 114. P. 2283-2301.
19. *Foroud T.* Clinical genetic and biochemical analysis of Parkinson's disease // Neurology. 2005. V. 65. P. 664.
20. *Gilhus N.E., Barnes M.P., Brainin M.* "Клинические рекомендации по неврологии Европейской федерации неврологических обществ. Научный ред. Никитин С. С. Издательство "АБВ-пресс М., 2012. С. 271–334.
21. *Gibb W.R., Lees A.J.* The relevance of the Lewybody to the pathogenesis of idiopathic Parkinson's disease // J Neurol Neurosurg Psychiatry. 1988. 51: 745-52. doi: 10.1136/jnnp.51.6.745
22. *Goetz C.G., Poewe W., Rascol O., Sampaio C., Stebbins G.T., Counsell C., Giladi N., Holloway R.G., Moore C.G., Wenning G.K., Yahr M.D., Seidl L.* Movement Disorder Society Task Force report on the Hoehn and Yahr staging scale: status and recommendations // Mov Disord. 2004. T. 19. C. 1020—1028.
23. *Postuma R.B., Berg D., Stern M., et al.* MDS Clinical Diagnostic Criteria for Parkinson's Disease // Movement Disorders 2015. V. 30. № 12. P. 1591-1599
24. *Vila M., Przedborski S.* Parkinson disease // Nat. Med. 2004. V. 10. Suppl. S58.

**References:**

1. *Artem'ev D.V., Levin O.S., Bril' E.V., Kulua T.K.* Bolezn' Parkinsona: sovremennye podkhody k diagnostike i lecheniyu [Parkinson's Disease: Modern Approaches to Diagnosis and Treatment]. *Prakticheskaya meditsina* [Practical medicine]. 2017. T.1. pp.48 [in Russian]
2. *Bairamukova A.M., Azhahmetova A.K., Karpov S.M.* Epidemiologiya bolezni Parkinsona v razlichnykh stranakh mira [Epidemiology of Parkinson's disease in different countries of the world]. *Uspekhi sovremennogo*

estestvoznaniya [Successes of modern science]. 2013. № 9. pp. 20-21. [in Russian]

3. Vasilenko A.F., Shamurov Ju.S., Kostenkova L.Yu. Bolezn' Parkinsona v obshhei vrachebnoi praktike: kliniko-diagnosticheskie podkhody [Parkinson's disease in general practice: clinical and diagnostic approaches]. Chelyabinsk, 2010. P. 38. [in Russian]

4. Ershova M.V., Ivanova E.O., Illarioshkin S.N. Bolezn' Parkinsona i neirotroficheskii gomeostaz [Parkinson's Disease and Neurotrophic homeostasis]. *Aktual'nye voprosy nevrologii* [Topical issues of neurology]. 2018. – 35p. [in Russian]

5. Kuznetsov N.V., Gusev E.I. *Bolezn' Parkinsona i sosudisty Parkinsonizm. Differentsial'naya diagnostika i lechenie* [Parkinson's disease and vascular parkinsonism. Differential diagnosis and treatment]. 2009. pp. 10-12. [in Russian]

6. Levin O.S., Artem'ev D.V., Bril' E.V. Bolezn' Parkinsona: sovremennye podkhody k diagnostike i lecheniyu [Parkinson's Disease: Modern Approaches to Diagnosis and Treatment]. *Prakticheskaya meditsina*. M., 2017. T.1. 48p. [in Russian]

7. Levin O.S., Fedorova N.V. *Bolezn' Parkinsona* [Parkinson's disease]. Monografiya 5 e izdanie. – M. MEDPRESS, 2015. – 352p. [in Russian]

8. Levin O.S., Shtul'man D.R. Bolezn' Parkinsona [Parkinson's disease]. *Nevrologiya* [Neurology]. 2014. 613 p. [in Russian]

9. Pugacheva V.S., Vyshlova I.A., Murav'ev K.A., Statisticheskie zakonomernosti bolezni Parkinsona [Statistical patterns of Parkinson's disease]. *Stavropol'skii gosudarstvennyi meditsinskii universitet*. Stavropol'. 2012. 98 p. [in Russian]

10. Ponomarev V.V., Mazurenko E.V. Diagnostika bolezni Parkinsona na rannikh stadiyakh zabolevaniya [Diagnosis of Parkinson's disease in the early stages of the disease]. *Meditsinskie novosti* [Medical news]. Minsk, 2012. №1. 13p. [in Russian]

11. Respublikanskii tsentr razvitiya zdavookhraneniya MZ RK. Versiya: Klinicheskie protokoly MZ RK – 2016. Kategorii MKB: Bolezn' Parkinsona (G20), Drugie utochnennye degenerativnye bolezni bazal'nykh gangliiv (G23.8) Razdely meditsiny [Parkinson's Disease (G20), Other specified degenerative diseases of the basal ganglia (G23.8)]: *Nevrologiya* www.rcrz.kz (accessed: 12.06.2018). [in Russian]

12. Skripkina N.A., Levin O.S. Fenomen zastyvaniya pri hod'be u patsientov s boleznyu Parkinsona [The phenomenon of freezing when walking in patients with Parkinson's disease]. *Ekstrapiramidnye rasstroistva: vchera, segodnya, zavtra. Sbornik statei* [Extrapiramidal disturbance: yesterday, today, tomorrow]. M., 2013. 95p. [in Russian]

13. Sadokha K.A., Mazurenko E.V. Bolezn' Parkinsona: nekotorye aspekty patogeneza i effektivnoe lechenie [Parkinson's Disease: Some Aspects of Pathogenesis and Effective Treatment]. *Voprosy attestatsii i povysheniya kvalifikatsii. Meditsinskie novosti* [Issues of certification and advanced training. Medical news]. Minsk, 2012. №10. P. 35. [in Russian]

14. Fedorova N.V. Bolezn' Parkinsona: diagnostika i lechenie [Parkinson's Disease: Diagnosis and Treatment]. *Nevrologiya v terapevticheskoi praktike* [Neurology in therapeutic practice]. 2016. №1. P. 14. [in Russian]

15. Fedotova E.Yu., Ivanova E.O. Bolezn' Parkinsona i podkhody k yeye lecheniyu [Parkinson's disease and approaches to its treatment]. *Lechashhii vrach* [Therapist]. M., 2017. P.3. [in Russian]

16. Chigir' I.P. Podkhody k lecheniyu dekompensatsii bolezni Parkinsona [Approaches to the treatment of Parkinson's disease decompensation]: avtoreferat diss. kand.med.nauk. – M., 2001. 24 p. [in Russian]

17. Shindryaeva N.N., Starovoitova I.M., Levin O.S. *Kliniko-funktsional'nye kriterii pri opredelenii stepeni utraty trudosposobnosti i gruppy invalidnosti u patsientov s boleznyu Parkinsona*. [Clinical and functional criteria for determining the degree of disability and disability in patients with Parkinson's disease] V kn.: *Ekstrapiramidnye rasstroistva – vchera, segodnya, zavtra*. [Clinical and functional criteria for determining the degree of disability and disability in patients with Parkinson's disease]. M. pp.192-197. [in Russian]

18. Feamly J.M., Lees A.J. Ageing, neurodegeneration and Parkinson's disease. *Brain*. 1991. Vol. 114. P. 2283-2301.

19. Foroud T. Clinical genetic and biochemical analysis of Parkinson's disease. *Neurology*. 2005. V. 65. P. 664.

20. Gilhus N.E., Barnes M.P., Brainin M., Nikitin S. *Klinicheskie rekomendatsii po nevrologii Evropeiskoi federatsii nevrologicheskikh soobshhestv*. Izdatel'stvo "ABV-press". M., 2012. pp. 271–334.

21. Gibb Sh.R., Lees A.J. The relevance of the Leshhybody to the pathogenesis of idiopathic Parkinson's disease. *J Neurol Neurosurg Psychiatry*. 1988. 51: 745-52. doi: 10.1136/jnnp.51.6.745

22. Goetz C.G., Poeshhe Sh., Rascol O. Sampaio C., Stebbins G.T., Counsell C., Giladi N., Holloshay R.G., Moore C.G., Shhenning G.K., Jahr M.D., Seidl L. Movement Disorder Society Task Force report on the Hoehn and Jahr staging scale: status and recommendations. *Mov Disord*. 2004. T. 19. pp. 1020-1028.

23. Postuma R.B., Berg D., Stern M., et al. MDS Clinical Diagnostic Criteria for Parkinson's Disease. *Movement Disorders*. 2015. V. 30. № 12. pp. 1591-1599

24. Vila M., Przedborski S. Parkinson disease. *Nat. Med*. 2004. V. 10. Suppl. S.58.

#### Контактная информация:

**Каймак Татьяна Владимировна** - доцент, заведующая кафедрой неврологии и нейрофизиологии Государственного медицинского университета города Семей, г. Семей, Республика Казахстан

**Почтовый адрес:** 071400, Республика Казахстан, г. Семей, улица Абая 103.

**E-mail:** tatyn@mail.ru

**Телефон:** +7 (747) 473 93 55