

Паркинсонизм в Ярославской области: клинико-эпидемиологические аспекты и опыт работы специализированного кабинета

Н.В. Пизова, М.А. Быканова, Е.В. Курапин, А.Ю. Ковальчук

Ярославская государственная медицинская академия (Ярославль)

Цель исследования: изучить клинико-эпидемиологические аспекты паркинсонизма в Ярославской области. С 2007 по 2010 гг. в кабинете двигательных расстройств амбулаторно обследовано 1000 больных. Используются стандартные критерии диагностики различной экстрапирамидной патологии и следующие шкалы: UPDRS, функциональная шкала Хен–Яра, шкала Шваба–Ингланда. По итогам наблюдений, 53% пациентов с двигательными нарушениями были из Ярославля и 37% – из Ярославской области. 474 (47%) пациентам выставлен диагноз болезни Паркинсона, 62 (6,2%) – диагноз сосудистого паркинсонизма, 17 (1,7%) – паркинсонизма-плюс, 8 (0,8%) – нейролептического паркинсонизма, 1 (0,1%) – постэнцефалитического паркинсонизма и 1 (0,1%) – паркинсонизма вследствие опухоли. Среди пациентов с болезнью Паркинсона преобладали женщины (1 : 1,5). Большинство пациентов (71%) было в возрасте от 60 до 75 лет. У 18% больных имела место 5-я стадия заболевания, у 50% – 2-я стадия, у 27% – 3-я стадия, у 5% – 4-я стадия. Преобладала смешанная форма (71%), реже встречались акинетико-ригидная (23%) и дрожательная формы (5%). В 58% случаев отмечен средний темп прогрессирования, в 22% – быстрый и в 20% – медленный. Полученные результаты в целом соответствуют международным данным. Работа специализированного кабинета двигательных расстройств способствует улучшению диагностики, лечения и качества жизни пациентов с болезнью Паркинсона.

Ключевые слова: паркинсонизм, эпидемиология, клиника, Ярославская область, специализированный кабинет

Паркинсонизм – это один из наиболее часто встречающихся в клинической практике неврологических синдромов, который может быть проявлением нескольких десятков заболеваний головного мозга, из которых наиболее частой причиной является болезнь Паркинсона (БП) [14, 18, 26]. Максимальная распространенность паркинсонизма достигает 500 человек на 100 000 населения. По данным эпидемиологического исследования паркинсонизма в России, проведенного в начале 70-х годов по обращаемости, распространенность паркинсонизма составила 63,9 на 100 000 населения и 184,6 на 100 000 населения старше 40 лет [10]. По данным сплошного продленного во времени российского исследования 2004 г. распространенность БП в популяции составляет 268,3 на 100 000 населения старше 40 лет [6].

таблица 1: Показатели распространенности БП в ряде зарубежных стран.

Страна, континент	Распространенности болезни Паркинсона
Китай	14,6 на 100000 населения [41]
Ливия	31,4 на 100000 населения [20]
Тайвань	130,1 на 100000 населения [28]
Европа	160,0 на 100000 населения [30]
Италия	326,3 на 100000 населения [21]
Индия	328 на 100000 населения [23]

Показатели распространенности БП по результатам зарубежных исследований представлены в табл. 1.

Основным фактором, влияющим на уровень распространенности паркинсонизма, является возраст [1, 4, 23, 37]. Во всех исследованиях показано, что до 50 лет паркинсонизм и БП встречаются редко, но с возрастом показатели распространенности и заболеваемости неуклонно растут. В возрасте старше 65 лет каждый сотый человек страдает паркинсонизмом, который является одной из основных причин инвалидизации пожилых людей.

В настоящее время определены четкие критерии диагностики болезни Паркинсона и других заболеваний, сопровождающихся синдромом паркинсонизма [3, 8, 13], предложен протокол ведения больных с болезнью Паркинсона, разработаны новые группы противопаркинсонических препаратов, предложены современные схемы лечения, появились новые возможности коррекции осложнений терапии леводопой. Все это позволило уменьшить инвалидизацию, существенно улучшить качество и продолжительность жизни этой группы больных [15–17].

С целью улучшения диагностики и лечения этого социально значимого заболевания департамент здравоохранения г. Ярославля 8 августа 2007 года издал приказ № 887 об официальном открытии кабинета помощи больным паркинсонизмом. Консультативный прием организован на базе Областной поликлиники г. Ярославля с 8 августа 2007 года. Врачи поликлиник и стационаров города и области активно направляли всех пациентов с подозрением на

любое экстрапирамидное расстройство в кабинет помощи для решения диагностических вопросов, подбора терапии и дальнейшего динамического наблюдения.

Диагностика болезни Паркинсона проводилась на основе клинико-диагностических критериев Банка Головного Мозга Общества болезни Паркинсона Великобритании [30]. Диагностика болезни диффузных телец Леви проводилась в соответствии с критериями McKeith [35], диагностика мультисистемной атрофии – в соответствии с критериями Gilman [31], диагностика прогрессирующего надъядерного паралича – в соответствии с критериями NINDS-SPSP [34]. При диагностике сосудистого паркинсонизма использовались общепринятые критерии [7–9].

Данные на каждого больного с учетом всех посещений вносились в электронный регистр пациентов с экстрапирамидной патологией.

В период с 8 августа 2007 г. по 16 марта 2010 г. в кабинет экстрапирамидных расстройств направлено 1000 пациентов. Диагноз болезни Паркинсона подозревался в 520 случаях и у 338 (65%) из них был подтвержден. За клинические проявления болезни Паркинсона чаще других принимались симптомы эссенциального тремора – у 88 (17%) больных, реже – вторичного паркинсонизма (у 57 (11%) больных, из них у 9% имел место сосудистый и у 2% – другие формы паркинсонизма). У 10 (2%) пациентов выявлены другие виды тремора, у 8 (1,5%) пациентов – БДТЛ и у 16 (3%) пациентов – дистония.

С диагнозом сосудистого паркинсонизма направлено 420 (42%) пациентов, но подтвержден он только в 29 (7%) случаях. Чаще всего неврологи поликлиник принимали за проявления сосудистого паркинсонизма симптомы эссенциального тремора – у 239 (57%) пациентов и болезни Паркинсона – у 134 (32%) больных; другие формы тремора имели место у 2 пациентов.

Диагноз эссенциального тремора выставлен 415 (42%) больным, но из-за ошибок в диагностике 53% из них необоснованно принимали дорогостоящие противопаркинсонические препараты из списка ДЛО, которые не оказывали и не могли оказать никакого положительного влияния при этом заболевании, кроме эффекта плацебо.

Итоговая нозологическая структура паркинсонизма в Ярославской области представлена в табл. 2.

В зарубежных исследованиях на долю болезни Паркинсона приходится от 41,2% до 70,2% всех случаев паркинсонизма. По данным разных авторов, сосудистый паркинсонизм встречается у 2,5–23,5% пациентов, паркинсонизм с деменцией – у 2,3–17,6%, лекарственный паркинсонизм – у 5–22% [7, 13, 21, 24, 28, 33, 39].

Из всех выявленных нами случаев паркинсонизма болезнь Паркинсона отмечалась в 84,2%. Второе место занимал синдром сосудистого паркинсонизма (11%). Значительно реже по сравнению с болезнью Паркинсона встречались другие формы паркинсонизма, в том числе нейродегенеративные заболевания из группы «паркинсонизм-плюс», такие как болезнь диффузных телец Леви, мультисистемная атрофия и прогрессирующий надъядерный паралич (в сумме 2,9%). Их относительно малая доля в структуре паркинсонического синдрома закономерна, учитывая сложности прижизнен-

таблица 2: Нозологическая структура паркинсонизма в Ярославской области (n=563).

Нозологическая форма	Код МКБ	Абсолютное число	Процент
Болезнь Паркинсона	G 20	474	84,2
Сосудистый паркинсонизм	G 22*, I67.8	62	11
Болезнь диффузных телец Леви	G 23.8	9	1,5
Мультисистемная атрофия	G 23.3	2	0,4
Прогрессирующий надъядерный паралич	G 23.1	6	1,06
Нейролептический паркинсонизм	G 21.1	8	1,4
Постэнцефалитический паркинсонизм	G 21.3	1	0,17
Паркинсонизм вследствие опухоли головного мозга	G 21.8	1	0,17
Всего	–	563	100

ной постановки диагноза. Обращает внимание низкая встречаемость лекарственного (нейролептического) паркинсонизма – 1,4% выявленных случаев.

Одно из лидирующих мест среди других экстрапирамидных расстройств занимал эссенциальный тремор – 94%. Полагают, что данный подкорковый гиперкинез встречается в 2–3 раза чаще паркинсонизма [13, 14, 25]. Значительно реже имели место различные формы дистоний – от 1,8 до 1,1% случаев.

Нозологическая структура «непаркинсонической» экстрапирамидной патологии представлена в табл. 3.

Из обратившихся больных 53% были из Ярославля, 37% – из городов области.

таблица 3: Нозологическая структура «непаркинсонической» экстрапирамидной патологии.

Нозологическая форма	Код МКБ	Абсолютное число	Процент
Эссенциальный тремор	G 25.0	415	94
Краниальная дистония	G 24.5	8	1,8
Цервикальная дистония	G 24.3	7	1,6
Лекарственная дистония	G 24.0	5	1,1
Хорея Гентингтона	G 10	1	0,2
Синдром Туретта	F 95.2	1	0,2
Всего	–	437	100

Демографический состав обследованных пациентов с экстрапирамидной патологией представлен в табл. 4.

таблица 4: Демографический состав пациентов с экстрапирамидной патологией.

Нозологическая форма	Женщины		Мужчины		Жители Ярославля		Жители области		Доля лиц до 65		Доля лиц после 65	
	%	Абс.	%	Абс.	%	Абс.	%	Абс.	%	Абс.	%	Абс.
Болезнь Паркинсона	59,2	287	40,8	187	85	402	15	72	27	73		
Сосудистый паркинсонизм	50	31	31	50	70,9	44	29,1	18	19,35	80		
Нейролептический паркинсонизм	75	6	25	2	37,5	3	62,5	5	75	25		
Болезнь диффузных телец Леви	33	3	67	6	55	5	44	4	11	89		
Мультисистемная атрофия	50	1	50	1	100	2	0	0	50	50		
Прогрессирующий надъядерный паралич	33	2	67	4	100	6	0	0	50	50		
Постэнцефалитический паркинсонизм	-	1	-	0	-	0	-	1	100	-		
Паркинсонизм вследствие опухоли головного мозга	-	1	-	-	-	1	-	-	100	-		
Эссенциальный тремор	81,2	335	18,8	80	65	273	35	142	20	80		
Краниальная дистония	50	4	50	4	75	6	25	2	75	35		
Цервикальная дистония	57	4	47	3	57	4	47	3	100	0		
Лекарственная дистония	71	5	29	2	71	5	29	2	85	15		
Синдром Туретта	0	0	-	1	-	1	-	-	100	-		

По данным сплошного продленного во времени российского исследования 2004 г., в популяции старше 40 лет распространенность паркинсонизма среди мужчин составляет 256,7 на 100 000 населения, среди женщин – 277,2 на 100 000 [6]. Проспективное исследование, проведенное в Италии, показало, что распространенность болезни Паркинсона среди мужчин более чем в 2 раза выше, чем среди женщин [20], а в китайском исследовании – почти в 3 раза выше [41]. При анализе таблицы 4 очевидно, что в Ярославской области среди больных с болезнью Паркинсона преобладают женщины в среднем соотношении 1:1,5. Аналогичная картина наблюдалась в группе пациентов с эссенциальным тремором, соотношение по полу составило 1:4 в пользу женщин.

По данным большинства исследований, лекарственный паркинсонизм является единственным вариантом паркинсонизма, который, чаще встречается у женщин [20].

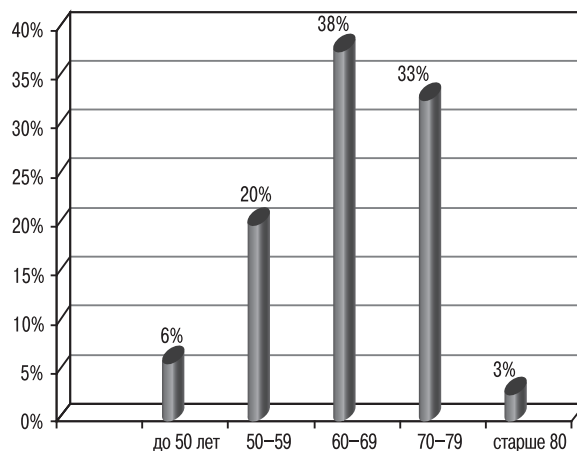


рис. 1: Распределение пациентов с болезнью Паркинсона по возрасту.

Нейролептический паркинсонизм по результатам нашего исследования у женщин встречался в 3 раза чаще по сравнению с мужчинами.

Анализируя возрастной аспект, можно отметить, что значительная доля больных старше 65 лет отмечалась в группах с болезнью Паркинсона (соотношение 1:2,7 в пользу лиц старше 65 лет), сосудистым паркинсонизмом (1:4), болезнью диффузных телец Леви (1:8). Преобладающее большинство пациентов в возрасте до 65 лет имели диагнозы постэнцефалитического паркинсонизма, синдрома паркинсонизма вследствие опухоли головного мозга, нейролептического паркинсонизма (1:3), различных вариантов дистоний и синдромом Туретта.

Основная доля пациентов с болезнью Паркинсона приходилась на возрастной период от 60 до 75 лет (рис. 1).

Степень тяжести у пациентов с болезнью Паркинсона была оценена по шкале Хен-Яра [32]. Распределение больных по данному показателю представлено на рис. 2.

Преобладание пациентов со второй стадией болезни (50%) по сравнению с первой (17%) свидетельствует о том, что заболевание часто остается нераспознанным на начальном этапе. Большинство больных (77%) на момент исследования находилось на второй и третьей стадиях заболевания. Аналогичные пропорции числа больных с разными стадиями заболевания прослеживаются в крупных эпидемиологических исследованиях, проведенных в Китае, Италии, США [20, 21, 27, 38, 41].

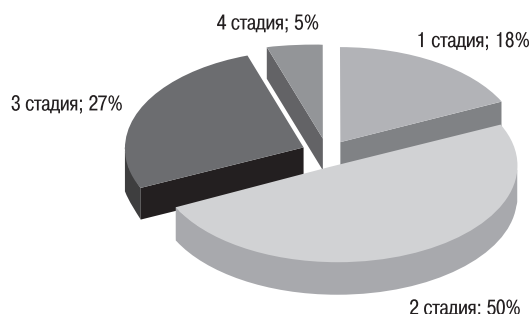


рис. 2: Распределение больных с болезнью Паркинсона по функциональным стадиям Хен-Яра.

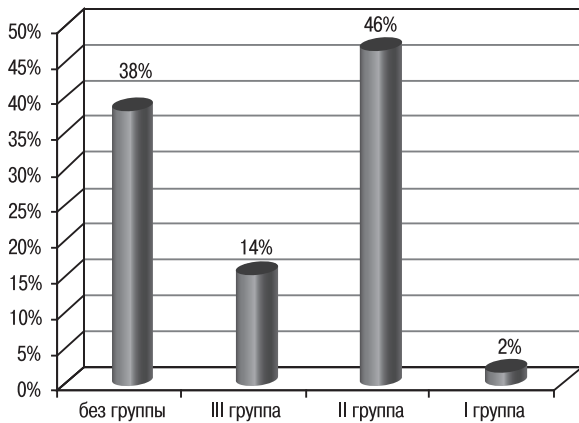


рис. 3: Состояние трудоспособности у пациентов с болезнью Паркинсона.

При оценке темпа прогрессирования болезни Паркинсона у 103 (22%) пациентов отмечался быстрый темп, у 276 (58%) – умеренный и у 95 (20%) больных – медленный.

Среди форм болезни Паркинсона наиболее часто встречалась смешанная форма (71%), реже – акинетико–ригидная форма заболевания (23%), а дрожательная форма была наиболее редкой (5,27%), что соответствует данным других исследований [7, 8, 14].

Из обратившихся пациентов с подтвержденным диагнозом болезни Паркинсона 218 (46%) имели 2-ю группу инвалидности, 9 (2%) – 1-ю группу (рис. 3). Не имели инвалидности 180 (38%) больных, при этом средний возраст их оказался 64 года, и более половины из них (25%) имели вторую и более тяжелые стадии заболевания; следовательно, эти пациенты были социально не защищены. У 67 (14%) больных с 3-й группой инвалидности отмечались выраженные двусторонние проявления заболевания, постуральная неустойчивость, что существенно затрудняло самообслуживание и свидетельствовало о более тяжелой степени утраты трудоспособности.

Эссенциальный тремор проявляется, главным образом, дрожанием и редко приводит к инвалидизации [13, 14, 25]. Тем не менее, 50 (12%) больных с эссенциальным тремором имели 3-ю, а 154 (37%) больных – 2-ю группу инвалидности (рис. 4).

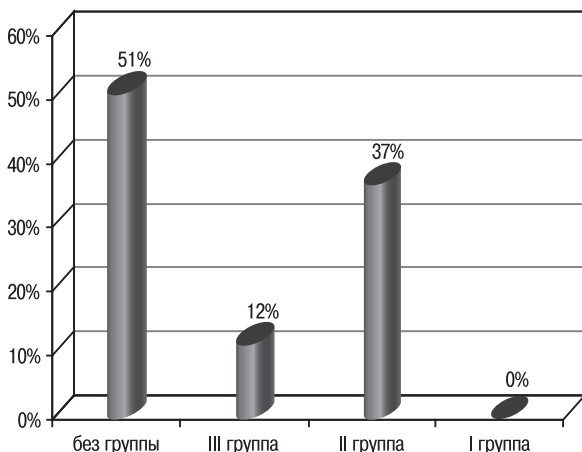


рис. 4: Состояние трудоспособности у пациентов с эссенциальным тремором.

Из-за ошибок в диагностике не получали лечение противопаркинсоническими средствами 66 (14%) больных с болезнью Паркинсона. К моменту обращения на консультацию 123 (26%) пациентов со второй и третьей стадиями болезни Паркинсона, имевшие возраст старше 60 лет, лечились циклодолом. Однако, как известно, холинолитики являются препаратами выбора для монотерапии на начальной стадии заболевания для пациентов моложе 55–60 лет, и их нежелательно назначать пожилым пациентам из-за повышенного риска побочных явлений [12, 13, 15, 17].

Из 152 пациентов с третьей и четвертой стадиями заболевания 39 (26%) не принимали леводопа-содержащих препаратов, хотя средний возраст их составлял 67 лет. В то же время, 47 (10%) больных уже на начальной стадии заболевания получали леводопу, хотя протокол ведения «требует» в таких случаях назначения препаратов с предположительно нейропротективным действием (агонисты дофаминовых рецепторов, ингибиторы NMDA-рецепторов) [2, 11, 12, 16, 17, 36].

С учетом протокола ведения больных болезнью Паркинсона и рекомендаций по лечению болезни Паркинсона, после консультации в кабинете экстрапирамидных расстройств характер терапии был изменен (рис. 5).

У большинства пациентов непростые вопросы диагностики, трудоспособности коррекции терапии удалось решить на амбулаторном приеме, без направления в неврологические стационары города и области. Направлены в стационар 3 пациентов с декомпенсацией болезни Паркинсона на фоне обострения соматической патологии и нарушения схемы лечения.

Таким образом, в ходе 31 месяца работы специализированного кабинета помощи больным с экстрапирамидными расстройствами отмечено следующее:

1. Ранее установленный диагноз паркинсонизма был подтвержден в 73% случаев. За клинические проявления паркинсонизма у каждого второго больного ошибочно принимались симптомы эссенциального тремора.
2. Из-за ошибок в диагностике не получали лечение противопаркинсоническими средствами 14% пациентов с болезнью Паркинсона, либо лечение проводилось с нарушением протокола ведения больных (62%); 42% пациентов с эссенциальным тремором необоснованно

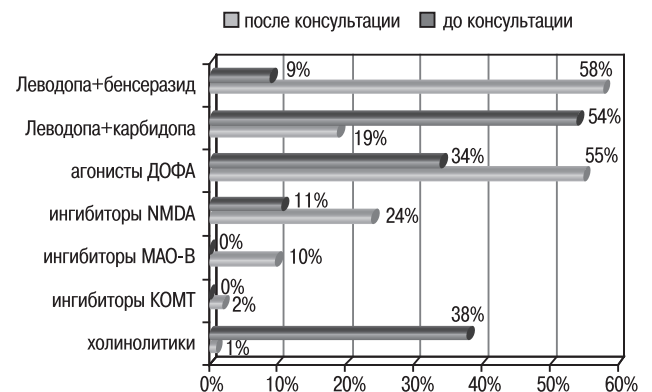


рис. 5: Характер фармакотерапии у пациентов с болезнью Паркинсона.

принимали дорогостоящие противопаркинсонические препараты из списка ДЛО.

3. Среди выявленных случаев паркинсонизма 84% составляют больные с болезнью Паркинсона, с сосудистым паркинсонизмом – 11%, с болезнью диффузных телец Леви – 1,5%, с лекарственным паркинсонизмом – 1,4%, с мультисистемной атрофией – 0,4%.
4. В развернутой стадии болезни Паркинсона 25% больных при наличии признаков инвалидности не имели группы или нуждались в ее усилении. В то же время, 12%

больных доброкачественным тремором имели третью, а 37% – вторую группу инвалидности.

Полученные данные убеждают в необходимости организации специализированной помощи пациентам с экстрапирамидными расстройствами в Российской Федерации, что позволит не только изучить заболеваемость и распространенность заболевания, но и выявить существующие проблемы и повысить точность диагностики, эффективность терапии и реабилитации больных с данной патологией, улучшить качество жизни этой категории больных.

Список литературы

1. *Артемьев Д.В.* Возрастные аспекты болезни Паркинсона. Автореф. Дис. ... канд. мед. наук. М., 1995.
2. *Атаджанов М.А.* Экспериментальное моделирование паркинсонического синдрома и его комплексная патогенетическая терапия. Автореф. дис. ... докт. мед. наук. М., 1989.
3. *Вейн А.М., Голубев В.Л., Берзиньш Ю.Э.* Паркинсонизм. Клиника, этиология, патогенез, лечение. Рига: Зинатне, 1981.
4. *Глозман Ж.М., Артемьев Д.В., Дамулин И.В. и др.* Возрастные особенности нейропсихологических расстройств при болезни Паркинсона. Вестник МГУ. Психология 1994; 3: 25–36.
5. *Голубев В.Л., Левин Я.И., Вейн А.М.* Болезнь Паркинсона и синдром паркинсонизма. М., МЕДпресс-информ, 2000.
6. *Докадина Л.В.* Паркинсонизм: Клинико-эпидемиологические аспекты и состояние амбулаторной помощи на региональном уровне. Автореф. дис. ... канд. мед. наук. М., 2004.
7. *Жученко Т.Д., Вейн А.М., Голубев В.Л. и др.* Сосудистый паркинсонизм. Журн. неврол. психиатрии им. С.С. Корсакова 1998; 4: 62–65.
8. *Левин О.С.* Клинико-нейропсихологические и нейровизуализационные аспекты дифференциальной диагностики паркинсонизма. Дис. ... докт. мед. наук. М., 2003.
9. *Левин О.С.* Сосудистый паркинсонизм. Неврол. журн. 1997; 4: 42–51.
10. *Роменская Л.Х.* Вопросы эпидемиологии, клиники и фармакотерапии паркинсонизма. Автореф. дис. ... канд. мед. наук. М., 1976.
11. *Смоленцева И.Г.* Влияние агонистов дофаминовых рецепторов на двигательные и нейропсихологические расстройства у больных с болезнью Паркинсона. Дис. ... канд. мед. наук. М., 2000.
12. *Федорова Н.В.* Лечение болезни Паркинсона. Русский мед. журн. 2001; 2: 24–33.
13. *Шток В.Н., Иванова-Смоленская И.А., Левин О.С.* (ред.) Экстрапирамидные расстройства. Руководство по диагностике и лечению. М., МЕДпресс-информ, 2002.
14. *Шток В.Н., Левин О.С., Федорова Н.В.* Экстрапирамидные расстройства. Учебное пособие. М., 1998.
15. *Шток В.Н., Федорова Н.В.* Лечение паркинсонизма. М., 1997.
16. *Шток В.Н., Федорова Н.В.* Медикаментозное лечение паркинсонизма. Вестн. практич. неврол. 1995; 1: 40–42.
17. *Яхно Н.Н.* Современные подходы к лекарственному лечению болезни Паркинсона. Клин. фармакол. тер. 1994; 3–4: 92–97.
18. *Яхно Н.Н., Штульман Д.Р., Мельничук П.В.* Паркинсонизм. В кн.: Болезни нервной системы, Т.2. М., 1995: 144–159.
19. *Ashok P.P., Radhakrishnan K., Sridharan R., Mousa M.E.* Epidemiology of Parkinson's disease in Benghazi, North-East Libya. Clin. Neurol. Neurosurg. 1986; 88: 109–113.
20. *Baldereschi M.A., Di Carlo W.A.* Working Group Parkinson's disease and parkinsonism in a longitudinal study. Two-fold higher incidence in men. Neurology 2000; 55: 1358–1363.
21. *Benito-Leon J.* Prevalence of Parkinson's disease and other types of parkinsonism in three older populations of central Spain. Mov. Disord. 2003; 18: 267–274.
22. *Bharucha N.E., Bharucha E.P.* Prevalence of Parkinson's disease in the Parsi community of Bombay, India. Arch. Neurol. 1988; 45: 1321–1323.
23. *Bower J.H., Maraganore D.M., McDonnell S.K. et al.* Influence of strict, intermediate, and broad diagnostic criteria on the age- and sex-specific incidence of Parkinson's disease. Mov. Disord. 2000; 15: 819–825.
24. *Brewis M., Poskanzer D.C., Rolland C., Miller H.* Neurological disease in an English city. Acta Neurol. Scand. 1966; 42: 1–89.
25. *Cardoso F., Jankovic J.* Peripherally induced tremor and parkinsonism. Arch. Neurol. 1995; 52: 263–270.
26. *Caroline M., Goldman S.M.* Epidemiology of Parkinson's disease. Neuroepidemiology 1996; 14: 317–359.
27. *Chen R.C., Chang S.F., Su C.L. et al.* Prevalence, incidence, and mortality of PD. A door-to-door survey in Ilan County, Taiwan. Neurology 2001; 57: 1679–1686.
28. *Chio A., Magnani C., Tolardo G. et al.* Parkinson's disease: mortality in Italy, 1951 through 1987 – analysis of increasing trend. Arch. Neurol. 1993; 50: 149–153.
29. *DeRijk M.C., Tzourio C.* Prevalence of parkinsonism and Parkinson's disease in Europe: The Europarkinson Collaborative Study. J. Neurol. Neurosurg. Psychiatry 1997; 62: 10–15.
30. *Gelb D.J., Oliver E., Gilman S.* Diagnostic criteria for Parkinson disease. Arch. Neurol. 1999; 56: 33–39.
31. *Gilman S.* Multiple system atrophy. In: J. Jankovic, E. Tolosa (eds). Parkinson's disease and movement disorders, 3d ed. Baltimore: Williams & Wilkins, 1998: 245–262.
32. *Hoehn M.M., Yahr M.D.* Parkinsonism: onset, progression and mortality. Neurology 1967; 17: 427–442.
33. *James H., Bower D.M., Maraganore M. et al.* Incidence of progressive supranuclear palsy and multiple system atrophy in Olmsted County, Minnesota, 1976 to 1990. Neurology 1997; 49: 1284–1288.
34. *Litvan I., Agid Y., Calne D. et al.* Clinical research criteria for the diagnosis of progressive supranuclear palsy (Steele-Richardson-Olszewski syndrome): report of the NINDS-SPSP international workshop. Neurology 1996; 47: 1–9.
35. *McKeith I.G., Galasko D., Kosaka K. et al.* Consensus guidelines for the clinical and pathologic diagnosis of dementia with Lewy bodies. Neurology 1996; 47 (Part 1): 1113–1124.
36. *Olanow C.W., Jenner P.* Dopamine agonists and neuroprotection in Parkinson's disease. Ann Neurol. 1998; 44: 167–174.
37. *Rajput A.H., Offord K.P., Beard M. et al.* Epidemiology of parkinsonism: incidence, classification, and mortality. Ann. Neurol. 1984; 16: 278–282.

38. Rocca W.A., Bower A., Maraganore M. Time trends in the incidence of parkinsonism in Olmsted County, Minnesota. *Neurology* 2001; 57: 462–467.

39. Schrag A., Ben-Shlomo Y., Quinn N.P. Cross sectional prevalence survey of idiopathic Parkinson's disease and parkinsonism in London. *BMJ* 2000; 321: 21–22.

40. Wang Y.S., Shi Y.M., Wu Z.Y. et al. Parkinson's disease in China. *Chin. Med. J.* 1991; 104: 960–964.

41. Wang S.J., Fuh J.L., Teng E.L. et al. A door-to-door survey of Parkinson's disease in a Chinese population in Kinmen. *Arch. Neurol.* 1996; 53: 66–71.

Parkinsonism in in the Yaroslavl region: clinico-epidemiological aspects and a working experience of a specialized center

N.V. Pizova, M.A. Bykanova, E.V. Kurapin, A.Yu. Kovalchuk

Yaroslavl State Medical Academy (Yaroslavl)

Key words: parkinsonism, epidemiology, clinics, Yaroslavl region, specialized center

The objective: to explore clinico-epidemiological aspects of parkinsonism in the Yaroslavl region. One thousand patients were examined in the movement disorders outpatient clinics in 2007–2010. We used standard criteria for the diagnostics of extrapyramidal disorders and the following scales: UPDRS, Hoehn–Yahr and Schwab–England. On observation, 53% of patients were from Yaroslavl and 37% from the Yaroslavl region. 474 (47%) patients were diagnosed with Parkinson disease, 62 (6.2%) with vascular parkinsonism, 17 (1.7%) with parkinsonism-plus, 8 (0.8%) with neuroleptic parkinsonism, 1 (0.1%) with post-encephalitic parkinsonism and 1 (0.1%) with parkinsonism

caused by brain tumor. Women prevailed among Parkinson's disease patients (1 : 1.5). Most patients (71%) were from 60 to 75 years of age. 18% of patients had stage 5 of PD, 50% had stage 2, 27% had stage 3 and 5% had stage 4. A mixed form of the disease prevailed (71%); an akinetic-rigid form (23%) and a trembling form (5%) occurred more rarely. In 58% of patients an intermediate rate of progression was observed, in 22% of patients progression was rapid and in 20% of patients it was slow. In general, our results correspond to international findings. Activity of a specialized movement disorders center improve diagnostics, treatment and quality of life of patients with Parkinson's disease.

Контактный адрес: Пизова Наталья Вячеславовна – докт. мед. наук, проф. кафедры нервных болезней с медицинской генетикой и нейрохирургией Ярославской государственной медицинской академии (ЯГМА). 150030, Ярославль, Суздальское шоссе, д. 39. Тел./факс: +7 (4852) 44-96-54; e-mail: pizova@yandex.ru

Быканова М.А. – асс. кафедры нервных болезней с медицинской генетикой и нейрохирургией ЯГМА;

Курапин Е.В. – доц. кафедры нервных болезней с медицинской генетикой и нейрохирургией ЯГМА;

Ковальчук А.Ю. – врач-невролог Областной клинической больницы (Ярославль).