

# Эпидемиология паркинсонизма в Красноярском крае

Д.В. Похабов, В.Г. Абрамов, Ю.В. Нестерова

Красноярский государственный медицинский университет

Центр неврологии и нейрореабилитации Енисейской клинической больницы Сибирского окружного медицинского центра, Красноярск

Авторы представляют 5-летний опыт ведения регистра паркинсонизма в Красноярском крае. Регистр включает 826 больных с различными формами паркинсонизма. Абсолютное большинство выявленных случаев (79,1%) приходится на болезнь Паркинсона (БП), реже встречаются сосудистый (11,3%) и нейролептический паркинсонизм (2,1%), а также нейродегенеративные заболевания из группы «паркинсонизм-плюс» (в сумме 2,9%). Распространенность БП в Красноярске составляет 62,72 на 100 тысяч населения и 261,25 на 100 тысяч населения старше 65 лет, что соответствует данным в других популяциях; в то же время более низкие показатели по Красноярскому краю (22,57 на 100 тысяч населения и 100,32 на 100 тысяч населения старше 65 лет) свидетельствуют, наиболее вероятно, о низкой выявляемости данной патологии в лечебно-профилактических учреждениях первичного звена края. Отмечен более ранний дебют БП у пациентов, работавших в химической промышленности ( $62,27 \pm 5,69$  лет), а также у ветеринаров и животноводов ( $57,54 \pm 4,91$ ), что может служить подтверждением обсуждаемой в литературе связи БП с некоторыми нейротоксинами, используемыми в сельском хозяйстве. Зарегистрирована высокая распространенность когнитивных расстройств различной степени выраженности при БП (суммарно – у 79,2% больных), причем большая частота и степень тяжести когнитивных расстройств отмечена при акинетико-ригидной форме заболевания.

**Ключевые слова:** паркинсонизм, болезнь Паркинсона, регистр, эпидемиология, Красноярский край.

Паркинсонизм различного генеза в силу его высокой распространенности давно стал предметом многочисленных эпидемиологических исследований [3]. Разброс показателей распространенности паркинсонизма по данным различных работ достаточно внушителен – от 384 случаев на 100 000 населения старше 65 лет до 15% среди лиц указанного пожилого возраста [3]. На долю болезни Паркинсона приходится около 80% случаев синдрома паркинсонизма, который в сочетании с другими синдромами может отмечаться и при ряде других заболеваний [1, 2]. БП встречается повсеместно, а ее частота варьирует между 100 и 250 случаями на 100 000 населения, заметно увеличиваясь с возрастом и достигая 1700 случаев на 100 000 населения старше 65 лет [5]. Согласно данным The Working Group on Parkinson Disease, в 2007 году в мире насчитывалось 6,3 млн. человек с диагнозом БП, где 1 из каждых 10 пациентов был моложе 50 лет.

Распространенность заболевания – это общее число лиц в популяции, страдающих данной патологией на фиксированный момент времени. Распространенность зависит от заболеваемости и продолжительности жизни пациентов. Частота заболевания в популяции определяется либо по числу обращений пациентов в медицинские учреждения региона и опирается на данные регистра больных в этих учреждениях, либо по результатам активного скрининга всего населения региона [3].

Анализ на основе числа обращений зависит от нескольких факторов. Это прежде всего профессиональная компетенция неврологов, ведущих прием больных с паркинсонизмом, умение врачей ориентироваться в многочисленных клинико-диагностических аспектах данной патологии. Второй, но не по значимости, важный фактор – ведение регистрации всех пациентов с паркинсонизмом, обращающихся в данное лечебное учреждение. Несомненно, лучшим вариантом такой регистрации является создание единой компьютерной базы данных по больным с фиксацией

таблица 1: Нозологический состав пациентов, страдающих паркинсонизмом

Нозологическая форма	Код МКБ	Абсолютное число	Процент
Болезнь Паркинсона	G 20	653	79,06
Дегенеративная болезнь базальных ганглиев, неуточненная (микст-формы?)	G 23.9	9	1,09
Ювенильный паркинсонизм	G 20	5	0,61
Сосудистый паркинсонизм, все виды	G 22*	93	11,26
Нейролептический паркинсонизм	G 21.1	17	2,06
Токсический паркинсонизм, вызванный интоксикацией марганцем	G 21.2	1	0,12
Нормотензивная гидроцефалия с паркинсоническим синдромом	G 22*	14	1,69
Болезнь Альцгеймера с паркинсоническим синдромом	G 22*	5	0,61
Болезнь диффузных телец Леви	G 23.8	11	1,33
Кортико-базальная дегенерация	G 23.8	3	0,36
Мультисистемная атрофия	G 23.2	7	0,85
Прогрессирующая надъядерная офтальмоплегия	G 23.1	3	0,36
Гепатолентикулярная дегенерация	G 22*	5	0,61
Всего		826	100

всех нюансов анамнеза, развития заболевания и назначаемой терапии.

Цель настоящей работы – представить наш собственный опыт ведения регистра паркинсонизма в Красноярском крае.

### Характеристика больных и методов исследования

В Красноярском крае в течение 5 лет существует служба оказания помощи больным с паркинсонизмом и экстрапиримидной патологией, включающая в себя амбулаторный кабинет и стационарное отделение. Эта служба базируется в клинике кафедры нервных болезней Красноярского государственного медицинского университета и Центра неврологии и нейрореабилитации Енисейской клинической больницы ФГУ «Сибирский окружной медицинский центр». Информация по каждому пациенту с учетом всех посещений вносится в сформированную базу данных. В установке программы регистра больных, усовершенствованного нами в процессе работы, а также в организации амбулаторного кабинета паркинсонизма, активное содействие нам оказывали представители фармацевтической компании «Hoffman La Roche» [4].

На настоящий момент под нашим наблюдением находятся 826 больных с паркинсонизмом. Нозологический состав пациентов указан в таблице 1.

### Результаты и обсуждение

Из представленных в таблице 1 данных видно, что основной причиной паркинсонического синдрома является БП (свыше 79% случаев). Сходные данные встречаются в работах других авторов [1, 3, 5], что подчеркивает диагностическую эффективность амбулаторного кабинета. На втором месте среди нозологических причин паркинсонизма стоит сосудистый паркинсонизм (СП) (11,26%). По данным других авторов, указанная цифра несколько превышает обычную долю сосудистого паркинсонизма в качестве причины паркинсонического синдрома (1–15%). Это связано с некоторой аккумуляцией таких пациентов в нашем Центре. С данной категорией больных проводится большая научная и реабилитационная работа, ежегодно на краевых неврологических конференциях нами демонстрируются пациенты подобного рода, что, в свою очередь, повышает выявляемость СП на этапе первичной поликлинической помощи. Следующая по значимости причина синдрома паркинсонизма – нейролептический паркинсонизм (2,06%) – также располагается в рамках описываемой в литературе распространенности [1, 3, 5]. Далее по значимости идут нейродегенеративные заболевания из группы «паркинсонизм-плюс» (в сумме 2,9%). Их относительно малая доля в структуре паркинсонического синдрома закономерна, учитывая сложности прижизненной постановки диагноза. Вместе с тем можно предположить, что часть пациентов с несколько «смазанной» клинической картиной продолжает числиться в категории больных БП.

таблица 2: Демографический состав пациентов

Нозологическая форма	Женщины		Мужчины		Городские жители		Сельские жители		Средний возраст	Доля лиц до 65 лет	Доля лиц старше 65 лет
	%	Абс.	%	Абс.	%	Абс.	%	Абс.			
Болезнь Паркинсона	58,80	384	41,20	269	89,12	582	10,88	71	67,7±8,5	26,16	73,84
Дегенеративная болезнь базальных ганглиев, неуточненная (микст-формы?)	88,89	8	11,11	1	88,89	8	11,11	1	73,9±8,5	11,11	88,89
Ювенильный паркинсонизм	20,00	1	80,00	4	60,00	3	40,00	2	24,7±6,3	100,00	0,00
Сосудистый паркинсонизм, все виды	42,86	40	57,14	53	91,43	85	8,57	8	72,9±7,5	12,86	87,14
Нейролептический паркинсонизм	80,00	14	20,00	3	100,00	17	0,00	0	70,6±10,5	14,29	85,71
Токсический паркинсонизм, вызванный интоксикацией марганцем	100,00	1	0,00	0	100,00	1	0,00	0	23	100,00	0,00
Нормотензивная гидроцефалия с паркинсоническим синдромом	50,00	7	50,00	7	100,00	14	0,00	0	70,3±7,0	25,00	75,00
Болезнь Альцгеймера с паркинсоническим синдромом	60,00	3	40,00	2	80,00	4	20,00	1	67,9±7,5	20,00	80,00
Болезнь диффузных телец Леви	14,29	2	85,71	9	100,00	11	0,00	0	66,7±4,5	28,57	71,43
Кортико-базальная дегенерация	100,00	3	0,00	0	100,00	3	0,00	0	61,3±8,0	100,00	0,00
Мультисистемная атрофия	66,67	5	33,33	2	100,00	7	0,00	0	62,3±1,7	100,00	0,00
Прогрессирующая надъядерная офтальмоплегия	33,33	1	66,67	2	100,00	3	0,00	0	72,3±7,7	0,0	100,00
Гепатолентикулярная дегенерация	40,00	2	60,00	3	80,00	4	20,00	1	40,2±11,1	100,00	0,00

Отдельно хотелось бы остановиться на категории пациентов, зашифрованных нами как «дегенеративная болезнь базальных ганглиев, неуточненная (микст-формы?)» (1,09%). В нашем Центре сформировалась категория больных, имеющих черты сразу 2-х заболеваний: БП и эссенциального тремора. Характерная особенность данной категории пациентов – дебют заболевания по типу эссенциального тремора с полной, как и положено при таком диагнозе, резистентностью к дофаминергическим препаратам и последующим присоединением паркинсонического синдрома, при котором дофаминергические препараты могут как оказывать эффект, так и быть малоэффективными. Относительно низкое абсолютное число пациентов с ювенильным паркинсонизмом и гепатолентикулярной дегенерацией связаны, на наш взгляд, в первую очередь, с отсутствием у врачей первичного поликлинического звена настороженности в отношении данных групп заболеваний. По причине молодого возраста пациентов они ведутся с диагнозами «детский церебральный паралич», «родовая травма» и даже «остеохондроз с вертебробазилярной недостаточностью» и, соответственно, не направляются в наш Центр. Демографический состав пациентов указан в таблице 2.

Демографические данные для тех категорий пациентов, которые численно позволяют говорить о достоверности полученных результатов, существенно не отличаются от таковых у других исследователей [1, 3, 5]. Принципиальной оговорки требует кажущееся преобладание женщин среди пациентов с БП (58,80%). Следует учитывать, что имеющаяся у нас статистика по Красноярскому краю составлена по числу обращений, однако при столь большой выборке (653 человека) она отражает демографическую ситуацию в крае, где, по данным территориального органа Федеральной службы государственной статистики по Красноярскому краю, за 2007 год соотношение мужчин и женщин в возрасте 65–69 лет (основной возраст наших пациентов) составляет 1 мужчина на 1,7341 женщины. Таким образом, более частая встречаемость БП среди женщин – величина относительная и объясняющаяся значительно меньшим количеством мужчин указанного возраста. Поэтому при внесении коэффициента 1,7 в наши расчеты получается, что среди больных БП 54,5% составляют мужчины и только 45,5% – женщины. Из других интересных замечаний следует отметить, что по нашим наблюдениям, среди пациентов с вероятными микст-формами средний возраст по группе выше такового для БП и составляет  $73,9 \pm 8,5$  лет против  $68,7 \pm 8,5$  лет при БП. Однако средний возраст по группе – показатель легко и достоверно считаемый, но не очень хорошо иллюстрирующий возраст дебюта БП. Эти данные, а также средняя продолжительность заболевания на текущий момент, представлены в таблице 3.

Приведенные в таблице 3 данные также подчеркивают более поздний характер дебюта вероятных микст-форм ( $67,56 \pm 10,04$  лет против  $63,67 \pm 9,47$  при БП). Мы планируем продолжить изучение данной формы патологии. В остальном данные по среднему возрасту дебюта патологии в целом сопоставимы с данными других авторов [3, 5].

При изучении факторов, влияющих на развитие БП, как правило, большое внимание уделяют различного рода профессиональным вредностям. Мы также попытались проанализировать данную информацию. Среди наших пациентов относительно чаще других встречались педагогические работники, бухгалтеры, водители, административные работники, работники химической промыш-

таблица 3: Средний возраст начала заболевания и его средняя продолжительность на текущий момент

Нозологическая форма	Средний возраст начала заболевания	Средняя продолжительность заболевания на текущий момент
Болезнь Паркинсона	$63,67 \pm 9,47$	$4,9 \pm 3,6$
Дегенеративная болезнь базальных ганглиев, неуточненная (микст-формы?)	$67,56 \pm 10,04$	$3,4 \pm 2,6$
Ювенильный паркинсонизм	$21,26 \pm 5,07$	$3,9 \pm 3,6$
Сосудистый паркинсонизм, все виды	$68,52 \pm 7,90$	$3,8 \pm 2,4$
Нейролептический паркинсонизм	$68,7 \pm 10,5$	$2,9 \pm 1,7$
Токсический паркинсонизм, вызванный интоксикацией марганцем	23	0,5
Нормотензивная гидроцефалия с паркинсоническим синдромом	$61,00 \pm 8,19$	$6,5 \pm 1,7$
Болезнь Альцгеймера с паркинсоническим синдромом	$63,4 \pm 7,35$	$4,3 \pm 3,2$
Болезнь диффузных телец Леви	$65,57 \pm 4,35$	$4,0 \pm 5,8$
Кортико-базальная дегенерация	$56,4 \pm 8,50$	$5,1 \pm 4,2$
Мультисистемная атрофия	$58,00 \pm 1,00$	$5,3 \pm 2,6$
Прогрессирующая надъядерная офтальмоплегия	$64,32 \pm 6,78$	$6,1 \pm 2,2$
Гепатолентикулярная дегенерация	$31,72 \pm 11,43$	$8,1 \pm 5,2$

шленности, медики, ветеринары и животноводы. Отсутствие данных по количеству работников каждой отрасли в разные годы в Красноярском крае вынудило нас пойти в оценке влияния профессии другим путем. Исходя из предпосылки, что такое полигенное, мультифакториальное заболевание, как БП, под воздействием негативных факторов должно дебютировать в более раннем возрасте, мы проанализировали информацию о среднем возрасте дебюта заболевания у представителей разных профессиональных групп (таблица 4).

таблица 4: Средний возраст начала заболевания БП среди пациентов разных профессиональных групп

Категория пациентов	Средний возраст начала заболевания
Пациенты с БП, вся группа в целом	$63,67 \pm 9,47$
Педагогические работники	$62,29 \pm 9,55$
Бухгалтеры	$66,25 \pm 9,32$
Водители	$64,00 \pm 9,44$
Административные работники	$61,50 \pm 11,73$
Работники химической промышленности	$62,27 \pm 5,69$
Медицинские работники	$63,78 \pm 7,90$
Ветеринары, животноводы	$57,54 \pm 4,91$

Из представленных данных видно, что средний возраст дебюта БП в большинстве подгрупп существенно не отличим от среднего возраста дебюта по группе в целом, за некоторыми исключениями:

1. Исключение представляют бухгалтеры — заболевание развивается несколько позже, чем в группе в целом ( $66,25 \pm 9,32$  лет), что не находит у нас никакого объяснения в настоящее время.

2. У пациентов, работавших в химической промышленности, возраст начала заболевания —  $62,27 \pm 5,69$  лет. При сходном возрасте с общей группой в целом ( $63,67 \pm 9,47$  лет) у них отмечается более «компактное» распределение с небольшим стандартным отклонением ( $5,69$  лет) относительно всей группы ( $9,47$  лет). Мы полагаем, что здесь имеется истинная связь с причинами развития БП, и наши планируемые дополнительные исследования, вероятно, помогут четче понять, с какими именно химическими агентами это связано.

3. У медицинских работников средний возраст дебюта БП составил  $63,78 \pm 7,90$  лет, что сопоставимо с группой в целом. Стандартное отклонение несколько меньше, чем в группе, однако, на наш взгляд, здесь имеется закономерная более ранняя диагностика — результат профессиональной принадлежности.

4. У ветеринаров и животноводов средний возраст дебюта БП составил  $57,54 \pm 4,91$  лет, что значимо меньше, чем средний возраст дебюта в группе БП в целом. По словам пациентов, в течение своей рабочей деятельности им приходилось непосредственно обрабатывать животных дихлор-дифенил-трихлорметилметаном (ДДТ), и можно предположить, что именно с этим связано более раннее развитие у них БП.

Кроме того, нами были проанализированы данные по больным БП с разными функциональными стадиями (по Хен–Яру) (таблица 5).

таблица 5: Средний возраст и средняя продолжительность заболевания на текущий момент у пациентов с БП

Стадии БП по шкале Хен–Яра	Средний возраст	Средняя продолжительность заболевания на текущий момент
1-я	$71,2 \pm 14,7$	$3,5 \pm 2,0$
2-я	$68,5 \pm 7,9$	$3,1 \pm 2,2$
3-я	$68,1 \pm 8,8$	$5,1 \pm 3,5$
4-я	$70,6 \pm 7,6$	$7,4 \pm 4,1$
5-я	$70,6 \pm 5,4$	$10,4 \pm 3,5$

Из представленной таблицы видно, что закономерность «больше стадия — больше средняя продолжительность заболевания» наблюдается на 2–5-й стадиях включительно. Отсутствие такой закономерности на 1-й стадии БП может объясняться следующим: во-первых, относительно малым количеством подобных пациентов под нашим наблюдением (они не распознаются своевременно на этапе первичной поликлинической помощи и, как правило, попадают к нам уже на 2-й стадии); во-вторых, возможным наличием такой формы БП с длительным медленно прогрессирующим течением.

Когнитивные нарушения при паркинсонизме играют очень важную роль, нередко усугубляя картину заболевания и выходя на первый план в картине БП с точки зрения десоциализации и инвалидизации пациентов. В условиях нашего Центра данному аспекту паркинсонической патологии уделяется особое внимание, причем мы стремимся к объективному нейропсихологическому подтверждению когнитивных нарушений, с целью чего в качестве скрининга в рутинную практику внедрено тестирование в виде батареи лобных тестов (FAB), теста рисования часов и краткой шкалы исследования умственной деятельности (MMSE). На втором этапе может проводиться исследование по классической методике А.Р. Лурия. Данные по распространенности когнитивных нарушений представлены в таблице 6.

таблица 6: Распространенность когнитивных расстройств при БП в зависимости от стадии заболевания

Стадия заболевания	Деменция, %	Умеренные когнитивные расстройства, %	Легкие когнитивные расстройства, %	Норма, %
1-я	5,88	35,29	29,42	29,41
2-я	10,00	44,00	23,50	22,50
3-я	23,53	33,82	27,21	15,44
4-я	38,30	27,66	17,02	17,02
5-я	59,09	18,18	13,64	9,09
В целом по группе	22,37	36,51	20,32	20,79

Данные по распространенности когнитивных расстройств в различных исследованиях существенно различаются, однако полученные нами результаты в принципе соответствуют точке зрения, отражающей высокую распространенность когнитивных расстройств при БП. Закономерно увеличение доли лиц с когнитивными нарушениями и утяжеление их степени по мере нарастания стадии заболевания.

БП имеет некую клиническую неоднородность, в соответствии с которой выделяют формы заболевания. Имеются данные о неодинаковом течении, неодинаковом прогнозе и многих других различиях у разных форм БП. В таблице 7 представлены данные о распределении наших пациентов по формам заболевания в зависимости от превалирования дрожания или акинезии в соответствии со стадиями болезни.

Данная таблица показывает закономерное нарастание доли смешанных форм на 2–4-й стадиях заболевания. На 5-й

таблица 7: Распределение пациентов с БП по формам и стадиям

Стадия заболевания	Акинетико-ригидная форма, %	Дрожательная форма, %	Смешанная (акинетико-ригидно-дрожательная) форма, %
1-я	16,67	33,33	50,00
2-я	17,54	38,60	43,85
3-я	21,58	10,79	66,39
4-я	12,50	3,13	84,38
5-я	40,00	0,00	60,00
В целом по группе	19,30	17,21	62,79

стадии дрожательные формы отсутствуют (что представляется логичным, ибо они на практике реже приводят к полной обездвиженности пациентов). Данные 1-й стадии практически «сливаются» с данными 2-й стадии, что вполне может объясняться как малым количеством пациентов с 1-й стадией, так и наличием таковых с медленно прогрессирующей формой БП.

Также мы попытались оценить распространенность и тяжесть когнитивных расстройств в зависимости от формы заболевания. Эти данные отражены в таблице 8.

таблица 8: Распространенность когнитивных расстройств при БП в зависимости от формы заболевания

Форма заболевания	Деменция, %	Умеренные когнитивные расстройства, %	Легкие когнитивные расстройства, %	Норма, %
Акинетики-ригидная	26,21	39,31	22,76	11,72
Дрожательная	11,86	27,12	16,95	44,07
Смешанная (акинетики-ригидно-дрожательная)	25,00	28,57	19,64	26,79

Из приведенных данных видна большая частота и степень тяжести когнитивных расстройств при акинетики-ригидной форме заболевания в сравнении с дрожательной. Смешанная форма по данным показателям закономерно находится между «чистыми», с тенденцией приближения к акинетики-ригидной по частоте встречаемости когнитивных расстройств.

Как уже было сказано, мы стремимся количественно тестировать когнитивную сферу по определенной схеме у всех наших пациентов. В таблице 9 указаны средние баллы по тестированию пациентов с разными формами заболевания. Из таблицы видно, что указанная выше тенденция по ког-

таблица 9: Данные тестирования когнитивных функций у пациентов с БП в зависимости от формы заболевания

Форма заболевания	Батарея лобной дисфункции, баллы	Тест рисования часов, баллы	Краткая шкала исследования умственной деятельности, баллы
Акинетики-ригидная	13,91±3,67	7,97±1,66	25,66±3,76
Дрожательная	15,47±1,94	8,08±1,52	26,40±2,58
Смешанная (акинетики-ригидно-дрожательная)	14,42±2,63	7,43±1,27	25,06±4,04
В целом по группе	14,60±2,75	7,83±1,48	25,71±3,46

нитивным расстройствам прослеживается и по результатам проведенных нейропсихологических тестов.

Подводя итог проведенному анализу встречаемости паркинсонизма в Красноярском крае, необходимо упомянуть о частоте данной патологии в популяции нашего региона. Так, цифры распространенности БП в Красноярске составляют 62,72 случая на 100 тысяч населения и 261,25 на 100 тысяч населения старше 65 лет, что принципиально не отличается от данных литературы о распространенности этой патологии. В то же время частота распространенности БП по Красноярскому краю составляет всего лишь 22,57 на 100 тысяч населения и 100,32 на 100 тысяч населения старше 65 лет. Это указывает на низкую выявляемость данной патологии в лечебно-профилактических учреждениях первичного звена края и малую информированность врачей о проблемах паркинсонизма.

В заключение хотелось бы особо подчеркнуть значимость проведения эпидемиологических исследований паркинсонизма – во-первых, для организации адекватной помощи пациентам, страдающим данной патологией; во-вторых, для выявления новых форм или даже, возможно, новых нозологических единиц данной патологии; и в третьих, для выявления факторов, ускоряющих возникновение БП, и путей их элиминации.

## Список литературы

1. *Гашилова Ф.Ф.* Клинические и параклинические аспекты паркинсонизма в Томске. Дис. ...канд. мед. наук. Новосибирск, 2006.
2. *Иллариошкин С.Н., Загоровская Т.Б., Иванова-Смоленская И.А., Маркова Е.Д.* Генетические аспекты болезни Паркинсона. Неврол. журн. 2002; 5: 47–52.
3. *Левин О.С., Докадина Л.В.* Эпидемиология паркинсонизма и болезни Паркинсона. Неврол. журн. 2005; 5: 41–50.

4. *Похабов Д.В., Абрамов В.Г., Бугаев А.Т.* Опыт организации медицинской помощи больным с экстрапирамидными расстройствами. Журн. неврол. и психиатрии им. С.С. Корсакова 2006; 7: 64–67.

5. *Walters E.C., van Laar T., Berendse H.W. (eds.)* Parkinsonism and related disorders. Amsterdam: VU University Press, 2007.

## Epidemiology of parkinsonism in the Krasnoyarsk region

D.V. Pokhabov, V.G. Abramov, Yu.V. Nesterova

*Krasnoyarsk State Medical University*

*Center of Neurology and Neurorehabilitation of the Yenisei clinical hospital, Siberian Medical Center, Krasnoyarsk*

**Key words:** parkinsonism, Parkinson's disease, register, epidemiology, Krasnoyarsk region.

The authors present a 5-year experience of register of parkinsonism in the Krasnoyarsk region. The register comprises 826 patients with different forms of parkinsonism. The great majority of the revealed cases (79,1%) falls into Parkinson's disease (PD), more rare are vascular (11,3%) and neuroleptic parkinsonism (2,1%), as well as neurodegenerative syndromes from the group of «parkinsonism-plus» (2,9% in total). The prevalence of PD in the Krasnoyarsk city is 62.72 per 100 000 in general population and 261.25 per 100 000 in the population above 65 years of age, that corresponds to the data in other populations; at the same time, lower figures in the Krasnoyarsk region (22.57 per 100 000

in general population and 100.32 per 100 000 in the population above 65 years of age) suggest, most probably, low detectability of this condition in primary care hospitals of the region. We detected earlier debut of PD in patients working in chemical industry ( $62,27 \pm 5,69$  yrs), as well as in veterinaries and cattlemen ( $57,54 \pm 4,91$ ), which may serve as confirmation of the discussed in the literature connection between PD and some neurotoxins used in the agriculture. High prevalence of cognitive disturbances of various severity in PD was registered (79,2% patients in total), and higher frequency and severity of cognitive decline was seen in an akinetic-rigid form of the disease.