

Федеральное государственное бюджетное учреждение дополнительного профессионального образования «Санкт-Петербургский институт усовершенствования врачей-экспертов» Министерства труда и социальной защиты Российской Федерации

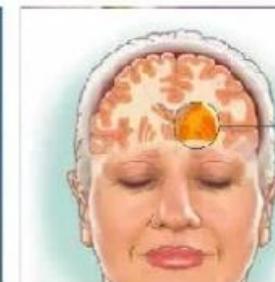
Кафедра неврологии, медико-социальной экспертизы и реабилитации



Медико-социальная экспертиза при паркинсонизме у пациентов пожилого и старческого возраста

Санкт-Петербург, 2019 г.

Болезнь Паркинсона (БП) - хроническое прогрессирующее нейродегенеративное заболевание, обусловленное, в основном, дегенерацией нейронов черной субстанции и других пигментсодержащих ядер ствола головного мозга и проявляющееся преимущественно двигательными нарушениями в виде гипокинезии, ригидности мышц, тремора покоя и постуральной неустойчивости, а также вегетативными, когнитивными и другими расстройствами (Голубев В.Л. и др., 1999; Левин О.С. и др. 2003).



- БП - одно из наиболее распространенных нейродегенеративных заболеваний, приводящее к выраженным двигательным нарушениям и **значительному снижению социально-бытовой адаптации и качества жизни** пациентов (Гусев Е.И., Гехт А.Б., 2010; de Lau L.M. et al, 2006).
- В настоящее время в мире от БП страдают примерно **5 миллионов человек** (по некоторым данным - *от 7 до 10 млн человек*) (Wirdefeldt K., Adami H.O., Cole P. et al., 2011)
- Распространенность – от 31,4 (в Ливии) до 328 (в Индии) на 100 000 населения.
- Заболеваемость БП составляет 16—19 случаев на 100 000 населения в год.
- Средний возраст дебюта БП составляет 60—65 лет.



- Численность больных с БП в России составляет 210 тыс. человек.
- Ежегодно заболевание возникает у 20 тыс. человек.
- С возрастом показатели распространенности и заболеваемости неуклонно растут.
- Среди лиц **старше 60 лет** распространенность БП достигает **1%**, а среди лиц **старше 80 лет** – **4%** (Левин О.С., 2005; de Lau L.M.L., Breteler M.M.B, 2006).
- Предполагают, что численность больных к **2030 году увеличится** по сравнению с нынешним уровнем в среднем в **2 раза** (Dorsey E.R., Constantinescu R., Thompson J.P. et al, 2007).

- БП явилась причиной инвалидности у **26,7% пациентов** (мужчин – 58,9%, женщин – 41,1%) (Шиндряева Н.Н. и др., 2017).
- Степень инвалидизации больных возрастает с увеличением тяжести заболевания (Докадина Л.В., 2004).
- Немаловажную проблему представляют собой двигательные флюктуации и дискинезии, возникающие спустя 3-5 лет после начала лечения препаратами леводопы и значительно ухудшающие качество жизни больных.

- Общий экономический ущерб от болезни Паркинсона в США в 2010 г. превысил 14,4 млрд. \$.
- Среднегодовые прямые затраты составили 4072 \$, непрямые затраты составили 3311 \$ (Kowal S.L., Dall T.M., Chakrabarti R. et al., 2013).
- В странах Западной Европы прямые затраты, связанные с БП составляют от 4700€ до 9500 €, а непрямые затраты, связанные с утратой трудоспособности больных составляют не менее 5000 € в год (Findley L. et al., 2003; et al., 2002; Huse D.M. et al., 2005, 2006; Le Pen C. et al., 1999; Keranen T. et al., 2003; Spottke A.E. et al., 2005).



- Полугодовые средние прямые затраты в России составили 1340 € на одного пациента, что в 2–6 раз меньше, чем в странах Западной Европы и США.
- Непрямые затраты, в частности, экономические потери общества вследствие преждевременного выхода на пенсию или пропуска рабочих дней из-за БП, в среднем составили 860 € (Winter Y., von Campenhausen S., Popov G. et al., 2009).



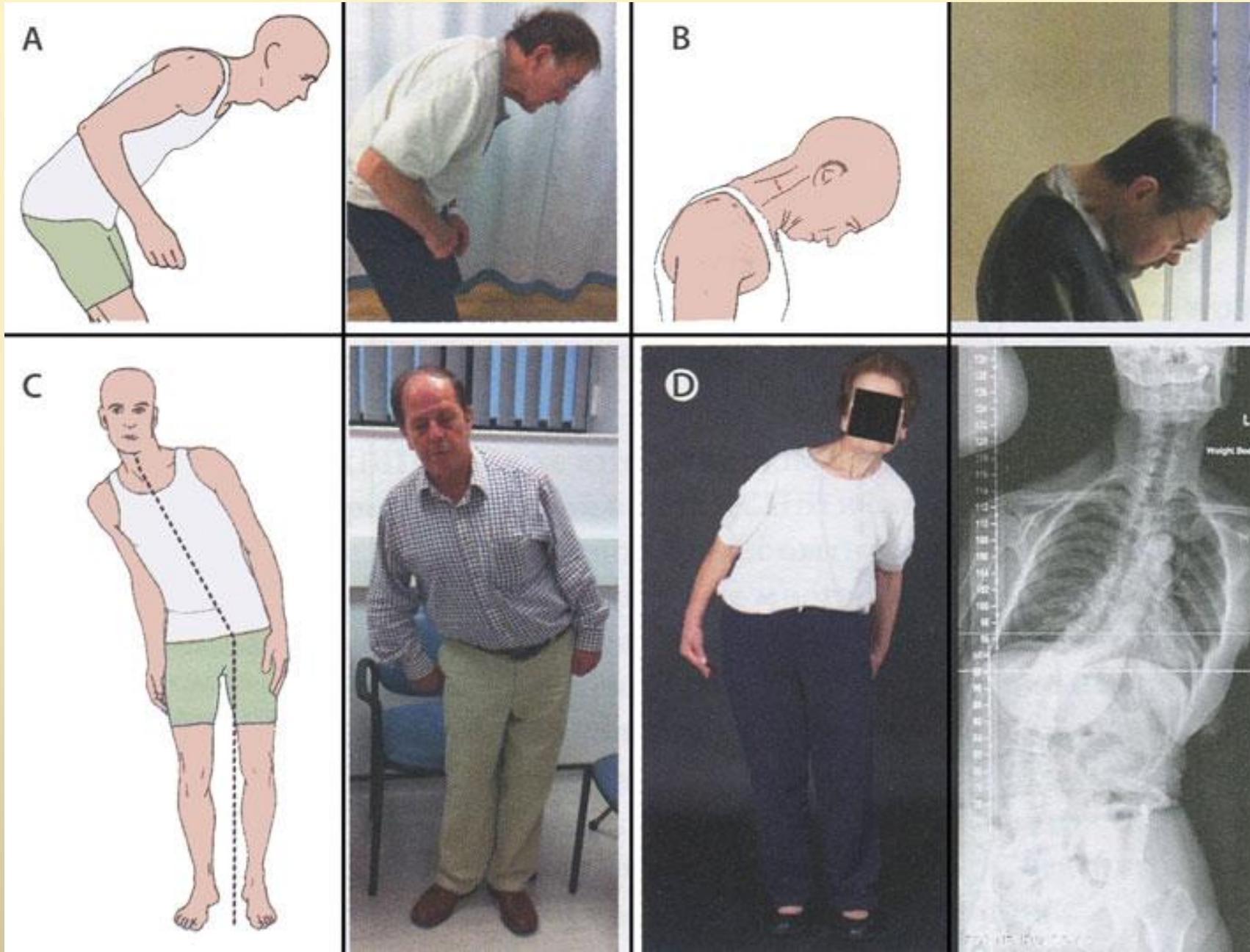
Степень ограничения жизнедеятельности больных в основном определяется выраженностью двигательных (*дрожание, гипокинезия, ригидность, постуральная неустойчивость, нарушения ходьбы*) и недвигательных нарушений (*психические расстройства, прогрессирующая вегетативная недостаточность и др.*) в зависимости от тяжести паркинсонизма.

Приказ Минтруда и соцзащиты РФ от 17.12.2015 г. N 1024н «О классификациях и критериях, используемых при осуществлении медико-социальной экспертизы граждан ФГУ МСЭ»

6.6		Экстрапирамидные и другие двигательные нарушения		G20 - G26		
6.6.1			Болезнь Паркинсона. Вторичный паркинсонизм. Паркинсонизм при болезнях, классифицированных в других рубриках	G20 G21 G22*		
6.6.1.1					Одно- или двусторонний, незначительные нарушения процесса движения в целом, без нарушения равновесия, незначительная гиподинамия (1 и 2 стадии болезни по шкале Хен-Яра)	20 - 30
6.6.1.2					Умеренные нарушения движения в целом, нарушения равновесия при поворотах (3 стадия болезни по шкале Хен-Яра)	40 - 60
6.6.1.3					Выраженные нарушения движения (4 стадия болезни по шкале Хен-Яра)	70 - 80
6.6.1.4					Значительно выраженные нарушения движения в целом, вплоть до неподвижности (5 стадия болезни по шкале Хен-Яра)	90 - 100

- На развернутых стадиях заболевания жизнедеятельность больных ограничивается не только моторными симптомами, выявляемыми при неврологическом осмотре, но и **немоторными проявлениями** заболевания, выраженность которых увеличивается по мере прогрессирования болезни параллельно с аксиальными моторными нарушениями.
- Наиболее значимыми из них являются **когнитивные нарушения**, особенно в стадии *деменции*, **аффективные расстройства**, тяжелая **вегетативная недостаточность**, прежде всего проявляющаяся нейрогенными *нарушениями мочеиспускания, ортостатической и постпрандиальной гипотензией*.

Нарушения позы при БП



Нарушения позы при БП



- **Относительная резистентность** большинства **немоторных** проявлений и **аксиальных** двигательных нарушений к **противопаркинсоническим препаратам** увеличивает их вклад в ограничение жизнедеятельности пациента и значимость их оценки при проведении МСЭ.
- Кроме того, в ряде случаев немоторные проявления возникают или **усиливаются** на фоне действия противопаркинсонических средств, кардинальное изменение схемы приема которых часто бывает невозможно.

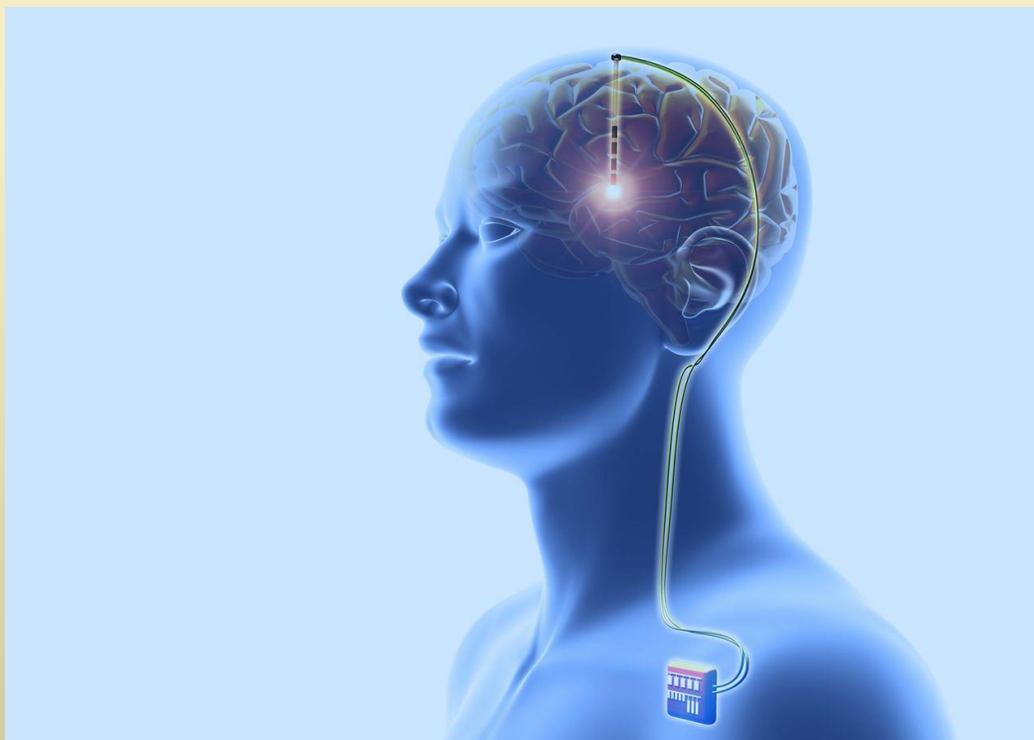
Моторные флюктуации и дискинезии

- После 5 лет приема леводопы *флюктуации* развиваются у 30-50% пациентов, по прошествии 10 лет лечения – у 60-85% пациентов, *дискинезии* через 5 лет имеются у 28%.
- По окончании 15-летнего наблюдения в Сиднейском исследовании частота флюктуаций составила 96%.
- В крупном проспективном исследовании DATATOR через 2 года от начала лечения препаратами леводопы феномен «*истощения конца дозы*» отмечен примерно у половины больных, *дискинезии* – у 46% пациентов, а выраженный феномен «*включения-выключения*» - у 10% больных.

Выраженность моторных флуктуаций и дискинезий можно оценивать с помощью IV раздела шкалы UPDRS и учитывать при проведении МСЭ.

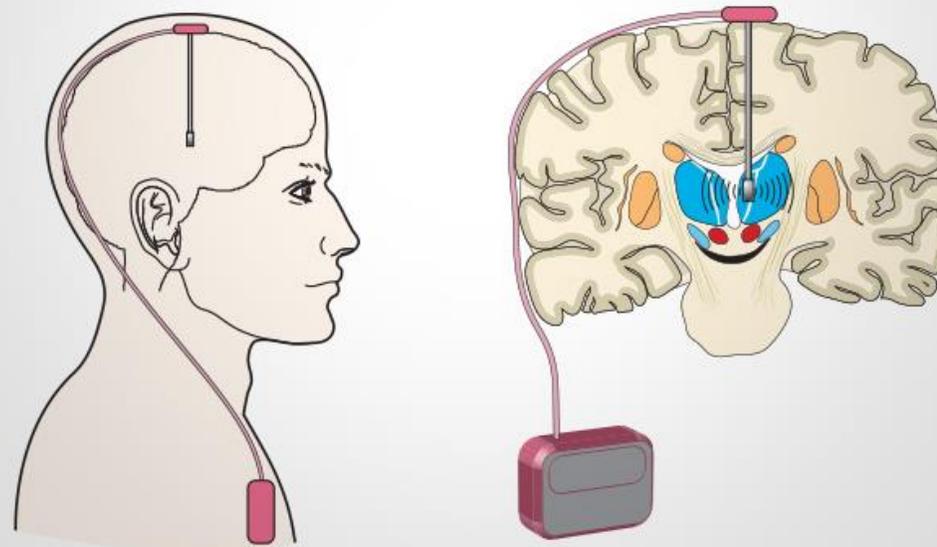
1. Продолжительность дискинезий
2. Функциональное влияние дискинезий
3. Продолжительность периода «выключения»
4. Функциональное влияние флуктуаций
5. Сложность моторных флуктуаций
6. Болезненная дистония периода «выключения»

В классификации и критериях, к сожалению, не рассматриваются современные инвазивные методы лечения (**нейростимуляция, дуодопа**) и подходы к определению группы инвалидности у данной категории пациентов.



Глубокая стимуляция подкорковых ядер (DBS)

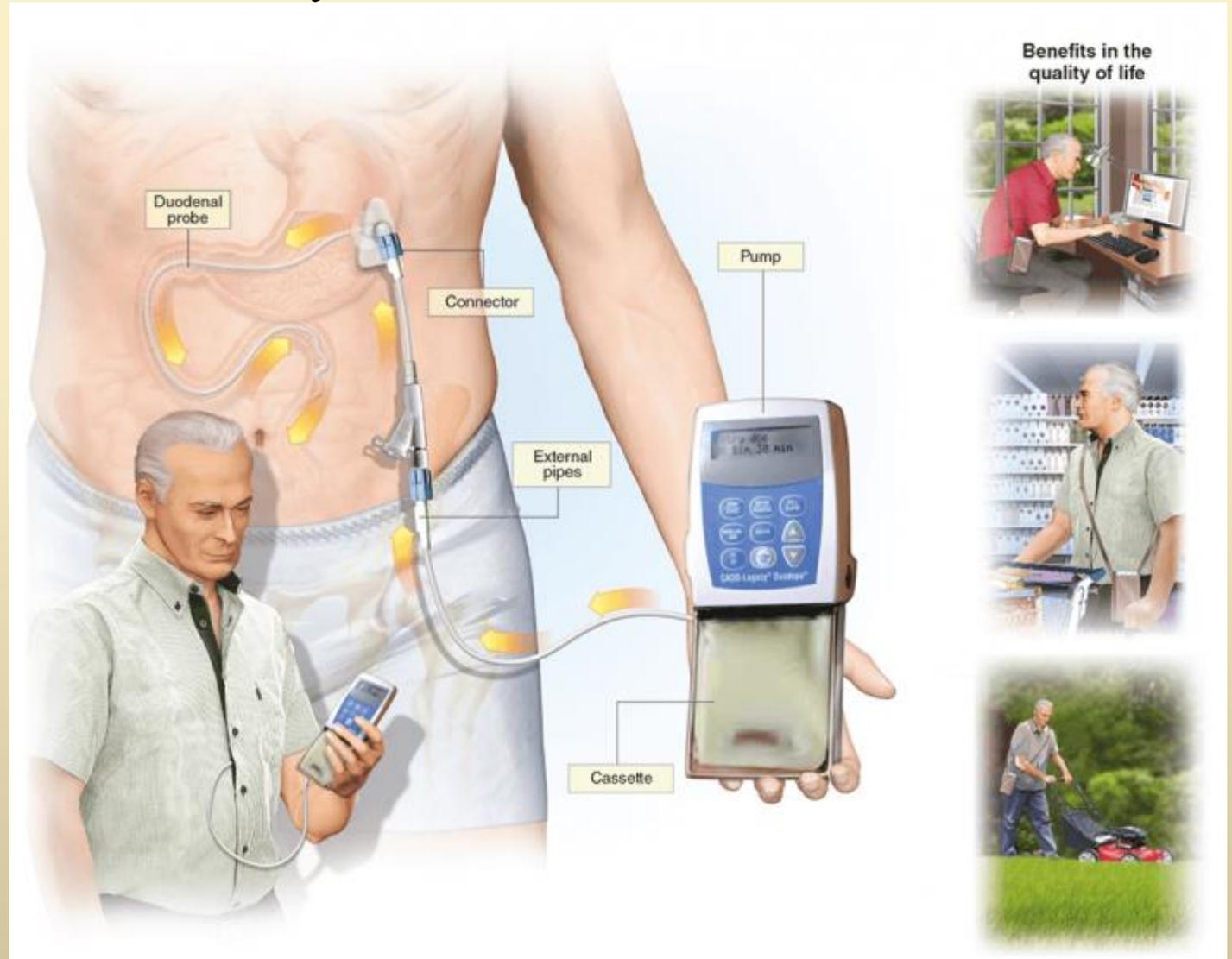
- приводит к долгосрочному уменьшению выраженности основных моторных симптомов,
- выраженности и продолжительности дискинезий,
- выраженности и длительности периода «выключения»,
- позволяет оптимизировать реакцию на противопаркинсонические средства,
- уменьшить их дозу,
- повысить качество жизни больных.



Глубокая стимуляция подкорковых ядер (DBS)

- *Не излечивает БП*, а позволяет добиться временного контроля моторных симптомов, не позволяет полностью отказаться от лекарственной терапии, не влияет на немоторные симптомы заболевания.
- Пациенты нуждаются в *регулярных визитах к врачу для коррекции программы стимуляции, проверки возможной продолжительности терапии, периодической замене генератора.*
- Существует риск необходимости повторных операций из-за *технических поломок и смещения электродов, развития инфекционных осложнений, внезапного отключения нейростимулятора.*
- Все это свидетельствует о том, что пациент, получающий лечение с использованием глубокой стимуляции мозга, в большинстве случаев **нуждается в неменьшей социальной помощи и поддержке**, чем любой пациент с развернутыми стадиями БП.

- Лечение с использованием дуодопы в отличие от нейрохирургического лечения практически не имеет возрастных ограничений и может использоваться у пациентов с когнитивными нарушениями.
- В ряде исследований показано уменьшение стадии БП по шкале Хен и Яра у пациентов, находящихся на лечении дуодопой.



- Однако, следует помнить, что данный, несомненно эффективный, метод лечения БП так же является *симптоматическим* и не влияет на прогрессирование болезни.
- Кроме того, хроническая гастростома, необходимость периодической замены гастроинтестинальных зондов требует постоянного наблюдения пациента со стороны невролога и хирурга, помощи со стороны близких и социальных работников.

Диагноз направления на МСЭ:

- Болезнь Паркинсона
- Форма заболевания
- Темп течения
- Выраженность моторных и немоторных (когнитивных, вегетативных и др.) проявлений заболевания
- Длительность и выраженность флуктуаций и лекарственных дискинезий
- Сопутствующие заболевания (сочетание нейродегенеративных заболевания и цереброваскулярной патологии ~ 40%)
- Психотические расстройства, аффективные нарушения, провоцируемые дофаминергической терапией

- Для улучшения качества МСЭ необходимо также более четкое взаимодействие неврологов поликлиник и врачей-экспертов.
- В направлении на МСЭ (форма 088/у) необходимо отражать динамику состояния пациента в течение последнего года (появление новых симптомов, нарастание ранее выявленной симптоматики, эффективность проводимого лечения, наличие осложнений и т.д.).

Выводы

1. БП представляет собой заболевание с полиморфной симптоматикой, вызывающее нарушение моторных, психических, речевых, сенсорных и вегетативных функций организма и неизбежно приводящее к ограничению самообслуживания, передвижения, общения, трудовой деятельности.

Выводы

2. БП требует своевременной диагностики, диспансерного наблюдения, постоянной адекватной терапии, своевременного и обоснованного определения инвалидности, рационального трудоустройства пациентов на ранних стадиях заболевания, развития навыков самообслуживания, постоянной реабилитации пациентов.

Выводы

3. Для определения группы инвалидности необходимо учитывать не только стадию болезни, но и выраженность отдельных моторных и немоторных симптомов, темп прогрессирования заболевания, эффективность и переносимость лечебных мероприятий, включая инвазивные методы коррекции симптомов.

Необходимо продолжить работу по разработке объективных комплексных критериев для определения инвалидности у пациентов с данной патологией.

Спасибо за внимание!