

БОЛЕЗНЬ ПАРКИНСОНА: ДОСТОВЕРНОСТЬ СТАТИСТИЧЕСКИХ ПОКАЗАТЕЛЕЙ ЗАБОЛЕВАЕМОСТИ И СМЕРТНОСТИ В РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ

О. В. Кривонос — ФГБУ «Государственный научный центр Российской Федерации — Федеральный медицинский биофизический центр им. А. И. Бурназяна Федерального медико-биологического агентства», заведующая кафедрой неврологии, кандидат медицинских наук.

PARKINSON'S DISEASE: THE RELIABILITY OF MORBIDITY AND MORTALITY STATISTICS IN THE RUSSIAN FEDERATION

O. V. Krivonos — State Scientific Research Center n. a. A. I. Burnazyan — Federal Medical Biophysical Center of Federal Medical Biological Agency, Head of Neurology Department, Candidate of Medical Science.

Дата поступления — 11.12.2013 г.

Дата принятия в печать — 16.12.2013 г.

Кривонос О. В. Болезнь Паркинсона: достоверность статистических показателей заболеваемости и смертности в Российской Федерации // Саратовский научно-медицинский журнал. 2013. Т. 9, № 4. С. 863–866.

Цель: изучение достоверности статистики заболеваемости при болезни Паркинсона (БП) и смертности от нее в Российской Федерации при международных сопоставлениях. **Материал и методы.** В соответствии с целью исследования проведен анализ заболеваемости и смертности в Российской Федерации на основании сборников «Заболеваемость населения России» Министерства здравоохранения РФ за 2009–2012 гг., «Кадровые ресурсы учреждений здравоохранения» Министерства здравоохранения РФ за 2012 г., таблицы С51 о смертности населения субъектов РФ за 2012 г., показатели смертности от болезни Паркинсона в различных странах в 2011 г., публикуемые ВОЗ. **Результаты.** Анализ статистических данных о структуре заболеваемости показал, что в Российской Федерации в 2009–2012 г. отмечался рост общей заболеваемости взрослых БП с 75,1 до 87,7 на 100 тыс. соответствующего населения. Показатели первичной заболеваемости взрослого населения Российской Федерации БП также имеют тенденцию к росту с 8,0 до 8,5. Выявлены резкие колебания показателей заболеваемости в субъектах РФ, связанные с недостоверным статистическим учетом. Показатель смертности от БП в Российской Федерации в 2012 г. составлял 0,31 на 100 тыс. населения. **Заключение.** Достигнутые значения показателей общей и первичной заболеваемости БП в Российской Федерации были ниже значений показателей при международных сопоставлениях. Показатель смертности от БП в Российской Федерации был также ниже показателей других развитых стран. Соблюдение правил выбора первичной причины смерти, подтвержденных с помощью автоматизированной системы, в случаях, когда одной из причин является БП, позволит сделать статистику смертности от БП достоверной и международно сопоставимой.

Ключевые слова: болезнь Паркинсона, заболеваемость, смертность, достоверность статистики, МКБ-10, кодирование, выбор первоначальной причины смерти.

Krivonos O. V. Parkinson's disease: the reliability of morbidity and mortality statistics in the Russian Federation // Saratov Journal of Medical Scientific Research. 2013. Vol. 9, № 4. P. 863–866.

The *aim* of the research was to study the significance of morbidity of Parkinson's disease (PD) and mortality in Russian Federation in international comparisons. **Material and Methods:** In accordance with the purpose of the study the morbidity and mortality were analyzed in the Russian Federation on the basis of volumes "Morbidity in Russia" of the Ministry of Health of the Russian Federation in 2009–2012, "Human resources for health care institutions" of the Ministry of Health of the Russian Federation in 2012, tables C 51 about the mortality of subjects of the Russian Federation in 2012, data of mortality from Parkinson's disease in different countries in 2011, published by WHO. **Results.** The analysis of data on the morbidity patterns showed that in the Russian Federation in 2009–2012 there was an increase in general morbidity of adult patients with PD from 75.1 to 87.7 per thousand of populations. The data of primary morbidity in the adult population of the Russian Federation from PD also tend to increase from 8.0 to 8.5 per thousand of populations. The sharp fluctuations of mortality's data were revealed in subject of Russian Federation that was related of unreliable data. Mortality from PD in Russian Federation in 2012 was 0.31 per thousand of populations. **Conclusion.** The values in the study of general and primary PD's morbidity in the Russian Federation were lower than performance in international comparisons. PD's mortality in Russia was also lower than in other developed countries. Abundance by rules of selecting the primary cause of death (PCOD), confirmed by an automated system, where one of the causes is PD will make mortality statistics of PD reliable and internationally comparable.

Key words: Parkinson's disease, morbidity, mortality, reliability of the statistics, ICD –10, coding, selection of the underlying cause of death.

Введение. Болезнь Паркинсона (БП) является наиболее частым нейродегенеративным заболеванием пожилого возраста. Это второе по частоте (после болезни Альцгеймера) нейродегенеративное заболевание. Показатель распространенности: от 60 до 160 на 100 тыс. населения [1, 2]. Заболеваемость БП выше у мужчин, чем у женщин (примерно в полтора раза).

По данным ВОЗ, в мире страдают БП более 4 млн человек [3]. При этом неуклонно растет число случаев заболевания и увеличивается количество больных в возрасте от 30 до 40 лет. Рост заболеваемости в мире связывают с увеличением продолжительности жизни, но могут играть роль и другие факторы (например, экологические).

По официальным данным, в Российской Федерации около 100 тыс. пациентов, страдающих БП. Отмечаются низкие показатели заболеваемости и смертности. Имеются сложности с диагностикой этого заболевания, особенно на ранних стадиях, так как диагноз БП ставится в первую очередь на основании клинических проявлений и течения заболевания.

Цель: изучение достоверности статистики заболеваемости при БП и смертности от нее в Российской Федерации при международных сопоставлениях.

Материал и методы. Для настоящего исследования использованы следующие статистические материалы:

сборники «Заболеваемость населения России» Министерства здравоохранения РФ за 2009–2012 гг., часть III (табл. 3.17) и часть IV (табл. 4.17), включающие показатели общей и первичной заболеваемости болезнью Паркинсона на 100 тыс. взрослого населения в целом по Российской Федерации и по субъектам РФ;

сборник «Кадровые ресурсы учреждений здравоохранения» Министерства здравоохранения РФ за 2012 г., включающий показатель обеспеченности врачами-неврологами в целом по Российской Федерации и по субъектам РФ на 10 тыс. населения;

таблицы С51 о смертности населения субъектов РФ за 2012 г., включающие данные о числе умерших от болезни Паркинсона в целом по Российской Федерации и по субъектам РФ; расчет показателей смертности производился на 100 тыс. населения;

показатели смертности от болезни Паркинсона в различных странах в 2011 г., публикуемые ВОЗ [4].

Выбор первичной причины смерти (ППС) при сочетании болезни Паркинсона с другими заболеваниями проводился с помощью автоматизированной системы регистрации смертности [5] на основании правил МКБ-10 [6] с обновлениями ВОЗ 1996–2012 гг. [7].

Результаты. Анализ статистических данных о структуре заболеваемости показал, что в Российской Федерации в 2009–2012 гг. отмечался рост общей заболеваемости взрослых БП с 75,1 до 87,7 на 100 тыс. соответствующего населения (темпы прироста составляет 16,8%).

Показатели первичной заболеваемости взрослого населения Российской Федерации БП также имеют тенденцию к росту с 8,0 до 8,5 (темпы прироста равен 6,3%).

Динамика заболеваемости БП в РФ представлена в табл. 1. Отобраны субъекты РФ, в которых отмеча-

лись самые высокие и самые низкие показатели заболеваемости.

Анализ показал, что в субъектах РФ имеют место резкие колебания показателей общей заболеваемости взрослых от 5,3 до 173,3 и первичной заболеваемости от 0 до 26,5 на 100 тыс. взрослого населения.

Обращает на себя внимание, например, волнообразная динамика показателя общей заболеваемости в Чукотском автономном округе при отсутствии зарегистрированных первичных случаев БП. В Республике Северная Осетия — Алания в 2010–2011 гг. отмечался рост общей и снижение первичной заболеваемости. Такая же картина наблюдается в Республике Татарстан в 2009–2010 гг., в Алтайском крае в 2010–2011 гг. и других субъектах РФ.

Недостовольный статистический учет подтверждается еще и несоответствием показателей заболеваемости, смертности с показателями обеспеченности врачами-неврологами (табл. 2).

Так, в Чукотском автономном округе при высокой обеспеченности врачами-неврологами (1,96 на 10 тыс. населения) за последние 3 года не было зарегистрировано ни одного случая первичной заболеваемости БП и ни одного случая смерти от БП при наличии на учете пациентов с БП.

При низкой обеспеченности врачами-неврологами в Республике Татарстан (1,50 на 10 тыс. населения) наблюдаются высокие показатели общей заболеваемости БП. Таким образом, при сравнении этих показателей закономерности не выявлены.

По данным ВОЗ [8], наиболее реалистичный диапазон показателя первичной заболеваемости — от 9,7 до 13,8 на 100 тыс. населения ежегодно. Низкий уровень первичной заболеваемости БП в Российской Федерации свидетельствует о недоучете первичных случаев БП. Это подтверждается тем фактом, что по информации ВОЗ в мире страдают БП примерно 0,06% от всего населения, в то время как в Российской Федерации всего 0,0007%.

Низкий уровень первичной заболеваемости связан и с тем, что имеются трудности первичной и дифференциальной диагностики начальных стадий заболевания с другими заболеваниями, отсутствие специфических методов диагностики и низкая обращаемость больных на ранних этапах болезни.

Заболеваемость БП отмечается преимущественно в старших возрастных группах. Так, по данным отчетной формы № 12 федерального статистического наблюдения, по Российской Федерации доля пациентов старше трудоспособного возраста среди взрослых впервые выявленных больных БП составила в 2011 г. 64,0%, в 2012 г. 68,1%, а среди всех зарегистрированных больных БП в 2011 г. 77,7%, в 2012 г. 77,4%.

Показатель смертности от БП в Российской Федерации в 2012 г. составлял 0,31 на 100 тыс. населения. Этот показатель ниже, чем в других развитых странах (для сравнения: Великобритания — 3,5; Франция — 2,8; Германия — 2,7; Дания — 2,5; Италия — 2,4; Швеция — 2,0; США — 3,6) [4].

Обсуждение. Резкие колебания и различные темпы прироста общей и первичной заболеваемости свидетельствуют прежде всего о недостоверном статистическом учете, связанном с различными причинами, включающими неправильное заполнение первичной медицинской документации, неправильный выбор «основного» состояния в конце эпизода оказания медицинской помощи, ошибки кодирования диагнозов и неправильную диагностику.

Ответственный автор — Кривонос Ольга Владимировна
Адрес: 123098, г. Москва, ул. Маршала Новикова, д. 23.
Тел.: +7 499 190 8505
E-mail: fmbc-fmba@bk.ru

Таблица 1

Динамика заболеваемости болезнью Паркинсона (на 100 тыс. взрослого населения) и смертности от нее (на 100 тыс. населения) Российской Федерации и некоторых субъектов РФ

Субъекты Российской Федерации	Общая заболеваемость				Первичная заболеваемость				Смертность
	2009	2010	2011	2012	2009	2010	2011	2012	
Респ. Северная Осетия – Алания	166,6	157,8	162,7	173,3	26,5	24,5	18,6	20,6	0
Самарская обл.	118,2	128,4	125,1	125,0	11,0	12,6	10,2	8,2	0,22
Респ. Татарстан	127,3	127,6	124,2	120,4	10,4	10,0	7,8	8,2	0,22
Алтайский край	124,1	127,4	129,8	122,2	14,9	15,5	14,6	13,5	0,35
Российская Федерация	75,1	82,6	85,3	87,7	8,0	8,6	8,6	8,5	0,31
Ямало-Ненецкий авт. округ	25,5	29,5	32,3	40,7	3,6	4,9	2,3	4,9	0
Магаданская обл.	26,0	24,6	44,1	38,4	3,1	4,7	5,5	4,8	0,78
Республика Тыва	13,2	15,0	14,3	16,9	1,9	1,9	2,5	3,0	0,38
Чукотский авт. округ	16,3	8,2	5,3	7,8	2,7	0	0	0	0

Таблица 2

Заболеваемость БП, смертность от БП и обеспеченность врачами-неврологами в 2012 г.

Субъекты Российской Федерации	Общая заболеваемость на 100 тыс. взрослого населения	Первичная заболеваемость на 100 тыс. взрослого населения	Смертность на 100 тыс. населения	Обеспеченность неврологами на 10 тыс. населения
Респ. Северная Осетия — Алания	173,3	20,6	0	2,34
Самарская обл.	125,0	8,2	0,22	1,34
Респ. Татарстан	120,4	8,2	0,22	1,50
Алтайский край	122,2	13,5	0,35	1,62
Российская Федерация	87,7	8,5	0,31	1,53
Ямало-Ненецкий авт. округ	40,7	4,9	0	1,25
Магаданская обл.	38,4	4,8	0,78	1,29
Республика Тыва	16,9	3,0	0,38	1,26
Чукотский авт. округ	7,8	0	0	1,96

Низкий уровень показателя смертности от БП связан с неправильным отбором и кодированием причин смерти и выбором ППС, который имеет свои особенности.

В табл. 1 представлены данные об уровнях показателя смертности от БП в тех же субъектах РФ, в которых наблюдались самые высокие и самые низкие показатели заболеваемости. При этом показатели заболеваемости и смертности не соотносятся друг с другом и не имеют каких-либо характерных тенденций.

Так, при самом высоком показателе заболеваемости в Республике Северная Осетия — Алания, не зарегистрировано ни одного случая смерти от БП. В то же время в Алтайском крае, также имеющем высокие показатели заболеваемости, отмечен высокий уровень смертности, превышающий уровень по Российской Федерации. При уровне заболеваемости БП в Магаданской области в 2–3 раза более низком, чем в среднем по Российской Федерации, зафиксирован уровень смертности, в 2 раза превышающий среднероссийский. Все это свидетельствует о неправильном выборе ППС от БП, связанном с незнанием врачами правил МКБ-10.

При жизни пациента в пределах эпизода оказания медицинской помощи болезнь Паркинсона как «основное состояние» выбирается в соответствии с МКБ-10 (т. 2, с. 107) [6].

Заключительный клинический посмертный диагноз должен обязательно включать следующие раз-

делы: основное заболевание, в качестве которого должна фигурировать только одна нозологическая единица (в данном случае БП); осложнения основного заболевания; фоновое заболевание (при наличии); сопутствующие болезни (должны быть указаны все зарегистрированные у пациента заболевания).

В случаях смерти, если БП выбирается в качестве ППС, в медицинском свидетельстве о смерти (далее — Свидетельство) следует обязательно указывать логическую последовательность патогенеза заболевания [9].

МКБ-10 установила ряд правил выбора ППС при сочетании БП с некоторыми другими заболеваниями, прежде всего с болезнями системы кровообращения.

В связи с тем что алгоритм выбора ППС сложен и зависит от сочетания основного заболевания (БП) с другими заболеваниями или состояниями, то врач не всегда может правильно произвести этот выбор. В таких случаях следует применять автоматизированную систему АСМЕ [5], как это делается за рубежом. Данная система позволяет производить автоматический выбор ППС и является международным стандартом.

Учитывая, что в Российской Федерации автоматизированная система практически не используется и правила выбора ППС не учитываются, в Свидетельствах имеются ошибки выбора ППС.

Выбор ППС при БП, подтвержденный автоматизированной системой, следует проводить по следующим правилам (с примерами заполнения п. 19 Свидетельств):

1. При сочетании БП (код G20) с инфарктами миокарда (коды I21-I22) в качестве ППС выбирают БП, а инфаркты миокарда должны быть указаны в свидетельстве о смерти в логической последовательности патогенеза болезни, как его осложнение:

I а) Кардиогенный шок R57.0

б) Острый инфаркт миокарда передней стенки I21.0

в) Болезнь Паркинсона G20. X.

2. При сочетании БП (код G20) с внутримозговым кровоизлиянием (код I61) в качестве ППС выбирают БП. Внутримозговое кровоизлияние должно быть указано в логической последовательности патогенеза болезни как его осложнение:

I а) Отек мозга G93.6

б) Внутримозговое кровоизлияние внутрижелудочковое I61.5

в) Болезнь Паркинсона G20. X.

3. При сочетании БП (код G20) с инфарктом мозга (код I63) в качестве ППС выбирают инфаркт мозга. БП необходимо считать фоновым заболеванием и указывать в части II Свидетельства:

I а) Отек мозга G93.6

б) Инфаркт мозга, вызванный тромбозом мозговых артерий I63.3.

II Болезнь Паркинсона G20. X.

4. При сочетании БП (код G20) с другими формами острых ишемических болезней сердца (коды I24.8-I24.9) или легочной эмболией (коды I26.0,9) в качестве ППС выбирают БП:

I а) Тромбоэмболия легочной артерии I26.9

б) Фибрилляция и трепетание желудочков I49.0

в) Болезнь Паркинсона G20. X.

5. При сочетании БП (код G20) с патологией мочевой системы в качестве ППС выбирают БП:

I а) Уремия N19. X

б) Хронический пиелонефрит N11.9

в) Болезнь Паркинсона G20. X.

6. При сочетании БП (код G20) с пневмонией, осложнившей течение БП, в качестве ППС выбирают БП:

I а) Стафилококковый сепсис A41.2

б) Долевая пневмония J18.1

в) Болезнь Паркинсона G20. X.

7. Обновлениями ВОЗ с 2010 г. в МКБ-10 в рубрику G21 «Вторичный паркинсонизм» введена новая подрубрика — сосудистый паркинсонизм, код G21.4. В статистике смертности, если церебральный атеросклероз (код I67.2) или неуточненный атеросклероз (код I70.9) указываются как исходная причина БП (код G20) или неуточненного вторичного паркинсонизма (код G21.9), ППС следует считать сосудистый паркинсонизм, код G21.4:

I а) Сосудистый паркинсонизм G21.4

б) Церебральный атеросклероз I67.2.

Соблюдение этих правил МКБ-10 позволит сделать показатели смертности от БП достоверными и международно сопоставимыми.

Заключение. 1. В Российской Федерации в 2009–2012 гг. отмечался рост общей заболеваемости взрослых БП с 75,1 до 87,7 на 100 тыс. соответствующего населения (темпы прироста составляет 16,8%), а также рост первичной заболеваемости с 8,0 до 8,5 (темпы прироста равен 6,3%). В то же время до-

стигнутые значения показателей общей и первичной заболеваемости БП в Российской Федерации были ниже значений показателей при международных сопоставлениях.

2. Выявлены несоответствия показателей заболеваемости БП, смертности от нее и показателей обеспеченности врачами-неврологами, что свидетельствует о недостаточной квалификации медицинских кадров и низкой настороженности врачей-неврологов к выявлению признаков БП среди взрослого населения.

3. Показатель смертности от БП в Российской Федерации в 2012 г. составил 0,31 на 100 тыс. населения, что ниже показателей других развитых стран.

4. Соблюдение правил выбора ППС, подтвержденных с помощью автоматизированной системы, в случаях, когда одной из причин является БП, позволит сделать статистику смертности от БП достоверной и международно сопоставимой.

Конфликт интересов не заявляется.

Библиографический список

1. Левин О.С., Докадина Л.В. Эпидемиология паркинсонизма и болезни Паркинсона // Неврологический журнал. 2005. № 5. С. 41–90.
2. Оптимизация помощи больным с болезнью Паркинсона / А.В. Густов, Е.А. Александрова, С.В. Макушина [и др.] // Медицинский альманах. 2010. № 2. С. 29–31.
3. Пресс-релиз ВОЗ. 1998. URL: <http://www.who.int/inf-pr-1998/en/pr98-71.html>
4. Рейтинги здоровья. URL: <http://www.worldlifeexpectancy.com/cause-of-death/parkinson-disease/by-country/>
5. Вайсман Д.Ш. Научное обоснование разработки и внедрения автоматизированной системы регистрации смертности: автореф. дис. ... канд. мед. наук. М., 2005. 26 с.
6. Международная статистическая классификация болезней и проблем, связанных со здоровьем; 10-й пересмотр: в 3 т. / ВОЗ. Женева, 1995–1998. Т. 1–3.
7. Обновления ВОЗ 1996–2012 гг. URL: <http://www.who.int/classifications/icd/icd10updates/en/index.html>
8. Неврологические расстройства. URL: http://www.who.int/mental_health/neurology/chapter_3_b_neuro_disorders_public_h_challenges.pdf
9. Письмо Минздравсоцразвития России от 19.01.2009 г. № 14-6/10/2-178 «О порядке выдачи и заполнения медицинских свидетельств о рождении и смерти». М., 2009.

Translit

1. Levin O.S., Dokadina L.V. Jepidemiologija parkinsonizma i bolezni Parkinsona // Nevrologicheskij zhurnal. 2005. № 5. S. 41–90.
2. Optimizacija pomoshhi bol'nym s bolezni'ju Parkinsona / A.V. Gustov, E.A. Aleksandrova, S. V. Makushina [i dr.] // Medicinskij al'manah. 2010. № 2. S. 29–31.
3. Press-reliz VOZ. 1998. URL: <http://www.who.int/inf-pr-1998/en/pr98-71.html>
4. Rejtingi zdorov'ja. URL: <http://www.worldlifeexpectancy.com/cause-of-death/parkinson-disease/by-country/>
5. Vajsman D.Sh. Nauchnoe obosnovanie razrabotki i vnedrenija avtomatizirovannoju sistemy registracii smertnosti: avto-ref. dis. ... kand. med. nauk. M., 2005. 26 s.
6. Mezhdunarodnaja statisticheskaja klassifikacija boleznej i problem, svjazannyh so zdorov'em; 10-j peresmotr: v 3 t. / VOZ. Zheneva, 1995–1998. T. 1–3.
7. Obnovlenija VOZ 1996–2012 gg. URL: <http://www.who.int/classifications/icd/icd10updates/en/index.html>
8. Nevrologicheskie rasstrojstva. URL: http://www.who.int/mental_health/neurology/chapter_3_b_neuro_disorders_public_h_challenges.pdf
9. Pis'mo Minzdravsocrazvitija Rossii ot 19.01.2009g. № 14-6/10/2-178 «O porjadke vydachi i zapolnenija medicinskih svidetel'stv o rozhdenii i smerti». M., 2009.