

РЕГИОНАЛЬНАЯ МОДЕЛЬ ОРГАНИЗАЦИИ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ БОЛЬНЫМ БОЛЕЗНЬЮ ПАРКИНСОНА В СОВРЕМЕННЫХ СОЦИАЛЬНО-ЭКОНОМИЧЕСКИХ УСЛОВИЯХ

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.

THE REGIONAL MODEL OF ORGANIZATION OF MEDICAL CARE FOR PATIENTS WITH PARKINSON DISEASE IN MODERN SOCIO-ECONOMIC CONDITIONS

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. Региональная модель организации медицинской помощи больным болезнью Паркинсона в современных социально-экономических условиях // Саратовский научно-медицинский журнал. 2013. Т. 9, № 4. С. 867–869.

Представлена научно обоснованная организационно-функциональная модель оказания медицинской помощи больным болезнью Паркинсона на региональном уровне, показаны роль и значение новых организационных технологий, реализованных на территории закрытых административно-территориальных образований.

Ключевые слова: болезнь Паркинсона, заболеваемость, выявление, организация медицинской помощи.

Krivonos O. V. The regional model of organization of medical care to patients with Parkinson disease in modern socio-economic conditions // *Saratov Journal of Medical Scientific Research*. 2013. Vol. 9, № 4. P. 867–869.

There is the evidence-based organizational and functional model of health care for people with Parkinson disease at the regional level, showing the role and importance of new organizational technology embodied in the closed administrative-territorial formations.

Key words: Parkinson disease, incidence, identification, organization of medical care.

Введение. Болезнь Паркинсона (БП) является наиболее частым нейродегенеративным заболеванием пожилого возраста [1–4].

По данным ВОЗ, в мире БП страдают более четырех миллионов человек [4–7]. При этом неуклонно растет число случаев заболевания и увеличивается количество больных в возрасте от 30 до 40 лет [4–7]. Существующие теории об этиологии и патогенезе болезни Паркинсона неоднозначны и предполагают многофакторность причин, включая генетическую предрасположенность к болезни во взаимодействии с факторами окружающей среды. Однако достоверных факторов, влияющих на развитие болезни на настоящий момент не выявлено, а различные исследования основываются только на косвенных доказательствах, собранных из многочисленных описанных эпидемиологических исследований. Возраст, пол, привычки питания, перенесенные инфекции, влияние токсинов окружающей среды и травмы выделяются как возможные провоцирующие факторы развития болезни [2, 3, 5].

БП встречается во всех странах мира. Неоднородные региональные данные о заболеваемости и распространенности болезни Паркинсона среди населения, вероятно, отражают наличие демографических особенностей (различия в продолжительности жизни в разных странах), различия в организации системы здравоохранения (отсутствие надлежащих ресурсов, различия в доступе к первичной медико-санитарной помощи), генетических и экологических особенностей вместе с различиями в регистрации случаев болезни.

В первые годы проявления заболевания напрямую не влияют на качество жизни и работоспособность пациентов, но если болезнь не лечить, то через несколько лет прогрессирование клинических

симптомов болезни может привести к инвалидности и потере способности к передвижению. Поскольку болезнь прогрессирует, расширение двигательной инвалидности влияет на повседневную деятельность пациентов. В поздних стадиях заболевания пациенты, как правило, требуют ухода и помощи для выполнения повседневной деятельности, такой, как питание, личная гигиена, одевание, ходьба и т.д.

Так как болезнь чаще всего поражает лиц старшего трудоспособного возраста, то рост ожидаемой продолжительности жизни населения приведет и к росту числа больных БП, что вызовет увеличение нагрузки на систему здравоохранения и социальные службы по всему миру [3].

По официальным данным, в Российской Федерации около 100 тыс. пациентов, страдающих болезнью Паркинсона. Отмечаются низкие показатели заболеваемости и смертности. Имеются сложности с диагностикой этого заболевания, особенно на ранних стадиях, так как диагноз ставится в первую очередь на основании клинических проявлений и течения заболевания [7].

Низкие показатели заболеваемости напрямую связаны с недостатками в выявлении данной категории больных в первичном звене здравоохранения и дефектах в оказании им медицинской помощи.

Цель исследования: научное обоснование, разработка и внедрение новой организационно-функциональной региональной модели организации медицинской помощи больным болезнью Паркинсона в современных социально-экономических условиях.

Материалы и методы. Объектом исследования послужило полицейская база данных на всех впервые выявленных больных болезнью Паркинсона и контингентов, зарегистрированных в течение 2009–2012 гг. (регистр больных болезнью Паркинсона). С целью получения объективной картины первичной и общей заболеваемости БП, а также оценки половозрастной структуры заболеваемости и особенностей портрета болезни и больного нами проведено

Комплекс проведенных организационных мероприятий за 2009-2012 гг.



сплошное популяционное исследование на примере шести закрытых административно-территориальных образований (далее — ЗАТО).

Результаты. В ходе исследования была разработана и внедрена научно обоснованная организационно-функциональная модель оказания медицинской помощи больным БП на региональном уровне на примере ЗАТО (схема 1).

Период исследования: 2009–2012 гг. Суть исследования заключалась в создании и внедрении системы выявления БП на основании 100,0% охвата взрослого населения осмотрами и регистрации всех выявленных случаев путем создания регистра больных. В результате обследовано около 450 тыс. человек в возрасте от 18 лет и старше, выявлено и зарегистрировано 588 больных БП (из них 58 больных умерли, летальность 9,9%, а 2 человека выбыли в другие субъекты РФ), в том числе 302 больных зарегистрированы впервые.

Первичная заболеваемость по годам среди взрослого населения шести ЗАТО, участвующих в исследовании, изменялась в зависимости от внедрения организационной модели выявления. Если в 2009 г., когда только было начато внедрение модели, показатель первичной заболеваемости был сопоставим со среднероссийскими показателями — 11,0 на 100 тыс. населения, то на 2010 и 2011 гг. пришелся пик роста показателя первичной заболеваемости — до 25,7 и 22,7 на 100 тыс. населения.

К началу 2012 г. произошло так называемое «вычерпывание» больных из популяции (выявление всех возможных больных, не выявленных ранее), и в 2012 г. случаи заболевания БП регистрировались только эпизодически у пациентов в возрасте с 65 до 79 лет. Это подтверждает эффективность предложенной модели выявления и ее актуальность для системы здравоохранения.

Обсуждение. Российская Федерация отличается от многих других стран мира накопленными и сохраняемыми традициями организации медицинской

помощи. На последние годы деятельности системы здравоохранения приходится существенные изменения в законодательной и нормативной правовой базе, что требует значительных корректив системы организации медицинской помощи больным БП в России на основе научно обоснованной стратегии, опирающейся на национальные особенности и учитывающей международный опыт.

С принятием Федерального закона от 21 ноября 2011 г. № 323-ФЗ «Об охране здоровья граждан в Российской Федерации» органы местного самоуправления передают на уровень субъекта РФ медицинские организации, в том числе оказывающие первичную медико-санитарную помощь. Процесс выстраивания новых взаимоотношений между медицинскими организациями, оказывающими разные виды медицинской помощи, требует разработки такого механизма взаимодействия, при котором доступность и качество медицинской помощи будут улучшены. В то же время подразделения, оказывающие неврологическую помощь больным БП, функционируют как составная часть системы здравоохранения, в которой за 6 лет отмечаются серьезные идеологические и структурные преобразования.

В современных условиях Российской Федерации при разделении властных полномочий по уровням управления, в том числе и в здравоохранении, стратегия медицинской помощи больным БП предполагает многообразие организационных форм и механизмов ее реализации, но основанных на единых принципах и методических подходах.

С целью повышения эффективности лечения больных разработан и внедрен комплекс мероприятий по осуществлению лечения больных БП, включающий следующие организационные технологии: оптимизацию потоков больных БП на всех этапах лечения; выстраивание новых маршрутов с учетом использования замещающих стационар технологий; выбор схемы лечения в зависимости от течения заболевания и его клинических проявлений.

При создании современной модели организации лечения больных БП были учтены принятые российским здравоохранением базовые подходы и принципы, а также зарубежный опыт. Предложенный алгоритм выбора схемы лечения помогает врачам-неврологам принимать решения по тактике ведения больных во всех возможных ситуациях, правильно определить этап лечения, вид медицинской помощи, взаимодействовать с другими подразделениями и медицинскими организациями.

Разработанная и внедренная модель, в отличие от ранее существовавших, позволяет еще при установлении диагноза на этапе оценки состояния больного решить вопрос о схеме лечения и месте его начала.

Моделью определен алгоритм ведения больного при неэффективности выбранной схемы, предусмотрена как повторная оценка состояния больного, так и решение вопроса о смене диагноза БП, как одной из причин неудачи. Модель строго структурирована в зависимости от любых исходов лечения и позволяет врачу-неврологу придерживаться существующих стандартов медицинской помощи. Модель универсальна и может быть применена при ведении больного с БП любой клинической формы.

Для реализации предложенной научно обоснованной модели организации помощи больным с БП разработаны принципы диспансерного наблюдения за больными. Необходимо отметить, что ранее каких-либо документов, регламентирующих принципы диспансерного наблюдения за больными БП, в Российской Федерации утверждено не было.

Заключение. Несмотря на то что средний возраст зарегистрированных больных составил 72 года, доля больных, имеющих на конец 2012 г. первую группу инвалидности, составила всего 7,5%, что было достигнуто в ходе мероприятий по организации лечения и медицинской реабилитации больных, а также благодаря внедренной единой схеме диспансерного наблюдения, направленного на профилактику развития осложнений.

Таким образом, в ходе исследования доказана эффективность организационно-функциональной модели, что позволяет рекомендовать ее для внедрения в других субъектах РФ.

Конфликт интересов. В результатах работы отсутствует коммерческая заинтересованность отдель-

ных физических и/или юридических лиц, в рукописи отсутствуют описания объектов патентного или любого другого вида прав (кроме авторского).

Библиографический список

1. Экстрапиримидные расстройства / под ред. В. Н. Штока, И. А. Ивановой-Смоленской, О. С. Левина. М.: МЕДпресс-информ, 2002. С. 608.
2. Neurological Disorders: Public Health Challenges / WHO. 2006. 218 p.
3. De Lau L. L. L., Breteler M. M. B. Epidemiology of Parkinson's disease // *Lancet Neurol.* 2006. № 5. P. 525–535.
4. Pahwa R., Lyons K. E. Handbook of Parkinson's Disease. NY: Informa Healthcare, 2007.
5. Self-management Rehabilitation and Health-Related Quality of Life in Parkinson's Disease: A Randomized Controlled Trial / L. Tickle-Degnen, T. Ellis, M. H. Saint-Hilaire [et al.] // *Movement Disorders.* 2010. Vol. 25, № 2.
6. Geographic and ethnic variation in Parkinson disease: a population-based study of US Medicare beneficiaries / Wright Willis A., Evanoff B. A., Lian M. [et al.] // *Neuroepidemiology.* 2010. № 34. P. 143–151.
7. Prevalence of parkinsonism and Parkinson's disease in Europe: the Europarkinson collaborative study: European community concerted action on the epidemiology of Parkinson's disease / M. de Rijk, C. Tzourio, M. M. Breteler [et al.] // *J. Neurol. Neurosurg. Psychiatry.* 1997. № 62. P. 10–15.

Translit

1. Jekstrapiramidnye rasstrojstva / pod red. V.N. Shtoka, I.A. Ivanovoj-Smolenskoj, O.S. Levina. M.: MEDpress-inform, 2002. S. 608.
2. Neurological Disorders: Public Health Challenges / WHO. 2006. 218 p.
3. De Lau L. L. L., Breteler M. M. B. Epidemiology of Parkinson's disease // *Lancet Neurol.* 2006. № 5. P. 525–535.
4. Pahwa R., Lyons K. E. Handbook of Parkinson's Disease. NY: Informa Healthcare, 2007.
5. Self-management Rehabilitation and Health-Related Quality of Life in Parkinson's Disease: A Randomized Controlled Trial / L. Tickle-Degnen, T. Ellis, M. H. Saint-Hilaire [et al.] // *Movement Disorders.* 2010. Vol. 25, № 2.
6. Geographic and ethnic variation in Parkinson disease: a population-based study of US Medicare beneficiaries / Wright Willis A., Evanoff B. A., Lian M. [et al.] // *Neuroepidemiology.* 2010. № 34. P. 143–151.
7. Prevalence of parkinsonism and Parkinson's disease in Europe: the Europarkinson collaborative study: European community concerted action on the epidemiology of Parkinson's disease / M. de Rijk, C. Tzourio, M. M. Breteler [et al.] // *J. Neurol. Neurosurg. Psychiatry.* 1997. № 62. P. 10–15.

УДК 614.2.003–616.858

Оригинальная статья

ПРИНЦИПЫ ДИСПАНСЕРНОГО НАБЛЮДЕНИЯ ЗА ПАЦИЕНТАМИ С БОЛЕЗНЬЮ ПАРКИНСОНА В УСЛОВИЯХ СПЕЦИАЛИЗИРОВАННОГО КЛИНИКО-ДИАГНОСТИЧЕСКОГО КАБИНЕТА

О. В. Кривонос — ФГБУ «Государственный научный центр Российской Федерации — Федеральный медицинский биофизический центр им. А. И. Бурназяна Федерального медико-биологического агентства», заведующая кафедрой неврологии, заслуженный врач России, кандидат медицинских наук; **И. Г. Смоленцева** — ФГБУ «Государственный научный центр Российской Федерации — Федеральный медицинский биофизический центр им. А. И. Бурназяна Федерального медико-биологического агентства», руководитель Федерального неврологического центра экстрапиримидных заболеваний и психического здоровья, профессор, доктор медицинских наук; **Н. А. Амосова** — ФГБУ «Государственный научный центр Российской Федерации — Федеральный медицинский биофизический центр им. А. И. Бурназяна Федерального медико-биологического агентства», заместитель главного врача по медицинской части, главный невролог, кандидат медицинских наук; **Л. П. Чупина** — ФГБУ «Государственный научный центр Российской Федерации — Федеральный медицинский биофизический центр им. А. И. Бурназяна Федерального медико-биологического агентства», врач-невролог.