

AZƏRBAYCAN RESPUBLİKASI

Əlyazması hüququnda

**BAKI ŞƏHƏRİNDƏ PARKINSON XƏSTƏLİYİNİN KLİNİKİ
VƏ EPİDEMİOLOJİ XÜSUSİYYƏTLƏRİ**

İxtisas: 3223.01 – Sınır xəstəlikləri

Elm sahəsi: Tibb

İddiaçı: **Fatimə Natiq qızı Əliyeva**

Fəlsəfə doktoru elmi dərəcəsini almaq üçün təqdim edilmiş
dissertasiyanın

AVTOREFERATI

BAKI – 2023

Dissertasiya işi Azərbaycan Tibb Universitetinin Nevrologiya kafedrasında yerinə yetirilmişdir.

Elmi rəhbər:

tibb elmləri doktoru, professor
Rəna Kazım qızı Şirəliyeva

Rəsmi opponətlər:

tibb elmləri doktoru, professor
Erkın Smaquloviç Nurqujəyev

tibb elmləri doktoru
Fərxəndə Kamil qızı Balakışiyeva

tibb üzrə fəlsəfə doktoru
Rəsmiyyə Süleyman qızı Şükürü

Azərbaycan Respublikasının Prezidenti yanında Ali Attestasiya Komissiyasının Azərbaycan Tibb Universitetinin nəzdində fəaliyyət göstərən ED 2.05 Dissertasiya Şurası

Dissertasiya şurasının sədri:

tibb elmləri doktoru, professor
Gəray Çingiz oğlu Gəraybəyli

Dissertasiya şurasının elmi katibi:

tibb üzrə fəlsəfə doktoru
Nailə Nizami qızı Abasova

Elmi seminarın sədri:

tibb elmləri doktoru, professor
Rövşən Lazər oğlu Həsənov

GİRİŞ

Mövzunun aktuallığı və işlənmə dərəcəsi. Parkinson xəstəliyi (PX) ahıl yaşlarda yayılmış daim progressivləşən xroniki neyrodegenerativ xəstəlikdir. Ümumdünya səhiyyə təşkilatının (ÜST) PX-nin qlobal, regional və milli yükü barədə məlumatına əsasən əhalinin demografik qocalması ilə bağlı bu patologiya 1990 - 2016-cı illərdə 74% çoxalmışdır. Xəstəlik siqaret çəkən şəxslərdə 40% az müşahidə olunur. Kişilərdə qadınlara nisbətən 1,4 dəfə çox rast gəlinir. ÜST PX-nin sosial və tibbi ağırlıq yükünü nəzərə alaraq milli səviyyədə bu patologiyanın qarşısını almaq üçün imkanların (gənc yaşlarda fiziki aktivliyin gücləndirilməsi, zərərli ekoloji amillərin təsirinin azaldılması) və xəstələrin keyfiyyətli müalicəsinin təşkili yollarının axtarılmasını tövsiyə edir.

Hal-hazırda dünyada PX-nin elmi araşdırılması əsasən onun epidemiologiyasının, əlamətlərinin yayılması və qarşılıqlı əlaqəsinin xəstələrin ölüm və sağqalma riskinə təsirinin və etiopatogenetik mexanizmi əsasında diaqnostikası və müalicəsinin öyrənilməsinə həsr olunmuşdur.^{1,2,3} Aparılmış tədqiqatların sayı minlərlədir və onların sistemləşdirilməsi üçün çoxlu sayda icmallar və metaanaliz nəşr olunmuşdur. PX-nin erkən diaqnostikası, müalicə taktikası, xəstələrin reabilitasiyası və sosial müdafiəsi milli səhiyyənin strateji istiqamətləndirilməsindən asılıdır.^{4,5}

¹Богданов, Р.Р., Котов, С. В. Распространенность болезни Паркинсона в Московской области // Неврология, Психиатрия, - 2016. №4(121), - с. 5 –9.

²Han, S. Prevalence and incidence of Parkinson`s disease and drug-induced parkinsonism in Korea / S.Han, S.Kim, H.Kim [et al.] // BMC Public Health, - 2019. 19, - p.1328

³Bhattacharge, S. Impulse control disorders in Parkinson's disease: review of pathophysiology, epidemiology, clinical features, management, and future challenges // Neurol. India, - 2018. 66, - p. 967-975

⁴Bae, Y.J. Imaging the substantia nigra in Parkinson disease and other Parkinsonian Syndromes / Y.J.Bae, J.Kim, C.Solm [et al.] // Radiology, - 2011. 300, - p.260 – 278.

⁵ Global, regional, and national burden of Parkinson's disease 1990-2016: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2016 // Lancet Neurol, - 2018. 17, - p. 939-953

Milli səhiyyə strategiyasını əsaslandırmaq üçün həm inkişaf etmiş ölkələrdə, həm də inkişaf etməkdə olan ölkələrdə tədqiqatlar aparılır.⁶ Müəyyən olunmuşdur ki, PX-nin yayılması, xəstələrin ölüm ehtimalı, müalicə taktikası və ömrünün davam müddəti ayrı-ayrı ölkələrdə əhalinin yaşından, etnik xüsusiyyətlərindən və həyat tərzindən asılı fərqlidir. İnkişaf etmiş və bir-birinə yaxın sosial iqtisadi duruma malik Amerika Birləşmiş Ştatlarında və İngiltərədə PX olan şəxslərin müalicə taktikası fərqlənir⁷. Ən çox diqqəti cəlb edən xəstəliyin erkən aşkar olunmasında olan fərqdır. PX-nin zəngin əlamətlərinin əksəriyyəti xüsusən erkən dövrdə spesifik xarakter daşıyır.

Ona görə də çox vaxt PX gecikmiş mərhələdə aşkar olunur⁸. Səhiyyə sistemində PX- nin progressivləşmə tempi daha ağır problemlər yaradır. Çoxlu sayda klinik protokol və standartların olmasına baxmayaraq, vahid diaqnostika və müalicə alqoritmi, profilaktika imkanları mövcud deyildir.^{9,10,11} Azərbaycanda səhiyyə və sosial müdafiə sisteminə PX ilə bağlı düşən yükün bu günü və gələcəyi barədə elmi əsaslandırılmış müddəa yoxdur, PX-nin bu aspekti praktik öyrənilməmişdir. Ona görə də planlaşdırdığımız tədqiqatın mövzusu aktualdır.

⁶ Li, B.D. Comparison of the efficacy of different drugs on non-motor Symptoms of Parkinson's disease: a network meta-analysis / B.D.Li, J.Cui, J.Song [et al.] // Cellular physiology and biochemistry, - 2018. 15, - p.119-130.

⁷ Kalilani, L., Friesen, D., Boudiaf, N. The characteristics and treatment patterns of patients with Parkinson's disease in the United States and United Kingdom: a retrospective. Cohort study // PLOS ONE, - 2019. 14(11), e0225723

⁸ Gil-Prieto, R. Measuring the burden of hospitalization in patients with Parkinson's disease in Spain / R.Gil-Prieto, R.Pascual-Garcia, J.Montero [et al.] // PLOS ONE, - 2016. 11(3), - e 01515631

⁹ Клинический протокол диагностики и лечения болезни Паркинсона. Одобрено МЗ и СЗ Республики Казахстана, протокол №16, 29 ноября, 2016 г.

¹⁰ Стандарт специализированной медицинской помощи при болезни Паркинсона, требующей стационарного лечения в связи с нестабильной реакцией на противопаркинсонические средства. Приказ МЗ РФ № 1583н, от 28 декабря, 2012 г.

¹¹ Труфанов, Е.А. Стандарты диагностики и лечения болезни Паркинсона // East European Journal of Parkinson's disease and Movement Disorders, - 2015. Vol. 1, №2, -p. 19-36.

Tədqiqatın obyektı: Parkinson xəstəliyi diaqnozu təsdiq edilmiş pasiyent.

Tədqiqatın predmeti: Parkinson xəstəliyi olan şəxslərin nevroloji durumu, həyat fəaliyyəti və sağqalma ehtimalı.

Tədqiqatın məqsədi: Bakı şəhər əhalisi arasında Parkinson xəstəliyinin yayılması, risk amilləri, klinik formaları və müalicəsinin effektivliyi əsasında onun tibbi sosial ağırlığının azaldılması imkanlarını qiymətləndirmək.

Tədqiqatın vəzifələri:

- Bakı şəhərində 50 və yuxarı yaşlı əhali arasında Parkinson xəstəliyinin kliniki və epidemioloji səciyyələrini müəyyən etmək;
- Parkinson xəstəliyinin klinik səciyyələrinin qarşılıqlı əlaqəsini və risk amillərini qiymətləndirmək;
- Parkinson xəstəliyinin dərman müalicəsinin səciyyələrini və effektivliyini öyrənmək;
- Parkinson xəstəliyi olan pasiyentlərin ölüm səciyyəsi səbəbləri və sağqalma ehtimalının prediktorlarını aşkar etmək.

Tədqiqatın metodları:

- Klinik - epidemioloji metodlar;
- Klinik - nevroloji müayinə metodları;
- Instrumental müayinə metodları (transkraniyal sonografiya, maqnit rezonans tomoqrafiya);
- Unifikasiya edilmiş Parkinson reyting şkalası.

Müdafiyyə çıxarılan əsas müddəalar:

- Bakı şəhər əhalisinin yaş və cins tərkibinin mövcud durumu və proqnozu Parkinson xəstəliyinin yayılma ehtimalını çoxaldır və bu patologiyayı xüsusi diqqət cəlb edən tibbi sosial problemə çevirir;
- Parkinson xəstəliyinin zəngin klinik əlamətlərinin təzahürü həmin əlamətlərin qarşılıqlı əlaqəsini müəyyən edir. Beynin qara substansiyasının və beynin morfoqometrik səciyyələri xəstəliyin klinik təzahürünün patternidir;
- Parkinson xəstəliyinin Bakıda müalicəsi patogenetik yönümlüdür, dofamin sələfi, periferik dekarboksilaza inhibitoru,

dofamin reseptorların aqonisti xolinergik ötürücülərin inhibitoru, antixolinergik, NMDA reseptorlarının blokatoru, KOMT inhibitoru kimi preparatların kombinə olunması ilə həyata keçirilir. Daha çox politerapiya modelinə üstünlük verilir;

- Parkinson xəstəliyi ilə bağlı kumulyativ ölüm riski nisbətən yüksəkdir. Sağqalma ehtimalı nisbətən azdır. Sağqalma ehtimalı xəstələrin cinsindən, xəstəliyin ilkin manifestasiya etdiyi yaşdan və komorbidlikdən asılıdır.

Tədqiqatın elmi yeniliyi:

- Parkinson xəstəliyinin kliniki-epidemioloji səciyyələrinin formalaşmasında əhalinin yaş və cins tərkibinin rolu sübut edilmişdir;
- Parkinson xəstəliyinin kliniki əlamətlərinin yayılması və ağırlıq dərəcəsinin xəstələrin demoqrafik səciyyələrindən xəstəliyin manifestasiya etdiyi yaşdan, ailə anamnezindən, komorbidlikdən, qara substansiyanın durumundan və beynin morфометrik dəyişikliklərindən asılı olması əsaslandırılmışdır;
- Parkinson xəstəliyinin dərman müalicəsinin strukturunun effektivliyi və lokal xüsusiyyətləri aşkar edilmişdir;
- Parkinson xəstəliyi olan şəxslərin ölüm səviyyəsi, sağqalma ehtimalı və ölüm səbəblərinin xüsusiyyətləri aşkar olunmuşdur.

Tədqiqatın nəzəri əhəmiyyəti:

- Parkinson xəstəliyi nümunəsində xəstəliyin və onun əlamətlərinin yayılması, tibbi sosial nəticələrinin demoqrafik, sosial və milli regional səhiyyənin durumundan asılı olması müddəası əsaslandırılmışdır.

Tədqiqatın praktik əhəmiyyəti:

Tədqiqatın nəticələri:

- Parkinson xəstəliyinin erkən aşkar edilməsi üçün ilkin səhiyyə xidmətlərinin rolunu gücləndirməyə əsas verir;
- Parkinson xəstəliyinin müalicə taktikasını optimallaşdırma yollarını göstərir;

- Parkinson xəstəliyi olan şəxslərin sağqalma ehtimalını çoxaltmaq yollarını göstərir.

Dissertasiya işinin aprobeşiyası və tətbiqi. Dissertasiya işinin nəticələri ölkə daxilində və xarici ölkələrdə konfrans və konqreslərdə məruzə olunmuşdur:

- “Современная медицина: новые подходы и актуальные исследования. Международная научно-практическая конференция”. Moskva, (2021);
- “XXII international Multidisciplinary Conference Resent Scientific investigation”, Shawnee, USA (2021);
- Əməkdar elm xadimi, professor Tamerlan Əziz oğlu Əliyevin 100 illiyinə həsr olunmuş “Təbabətin aktual problemləri-2021” mövzusunda beynəlxalq elmi-praktik konqresi; Bakı, (2021);
- Əziz Məmmədkərim oğlu Əliyevin doğum gününə həsr olunmuş Elmi-praktiki konfrans. Bakı, (2022)
- Ümummilli lider Heydər Əliyevin 100 illik yubileyinə həsr olunmuş beynəlxalq elmi-praktiki konfrans, Bakı, (2023)
- Ümummilli lider Heydər Əliyevin anadan olmasının 100 illiyinə həsr olunmuş Azərbaycan Tibb Universitetinin “Təbabətin aktual problemləri” beynəlxalq elmi praktiki konqres, Bakı, (2023)

Dissertasiya işinin ilkin müzakirəsi Azərbaycan Tibb Universitetinin Nevrologiya kafedrasının, Epidemiologiya kafedrasının, Kliniki Farmakologiya və Daxili xəstəliklər kafedrasının kafedrlararası iclasında aparılmışdır (protokol №11; 15.05.2023-cü il). Azərbaycan Tibb Universitetinin nəzdində fəaliyyət göstərən ED 2.05 Dissertasiya Şurasının elmi seminarında (14.09.2023-cü il; protokol №1) məruzə və müzakirə edilmişdir.

Nəşrlər. Tədqiqatın əsas nəticələri 5 jurnal məqaləsində, o cümlədən ikisi Rusiyada (beynəlxalq indeksləşmə sistemində olan jurnallar), 3 Azərbaycanda və 5 konfrans materiallarında verilmişdir. Məqalələrin nəşr olunduğu jurnallar Ali Attestasiya Komissiyasının tövsiyə etdiyi jurnallardır.

Azərbaycan Tibb Universiteti Tədris Terapevtik Klinikasında, əvvəlki 18 saylı BŞX-də, 1, 2, 5 saylı Bakı şəhər poliklinikalarında tətbiq olunur. Dissertasiyada alınmış nəticələr “Səhiyyə təşkili” sahəsində həkim mütəxəssislərin və rezidentlərin təhsilində sübutlu məlumatlar kimi istifadə olunur.

Dissertasiya işinin yerinə yetirildiyi təşkilatın adı: Azərbaycan Tibb Universiteti

Dissertasiyanın struktur bölmələrinin ayrılıqda həcmi qeyd olunmaqla dissertasiyanın işarə ilə ümumi həcmi: Giriş – 8004 işarə; I fəsil (Ədəbiyyat icmalı) – 45272 işarə; II fəsil (Tədqiqatın materialları və metodları) – 9368 işarə; Alınmış nəticələr (III fəsil – 36022 işarə; IV fəsil– 38953 işarə; V fəsil– 33494 işarə; VI fəsil – 19567 işarə;) VII fəsil (alınmış nəticələrin müzakirəsi və yekunu) – 10810 işarə; nəticələr – 2502 işarə; praktik tövsiyələr – 481 işarə təşkil etmişdir. Ədəbiyyat siyahısında – 3 Azərbaycan dilində, 31 rus dilində və 175 ingilis dilində olan ədəbiyyat mənbələrindən istifadə olunmuşdur.

Dissertasiyanın işarə ilə ümumi həcmi (cədvəllər, diaqramlar və ədəbiyyat siyahısı istisna olmaqla) – 204473 işarədən, 40 cədvəl, 19 diaqramdan ibarətdir.

TƏDQIQATIN MATERIALLARI VƏ METODLARI

Müşahidə vahidi kimi mövcud klinik protokola müvafiq təsdiq olunmuş Parkinson xəstəliyi diaqnozu ilə pasiyent götürülmüşdür. Əhalinin Parkinson xəstəliyi ilə xəstələnməsini qiymətləndirmək üçün Bakı şəhər ambulator-poliklinika müəssisələrində 2010, 2011, 2012, 2013, 2014, 2015, 2016, 2017, 2018, 2019-cu illərdə ilk dəfə təsdiq olunmuş diaqnozlu (ilkin xəstələnmə) və qeydiyyatda olan bütün xəstələrin (ümumi xəstələnmə) tibbi kartları istifadə olunmuşdur. 2019-cu ildə qeydiyyatda olan 703 xəstənin həm tibbi sənədləri araşdırılmış, həm də kompleks müayinə aparılmışdır.

Müşahidə vahidləri barədə toplanmış məlumatlar (müşahidənin proqramı): yaş, cins, Parkinson xəstəliyinin olması ehtimalını göstərən əlamətlər (əzələ rigidliyi, sakitlik tremoru, postural qeyri-sabitlik), Parkinson xəstəliyini inkar etmək üçün əlamətlər

(anamnezdə təkrari insult, ağır kəllə-beyin travmaları, ensefalit, neyroleptik preparatların qəbulu, remissiya müddəti və birtərəfli əlamətlərin 3 ildən çox remissiyası, aparılmış kompüter tomoqrafiyası və beyinciyn morfometrik səciyyəsinin göstəriciləri, erkən başlayan demensiya, hidrosefaliya, levodopanın tətbiqinə reaksiyanın olmaması, neyrotoksik maddələrlə kontakt), Parkinson xəstəliyinin diaqnozunu təsdiq edən əlamətlər (əlamətlərin birtərəfli başlanması, sakitlik tremoru, progressivləşmənin intensivliyi, simptomatikanın asimmetrikliliyi, levodopaya pozitiv reaksiya, levodopa tətbiq etdikdə xoreiform diskineziyaların təzahürü, xəstəliyin davam müddəti və s.).

Parkinson xəstəliyinin diaqnozu təsdiq olunmuş (yuxarıda qeyd olunan əlamətlərdən ən azı üçünün eyni xəstədə olması) şəxslərdə əlamətlərin ilk debyutu vaxtında xəstələrin yaşı, xəstəliyin davam müddəti, klinik forması, yanaşı xəstəlikləri, ailə anamnezi və müalicə variantları qeydə alınmışdır.

Müşahidəyə götürülmüş xəstələrin klinik-morfoloji müayinəsi, onlarda somatik durumun obyektiv qiymətləndirilməsi və nevroloji statusun kompleks öyrənilməsinə əhatə etmişdir. Bütün xəstələrin ümumi laborator müayinəsi aparılmış, məqsədyönlü seçimdə qara substansiyanın ultrasəs müayinəsi və maqnit rezonans tomoqrafiyası icra olunmuşdur.

Müşahidəmizdə olan xəstələr Unifikasiya edilmiş Parkinson Reyting Şkalası (Unified Parkinson`s disease Rating Scale – UPDRS) ilə qiymətləndirilmişdir.

PX olan pasiyentlərin ölüm riskini və sağqalma ehtimalını öyrənmək üçün 2009-2010-cu illərdə ilk dəfə manifestasiya olunmuş Parkinson xəstəliyi ilə şəxslərdən ibarət 110 nəfərlik koqorta müşahidə edilmişdir. 2010-2019-cu illərdə hər il vəfat edənlərin tibbi şəhadətnamələri araşdırılmış, ölümün ilkin (əsas) səbəbi və bilavasitə səbəbi müəyyən olunmuşdur.

Tədqiqatda toplanmış materiallar qarşıya qoyulan məqsədə müvafiq adekvat metodlarla işlənmişdir. Statistik işlənmədə ilk növbədə təsviri statistika metodları istifadə olunmuşdur. Kəmiyyətə ifadə olunan məlumatların (xəstələrin yaşı, xəstəliyin davam müddəti və sair) təsviri statistik göstəriciləri hesablanmışdır.

BAKİ ŞƏHƏRİNDƏ 50 VƏ YUXARI YAŞLI ƏHALİ ARASINDA PARKINSON XƏSTƏLİYİNİN KLİNİKİ- EPİDEMİOLOJİ SƏCİYYƏLƏRİ

Parkinson xəstəliyinin 50 və yuxarı yaşlı əhali arasında ilkin xəstələnmə səviyyəsi 2010-cu ildə 100 min nəfərə görə 7,4 (95% etibarlılıq intervalı 5,23 - 9,55) təşkil etmişdir.

Sonrakı illərdə xəstələnmə səviyyəsi çox olmuşdur. İldən-ilə göstərici əksər hallarda artmış, yalnız 2012, 2014, 2016 və 2018 -ci illərdə əvvəlki illə müqayisədə nisbi stabil qalmışdır. Bu illərdə əhalinin PX ilə ilkin xəstələnməsinin fərqi χ^2 və 95% etibarlılıq intervalı meyarları ilə müqayisə etdikdə statistik düz (P>0,05) fərq sübut olunmamışdır, amma ilkin xəstələnmənin əsas trendini ən kiçik kvadratlar metodu ilə yoxladıqda onun düz xətliliyi diqqəti cəlb edir və aşağıdakı reqressiya tənliyi ilə ifadə olunur: $y=0,4739x$, burada y - ilkin xəstələnmə səviyyəsi, x - təqvim illərinin ardıcılıq nömrəsi (2010 – 1; 2011 – 2;.....2019 – 10). Reqressiya tənliyinin etibarlılıq dərəcəsi 95,46% təşkil edir (aproksimasiya göstəricisi $R^2= 0,9546$). Bu model üzrə proqnozlar belədir: 2029 – 2039- cu illərdə xəstələnmə səviyyəsi müvafiq olaraq 16 və 20⁰/₀₀₀₀ təşkil edə bilər.

Bakı şəhərində yaşı ≥ 50 il olan əhalinin ümumi xəstələnmə səviyyəsi (təqvim ilində qeydiyyatda olan bütün xəstələrin sayı) 100 min nəfərə görə 2010-cu ildə 101,4 (95% etibarlılıq intervalı 82,13 – 120,80) təşkil etmişdir. Sonrakı illərdə ümumi xəstələnmə səviyyəsi fərqli olmuş (102,13 – 110,6⁰/₀₀₀₀), amma fərq statistik düz deyildir (P>0,05). Diqqəti cəlb edən odur ki, göstəricinin ildən-ilə dəyişməsi dinamik artımla səciyyələnir, təqvim illəri ilə ümumi xəstələnmənin səviyyəsi arasında korrelyasiya əlaqəsi güclüdür. Ümumi xəstələnmə səviyyəsinin (y) təqvim illəri (x) üzrə dəyişməsi aşağıdakı reqressiya tənliyi ilə ifadə olunur: $y=0,9696x+100,93$.

Reqressiya tənliyinin etibarlılığı 92,4%-dir, aproksimasiyası yüksəkdir ($R^2=0,9244$). Ümumi xəstələnmənin 2029 və 2039-cu illərdə səviyyəsi 120 və 130⁰/₀₀₀₀ ehtimal olunur.

İlkin xəstələnmə səviyyəsi 2010 – 2019-cu illərdə kişi populyasiyasında 9,6 – 15,0 ⁰/₀₀₀₀, qadın populyasiyasında 5,5 – 9,4 ⁰/₀₀₀₀ intervalında olmuş, bütün illərdə qadınların xəstələnmə səviyyəsi

nisbətən az olmuşdur, amma fərqi statistik dürüslüyü sübut olunmur. Hər iki populyasiyada ilkin xəstələnmə səviyyəsi yaşdan asılı eyni istiqamətli artımla səciyyələnən trendə malik olmuşdur. Müşahidə müddətində ilkin xəstələnmənin nisbi riski kişi populyasiyasında qadın populyasiyası ilə müqayisədə müvafiq olaraq təşkil etmişdir: 1,75; 1,39; 1,72; 1,46; 1,57; 1,41; 1,75; 1,62; 1,73 və 1,60. PX-nin kişi və qadın populyasiyasında yayılma (ümumi xəstələnmə) səviyyəsi 2010 – 2019-cu illərdə müvafiq olaraq 130,6 – 147,7 və 76,3 – 83,8 ‰_{0000} intervalında olmuşdur. Bütün müşahidə müddətində PX-nin kişi populyasiyasında səviyyəsi statistik dürüst ($p < 0,05$) yüksəkdir. Nisbi riskin səviyyəsi qadınlarla müqayisədə müvafiq olaraq: 1,71; 1,67; 1,74; 1,70; 1,68; 1,65; 1,76; 1,68; 1,66 və 1,69 təşkil etmişdir. PX-nin yaranması, onunla bağlı letallığın ehtimalı ilk növbədə xəstələrin yaşından asılıdır. Xəstəliyin hansı yaşda başlanması və müşahidə müddətində xəstəliyin davam müddəti epidemioloji baxımdan əhəmiyyətlidir. Yaşdan və cinsdən asılı əhalinin PX ilə ilkin və ümumi xəstələnmə səviyyəsi cədvəldə verilmişdir.

PX-nin yayılma səviyyəsi (ümumi xəstələnmə) 100 min nəfərə görə 50-59 yaşlarda 88,3 (95 % etibarlılıq intervalı 72,8 – 103,7) kişi populyasiyasında, 42,7 (95 % etibarlılıq intervalı 32,6 – 52,7), qadın populyasiyasında olmuş və bir-birindən statistik dürüst fərqlənmişdir ($p < 0,05$). Bu göstərici yaşı 60-69 il olan kişi və qadın populyasiyalarında müvafiq olaraq 198,7 və 102,0 ‰_{0000} (95% etibarlılıq intervalı 170,6 – 226,8 və 83,0 – 121,0 ‰_{0000}), 50-59 yaşlardakı müvafiq göstəricidən statistik dürüst çox olmuş, qadın və kişi populyasiyalarında bir-birindən statistik dürüst fərqli olmuşdur ($p < 0,01$). Yaşı 70-79 il olan kişi və qadın populyasiyalarında PX ilə ümumi xəstələnmə (100 min nəfərə görə 232,0 və 152,2 (95 % etibarlılıq intervalı 171,1 – 292,8 və 109,2 – 195,2) əvvəlki yaş qrupları ilə müqayisədə statistik dürüst çoxdur. Göründüyü kimi, 50 - 80 il yaş intervalında PX-nin əhali arasında yayılması çoxalır. Bu trend 80 yaşdan sonra dəyişir: kişi populyasiyasında ümumi xəstələnmə (136,2 ‰_{0000} ; 95% etibarlılıq intervalı 109,7 – 195,2 ‰_{0000}) səviyyəsi azalır, amma qadın populyasiyasında çoxalır (178,6 ‰_{0000} ; 95% etibarlılıq intervalında 128,1 – 229,0 ‰_{0000}) (cədvəl).

Beləliklə, 80 və yuxarı yaşlarda kişi və qadın populyasiyalarında PX ilə ümumi xəstələnmənin əsas səciyyəsi göstəricisinin qadın populyasiyasında yüksək olması və əvvəlki yaşlarla müqayisədə çoxalmağa meyilli olmasındadır.

PX –nin ağırlıq dərəcəsinə təsir edən amillərdən biri onun progressivləşmə tempidir. Xəstəliyin bir mərhələdən digər mərhələyə keçidi 2 ildən az müddətdə baş verdikdə progressivləşmə tempi sürətli hesab edilir. Sürətli progressivləşmə xəstələrin 5,1%-ində (95% etibarlılıq intervalı 3,5 – 6,8%) qeydə alınmışdır.

Belə progressivləşmə tempi kişilərdə 5,3% (95% etibarlılıq intervalı 3,1 - 7,5%), qadınlarda 4,9% (95% etibarlılıq intervalı 2,3 – 7,4%) hallarda qeydə alınmışdır və bir-birindən statistik dürüst fərqlənməmişdir ($p>0,05$). Mülayim progressivləşmə tempi (xəstəliyin bir stadiyadan digərinə keçidi 2-5 il intervalında baş verir) 87,5% (95 % etibarlılıq intervalı 85,0 – 90,0%) xəstədə müşahidə olunmuşdur.

Cədvəl. Əhalinin PX ilə ilkin və ümumi xəstələnmə səviyyəsinin yaşdan və cinsdən asılı dəyişməsi

Yaş, illər	Cins	Əhəlinin sayı, min	PX olanların sayı		İlkin xəstələnmə, 100 minə görə		Ümumi xəstələnmə, 100 minə görə	
			İlkin	Cəmi	Səviyyə	95%Eİ	Səviyyə	95%Eİ
50 - 59	Kişi	14,73	7	130	4,8	1,2 – 8,3	88,3	72,8 – 103,7
	Qadın	16,86	4	72	2,4	0 – 4,7	42,7	32,6 – 52,7
60 – 69	Kişi	10,00	14	200	13,9	6,5 – 21,4	198,7	170,6 – 226,8
	Qadın	11,27	10	115	8,9	3,3 -14,5	102,0	83,0 – 121,0
70 – 79	Kişi	25,000	15	58	60,0	29,0 – 90,9	232,0	171,1 – 292,8
	Qadın	32,85	10	50	30,4	11,2– 47,7	152,2	109,2 – 195,2
80 və çox	Kişi	2,056	8	28	38,9	11,4 - 66,4	136,2	84,7 – 187,6
	Qadın	2,800	8	50	28,6	8,4 – 48,8	178,6	198,1 – 229,0

Bu növ proqressivləşmənin müşahidəsi kişilərin 87,3%-də (95 % etibarlılıq intervalı 84,0 – 94,5%), qadınların 7,8%-də (95% etibarlılıq intervalı 83,9 – 91,7%) qeydə alınmışdır, gender fərqi statistik dürüst deyildir ($p>0,05$). Ləng proqressivləşmə tempi (xəstəliyin bir stadiyadan digər stadiyaya keçidi 5 ildən çox müddətdə baş verir) 7,4% (95% etibarlılıq intervalı 5,1 – 9,3%) xəstədə müşahidə olunmuşdur .

Xəstəliyin I mərhələsi (ətraflarda birtərəfli əlamətlərin təzahürü) 18,8% (95% etibarlılıq intervalı 15,9 – 21,7%) xəstədə qeydə alınmışdır. Bu mərhələdə kişi (21,6±4,0%) və qadınlarda (14,6±4,1%) fərqli səviyyədə olmuş, amma fərqi statistik dürüslüyü təsdiq olunmur ($p>0,05$). PX-nin II mərhələsi (əlamətlərin ikitərəfli olması, postural dayanıqsızlıq formalı 37,6 % (95% etibarlılıq intervalı 33,9 – 41,9%) xəstədə aşkar edilmişdir, kişi (39,2±8,2%) və qadınlarda (35,2±5,6 %) bir-birinə yaxın səviyyədə olmuşdur (($p>0,05$). PX III mərhələsi (mülayim postural dayanıqsızlıq fonunda ikitərəfli əlamətlərin təzahürü) xəstələrin 26,6 %-də (95 % etibarlılıq intervalı 23,3 – 29,9%) qeydə alınmışdır, kişilərdə (23,8±4,2%) və qadınlarda (30,7±5,4%) bir-birindən fərqli olmamışdır ($p>0,05$). PX-nin IV (hərəkəti aktivliyin ciddi pozulması, yardımsız hərəkətin çətinləşməsi) və V mərhələsi (xəstənin yataqdan dura bilməməsi) 17,0% xəstədə qeydə alınmışdır (95% etibarlılıq intervalı 14,3 – 19,9%) kişilərin 15,4±3,5%-ində, qadınların 19,5± 3,7%-ində müşahidə olunmuşdur ($p>0,05$).

PX-nin klinik formalarına görə bölgüsü göstərir ki, əksər hallarda (57,6 %; 95% etibarlılıq intervalı 54,0 – 61,3%) xəstəliyin qarışıq forması müşahidə olunur. Akinetik rigidlik forma nisbətən az qeydə alınmışdır (16,9%; 95% etibarlılıq intervalı 14,2 – 9,7%). Əsmə forma xəstələrin 25,5%-də (95% etibarlılıq intervalı 22,2 – 28,7%) aşkar edilmişdir. Qarışıq, akinetik rigidlik və əsmə formalı PX-nin xüsusi çəkiliəri kişi (müvafiq olaraq 60,1±4,8; 19,0±3,8 və 20,9±4,0%) və qadın (54,0±5,9; 13,9±4,1 və 32,1±5,5%) qruplarında fərqli olmuşdur ($p<0,05$).

PX-nin gedişini ağırlaşdıran, pasiyentlərin ölüm ehtimalını artıran amillərdən biri polimorbidlik (komorbidlik) hesab olunur.

Şəkərli diabet 23,5% xəstədə aşkar edilmişdir. Kişi (21,4±4,0%) və qadınlarda (26,5±5,2%) aşkar edilmiş şəkərli diabetin yayılma səviyyəsi bir-birindən statistik dürüst fərqlənməmişdir. Arterial hipertenziya PX olanların 38,1%-ində (95% etibarlılıq intervalı 34,5 – 41,7%) qeydə alınmışdır. Bu patologiyanın da intensivliyi kişi (36,1±4,7%) və qadın (41,1±5,8%) qruplarında bir-birinə yaxın olmuşdur. Ürəyin işemik xəstəliyi 8,4 % xəstədə müşahidə olunmuşdur (7,0% kişilərdə, 10,4 % qadınlarda). PX olan şəxslərin 29,7 %-də (95% etibarlılıq intervalı 26,4 – 33,1%), o cümlədən, kişilərin 26,4%-də, qadınlarda 34,5%-də ağır xroniki xəstəliklər qeydə alınmamışdır. Bu kateqoriyalı pasiyentlərin xüsusi çəkilişi qadın populyasiyasında statistik dürüst yüksəkdir ($p < 0,05$).

PX-nın klinik təzahürü zəngin əlamətlərlə səciyyələnir. Vegetativ pozuntularda ən çox yayılmış əlamət hipersalivasiyadır. Bu əlamət xəstələrin 69,0%-də (95% etibarlılıq intervalı 65,5 – 72,5%) qeydə alınmışdır. PX fonunda ən çox müşahidə olunan əlamətlərdən biri də qəbizlikdir. Müşahidəmizdə olan xəstələrin 69,8%-də (95% etibarlılıq intervalı 66,4 – 73,3%) qəbizlik qeydə alınmışdır.

Ortostatik hipotenziya müşahidəmizdə olan xəstələrin 61,3%-də (57,6 – 65,0%) qeydə alınmışdır. Tədqiqatımızda xəstələrin 50,6%-də (95% etibarlılıq intervalı 46,8 – 54,4%) həyəcanlılıq, 74,3%-də qıcıqlılıq (95 % etibarlılıq intervalı 71,0 – 77,3%), 64,6%-də yuxululuq (95% etibarlılıq intervalı 61,0 – 68,2%), 63,6%-də (95% etibarlılıq intervalı 59,9 – 67,2%) düşünmənin ləngiməsi, 67,7%-də (95 % etibarlılıq intervalı 64,2 – 71,2) yaddaşın zəifləməsi əlamətləri qeydə alınmışdır.

Müşahidəmizdə olan xəstələrdə əsasən aşağı amplitudalı tremor qeydə alınmışdır (98%; 95% etibarlılıq intervalı 97 - 99%). Sağ və sol əldə birtərəfli tremor müvafiq olaraq 25,9 % (95 % etibarlılıq intervalı 22,6 – 29,1%) xəstədə müşahidə olunmuşdur. Əllərin ikitərəfli tremoru xəstələrin üçdə birində aşkar edilmişdir (32,7%; 95 % etibarlılıq intervalı 29,2 – 36,2%). Başın əsməsi 11,2% (95 % etibarlılıq intervalı 8,9 – 13,6%) xəstədə qeydə alınmışdır. Əl və başın müştərək əsməsi 4,3% (95% etibarlılıq intervalı 2,8 – 5,8%) xəstədə müşahidə olunmuşdur.

PX baş-beyinin xroniki degenerativ xəstəliyi olduğunu nəzərə alıb xəstələrin transkraniyal ultrasonoqrafiyası və maqnit rezonans tomoqrafiyası aparılmışdır. Müşahidəmizdə olan 703 xəstənin 60 nəfərində bu müayinə metodlarını tətbiq etmək mümkün olmuşdur.

Transkraniyal ultrasonoqrafik müayinə zamanı xəstələrin 18,3±4,9 %- də beyinin qara substansiyasında simmetrik, 63,3±6,2%-də assimetrik dəyişməsi, 18,3±4,9%-də isə normal durumu müəyyən olunmuşdur. Qara substansiyanın normal durumu akinetik-rigidlik (10,0±6,7%), qarışıq (15,0±7,9%) və əsmə formalı (30,0<10,2%) PX-də bir-birindən fərqli səviyyədə qeydə alınmışdır, amma onların fərqi statistik dürüst olmamışdır ($\chi^2<0,38$; $\bar{G}=1,0$; $p>0,05$). Bütün klinik formalar üçün qara substansiyanın asimmetrik dəyişməsi səciyyəvi olmuşdur (75,0±9,6% akinetik-rigidlik formada, 50,0± 11,1% qarışıq formada və 65,0±10,6% əsmə formasında). Qara substansiyanın simmetrik dəyişməsi olan xəstələrin xüsusi çəkisinə görə PX-nin klinik formaları bir-birindən statistik dürüst fərqlənmişdir: qarışıq formalı PX-də xəstələrin 35,0±10,6 %-də qara substansiyada simmetrik dəyişiklik qeydə alınmışdır, bu göstərici əsmə formalı PX-də ən aşağı səviyyədə olmuşdur (5,0±4,8%). Qarışıq və əsmə formalı PX-də qara substansiyanın simmetrik dəyişikliyi aşkar edilmiş xəstələrin xüsusi çəkisi bir-birindən statistik dürüst fərqlənmişdir ($\chi^2=4,5$; $\bar{G}=1,0$; $p<0,05$). Qara substansiyanın dəyişməsi PX-nin mərhələsindən asılı daha çox fərqli olmuşdur. Xəstəliyin I mərhələsində xəstələrin 60±12,6%-də qara substansiyada dəyişiklik olmamışdır, xəstəliyin II mərhələsində bu göstəricinin səviyyəsi bir qədər az olmuşdur (10,0± 6,7%). PX-nin III - IV mərhələlərində bütün xəstələrin qara substansiyası dəyişikliyə uğramışdır.

Ultrasonoqrafiyanın imkanları beyinin morfometrik səciyyə-lərini öyrənmək üçün məhduddur. Daha etibarlı morfometrik səciyyə-lərinin öyrənilməsini maqnit rezonans tomoqrafiyası təmin edir. PX olanlarda nəzarət qrupu ilə müqayisədə yuxarı alın, sağ presentral, yuxarı gicgah qırışlarının həcmi statistik dürüst yüksəkdir, yan, adacığın dairəvi, H formalı orbital, yan gicgah-ənsə şırımlarının həcmi statistik dürüst azalmışdır. PX olanlarda həmçinin orbitofrontal medial qabığın, ağ maddədə hipointensiv ocaqların ümumi həcmi statistik dürüst çoxdur, adacıq qabığının həcmi isə statistik dürüst azdır.

Beləliklə, PX üçün beynin qara substansiyanın dəyişikliyi, bəzi morfometrik ölçülərinin çoxalması, bəzilərinin isə ölçülərinin azalması səciyyəvidir.

PARKINSON XƏSTƏLİYİNİN KLİNİK SƏCİYYƏLƏRİNİN QARŞILIQLI ƏLAQƏSİ VƏ RİSK AMİLLƏRİ

PX-nin I mərhələsində əsasən onun qarışıq və əsmə formaları ($55,1\pm 4,8$ və $33,5\pm 3,9\%$) müşahidə olunur, II mərhələsində qarışıq formanın payı çoxalır ($73,4\pm 2,6\%$), əsmə formanın payı azalır ($15,3\pm 2,3\%$). III mərhələsində də qarışıq formanın payı azalır ($47,6\pm 3,6\%$), əsmə formanın payı isə çoxalır ($38,5\pm 3,5\%$).

Xəstəliyin IV - V mərhələlərində akinetik-rigidlik forma daha çox rast gəlinir ($45,0\pm 4,5\%$). Xəstəliyin davam müddətindən asılı onun akinetik-rigidlik formasının xüsusi çəkisi praktik dəyişmişdir (0-4, 5-9, 20 və çox il davam edən hallarda müvafiq olaraq $17,1\pm 1,9$; $17,7\pm 2,5$ və $14,8\pm 3,9\%$, $p > 0,05$), 10 il və çox davam edən PX daha çox qarışıq forması ilə təzahür olunur ($64,5\pm 4,3\%$). Kişi və qadın qruplarında PX- nin klinik formalarının xüsusi çəkisi statistik dürüst fərqlidir ($p < 0,05$): kişi qrupunda qarışıq ($61,5\pm 2,3\%$), və akinetik-rigidlik ($21,4\pm 2,0$) forması nisbətən çoxdur, qadın qrupunda da qarışıq formalı PX çoxluq təşkil edir ($37,6\pm 2,8\%$).

PX-nin proqnozu üçün əhəmiyyətli əlamətlərdən ən vacibi onun progressivləşmə tempidir. Müşahidəmizdə olan toplumda sürətli və ləng tempə inkişaf edən PX-nin xüsusi çəkisi müvafiq olaraq $5,1\pm 0,8$ və $7,4\pm 1,0\%$ təşkil etmişdir. Birinci və ikinci beşillik müddətdə PX-nin progressivləşmə tempinə görə bölgüsü stabil olmuşdur ($3,4\pm 1,4$ və $4,4\pm 1,0\%$ sürətli temp, $8,4\pm 1,3$ və $6,6\pm 1,8$ ləng temp). 10 il və çox davam edən PX-nin sürətli tempi 3 dəfəyə qədər ($p < 0,05$) çoxdur ($11,6\pm 1,8$). Xəstələrin cinsindən asılı xəstəliyin progressivləşmə tempinə görə strukturu əhəmiyyətli dərəcədə dəyişməmişdir ($p > 0,05$).

PARKINSON XƏSTƏLİYİNİN DƏRMAN MÜALİCƏSİNİN SƏCİYYƏLƏRİ VƏ EFFEKTİVLİYİ

Parkinson xəstəliyinin müalicəsində geniş çeşiddə dərman preparatları istifadə olunur. Dərman preparatlarının seçimi xəstəliyin inkişafının etaplarından asılıdır.

Diqqəti cəlb edən odur ki, monoterapiya nisbətən az sayda xəstəyə təyin edilmişdir: Piribedil – $17,1 \pm 1,4\%$; Triheksifenidil – $10,7 \pm 1,2\%$ (cəmi $27,8\%$). Politerapiyanın iki variantı nəzərə çarpır: iki-üç farmakoterapevtik qrupların bir preparatın (nakom-levadopa+karbidopa, madopar-levadopa+benserazid, Stalevo-Levadopa+Karbidopa+Entokapon) tərkibində kombinə olunmuş variantı (müvafiq olaraq $28,2 \pm 1,7$; $2,4 \pm 0,6$ və $2,1 \pm 0,5\%$; cəmi $32,7\%$); iki-üç preparatın kombinəsi fonunda politerapiya (Nakom+ Siklodol; Nakom+Akineton; Nakom+Midantan; Madopar+Akineton; Madopar+Praksol; Madopar+Stalevo+Amantadin; Stalevo+Pronoran; Stalevo+Akineton; Levokarb+Madopar; Praksol+Alçeba+Madopar). Dofamin sələfləri və periferik dekarboksilaza inhibitorları (100 xəstəyə görə müvafiq olaraq $63,2 \pm 1,8$ və $59,2 \pm 1,9$; istifadə olunan dərmanların müvafiq olaraq $35,5$ və $33,2\%$) digər qruplar üzrə preparatların təyini nisbətən azdır.

Qeyd olunduğu kimi Bakı şəhər poliklinikalarında PX-nin müalicəsində ən çox Nakom ($28,2 \pm 1,7\%$), Pronoran ($17,1 \pm 1,4\%$), Siklodol ($10,7 \pm 1,2\%$), Nakomla Siklodolun ($10,4 \pm 1,2\%$) Nakomla Akinetonun ($10,1 \pm 1,1\%$) kombinasiyası tətbiq olunmuşdur.

PX olan şəxslərdə Nakomla müalicə fonunda psixi pozuntuların bir sıra əlamətləri, o cümlədən həyəcanlılıq ($50,5 \pm 3,5\%$ -dən $40,4 \pm 3,4\%$ -ə qədər, $p < 0,05$), qıcıqlıq ($73,1 \pm 3,1\%$ -dən $63,6 \pm 3,4\%$ -ə qədər $p < 0,05$), təlaş ($24,2 \pm 3,0\%$ -dən $15,6 \pm 2,5\%$ -ə qədər, $p < 0,05$), yuxuluqluq ($64,6 \pm 3,3\%$ -dən $48,9 \pm 3,5\%$ -ə qədər, $p < 0,05$), ləng düşünmə ($63,6 \pm 3,4\%$ -dən $56,0 \pm 3,5\%$ -ə qədər $p < 0,05$), yaddaş zəifliyi ($67,7 \pm 3,3\%$ -dən $50,0 \pm 3,5\%$ -ə qədər, $p < 0,05$) kimi əlamətləri olanların sayı statistik dürüst azalmışdır. Digər əlamətlərə görə (yorğunluq, disforiya, eyforiya, mutizm, aqressiya və insomiya) azalma statistik dürüst olmamışdır ($p > 0,05$).

Sensor pozuntuların əlamətlərinə görə də oxşar nəticələr izlənilir, ağrı ($43,9 \pm 3,5$ və $33,8 \pm 3,3\%$), narahat ayaq ($36,4 \pm 3,4$ və $27,2 \pm 3,1\%$) və anosmiya ($25,3 \pm 3,0$ və $16,2 \pm 2,6\%$) əlaməti olanların xüsusi çəkisi dürüst azalmışdır ($p < 0,05$), paresteziya və akatiziya əlamətləri olanların xüsusi çəkisi statistik dürüst dəyişməmişdir ($p > 0,05$).

Beləliklə, PX-nin müalicəsində Nakomun istifadəsi bir sıra əlamətlərin yayılmasının azalması üçün real imkan yaratmışdır, amma bütün pasiyentlərdə ayrı-ayrı əlamətləri aradan qaldırmaq mümkün olmamışdır.

Bakıda PX-nin müalicəsində $17,1 \pm 1,4\%$ hallarda Pronoranla monoterapiya tətbiq olunmuşdur. Pronoran tərkibində olan piribedil baş beyində dofaminergik reseptorlarla birləşməklə və α -2 reseptorların antoqonisti, dofaminergik reseptorların aqonisti (bioloji reaksiyanı gücləndirən) kimi təsirə malikdir. Statistik əhəmiyyətli dərəcədə ($p < 0,05$) müşahidə olunan pozitiv dəyişikliklərə aid etmək olar: ortostatik hipotenziyanın ($59,2 \pm 4,4\%$ -dən $45,8 \pm 4,5\%$ -ə qədər), həyəcanlılığın ($48,3 \pm 4,5\%$ -dən $32,5 \pm 4,2\%$ -ə qədər), qıcıqlılığın ($72,5 \pm 4,0\%$ -dən $53,3 \pm 4,5\%$ -ə qədər), disforiyanın ($37,5 \pm 4,4\%$ -dən $25,8 \pm 3,9\%$ -ə qədər), yuxululuğun ($62,5 \pm 4,4\%$ -dən $49,1 \pm 4,5\%$ -ə qədər), ləng düşünmənin ($61,7 \pm 4,4\%$ -dən $49,1 \pm 4,5\%$ -ə qədər), yaddaş zəifliyinin ($65,8 \pm 4,3\%$ -dən $50,8 \pm 4,5\%$ -ə qədər), insomniyanın ($31,7 \pm 4,2\%$ -dən $22,5 \pm 3,8\%$ -ə qədər), narahat ayaq sindromunun ($34,1 \pm 4,3\%$ -dən $24,1 \pm 3,9\%$ -ə qədər) qeydə alındığı şəxslərin xüsusi çəkisinin azalması.

Unifikasiya edilmiş Parkinson Reyting Şkalası üzrə müalicə nəticəsində statistik dürüst yaxşılaşma (ballarla qiymətləndirmə göstəricilərin azalması) aşağıdakı əlamətlərə görə izlənilmişdir: tremor ($1,68 \pm 0,09$ və $1,32 \pm 0,10$ bal), rigidlik ($1,70 \pm 0,10$ və $1,35 \pm 0,11$ və $1,33 \pm 0,10$ bal), stuldan qalxma ($1,45 \pm 0,09$ və $1,20 \pm 0,10$ bal), yeriş ($1,68 \pm 0,10$ və $1,31 \pm 0,11$ bal), düşünmə ($1,28 \pm 0,11$ və $1,01 \pm 0,10$ bal), depressiya ($1,42 \pm 0,11$ və $1,11 \pm 0,09$ bal), salivasiya ($1,84 \pm 0,11$ və $1,50 \pm 0,12$ bal), udma ($1,64 \pm 0,09$ və $1,28 \pm 0,10$ bal), məhsul doğrama ($1,71 \pm 0,11$ və $1,39 \pm 0,12$ bal), geyinmək ($1,70 \pm 0,12$ və $1,41 \pm 0,11$ bal), gigiyena ($1,38 \pm 0,08$ və $1,11 \pm 0,09$ bal). Digər əlamətlərə görə də statistik dürüst azalma qeydə alınmışdır. Beləliklə, PX-nin

müalicəsində Pronoranın tətbiqi əksər klinik əlamətlərin azalmasına və bir sıra əlamətlərin stabil qalmasına imkan verir.

Siklodol tərkibində bir farmakoloji təsiri olan preparat- trihek-sifenidil olan periferik və mərkəzi xolinobloklayıcı dərman kimi hərəki pozuntuların müalicəsində istifadə olunur. Bu preparat Bakıda PX olan pasiyentlərin $10,7 \pm 1,2\%$ -ə təyin olunmuşdur. Müalicə zamanı xəstələrdə PX əlamətlərinin yayılma səviyyəsinin dinamikası göstərir ki, hərəki pozuntuların ağırlıq dərəcəsi əhəmiyyətli dərəcədə azalmışdır: nitq $1,52 \pm 0,08$ baldan $1,20 \pm 0,10$ bala qədər ($p < 0,05$), mimika $1,48 \pm 0,09$ baldan $1,12 \pm 0,10$ bala qədər, tremor $1,56 \pm 0,11$ baldan $1,20 \pm 0,12$ bala qədər ($p < 0,05$), barmaqla döyəcləmə $1,56 \pm 0,11$ baldan $1,16 \pm 0,12$ bala qədər ($p < 0,05$), əl hərəkəti $1,46 \pm 0,09$ baldan $1,12 \pm 0,11$ bala qədər ($p < 0,05$) və pəncə hərəkəti $1,51 \pm 0,11$ baldan $1,19 \pm 0,13$ bala qədər ($p < 0,05$), stuldan durma $1,54 \pm 0,13$ baldan $1,22 \pm 0,11$ bala qədər ($p < 0,05$), yeriş $1,48 \pm 0,09$ baldan $1,21 \pm 0,10$ bala qədər ($p < 0,05$). Bu xəstələrdə rigidliyin azalması ($1,61 \pm 0,13$ baldan $1,43 \pm 0,12$ bala qədər) statistik dürüst olmamışdır.

PX-nin əlamətlərindən hipersalivasiya ($66,7 \pm 5,4$ və $45,3 \pm 5,7\%$; $p < 0,05$), ortostatik hipotenziya ($60,0 \pm 5,6$ və $33,3 \pm 5,4\%$; $p < 0,05$), həyəcanlılıq ($49,3 \pm 5,7$ və $30,6 \pm 5,3\%$; $p < 0,05$), qıcıqlılıq ($73,3 \pm 5,1$ və $45,3 \pm 5,7\%$; $p < 0,05$), yorğunluq ($50,6 \pm 5,7$ və $34,6 \pm 5,4\%$; $p < 0,05$), yuxululuq ($62,6 \pm 5,5$ və $38,6 \pm 5,6\%$; $p < 0,05$), rəng düşünmə ($61,3 \pm 5,6$ və $37,3 \pm 5,5$; $p < 0,05$), yaddaş zəifliyi ($65,3 \pm 5,5$ və $37,3 \pm 5,6\%$; $p < 0,05$), insomniya ($32,0 \pm 5,3$ və $17,3 \pm 4,3\%$; $p < 0,05$), ağrı ($44,0 \pm 5,7$ və $25,3 \pm 5,0\%$; $p < 0,05$), akatiziya ($36,0 \pm 5,5$ və $21,3 \pm 4,7\%$; $p < 0,05$) olan əlamətlərin sayı azalmışdır.

Beləliklə, siklodol PX olanlarda həm hərəki funksiyaların, həm də digər əlamətlərin pozitiv istiqamətdə dəyişməsinə imkan yaranmışdır.

Nakom (levodopa+karbidopa) siklodolla kombinasiya olunanda iki farmakoloji effekt (beyində dofaminin miqdarını çoxaltmaq və xolinobloklayıcı) əldə olunur. Bu kombinasiya PX-də $10,4 \pm 1,2\%$ hallarda tətbiq edilmişdir.

Diqqəti cəlb edən budur ki, PX-nin bütün əlamətlərinin yayılma səviyyəsi və ağırlıq dərəcəsi azalmışdır, amma azalma hallarının statistik dürüstlüyü həmişə təsdiq olunmur. Belə ki, vegetativ

pozuntuların əlamətlərindən yalnız ağız quruluğu olan pasiyentlərin sayı statistik dürüst azalmışdır ($37,0 \pm 4,4$ və $26,0 \pm 2,9\%$; $p < 0,05$), hiperhidroz ($28,8 \pm 5,2$ və $23,3 \pm 4,9\%$; $p > 0,05$), hipersalivasiya ($68,5 \pm 5,4$ və $57,5 \pm 5,7\%$; $p > 0,05$), ortostatik hipotenziya ($58,9 \pm 5,7$ və $47,9 \pm 5,8\%$; $p > 0,05$) əlamətlərinin yayılmasının azalması statistik dürüst olmamışdır. Statistik dürüst azalma psixi pozuntu əlamətlərinə görə də izlənilir: yorğunluğu olanlar $50,6 \pm 5,8\%$ -dən $39,7 \pm 5,7\%$ -ə qədər ($p < 0,05$), təlaşı olanlar $23,2 \pm 4,9\%$ -dən $9,3 \pm 3,8\%$ -ə qədər ($p < 0,05$), yaddaş zəifliyi olanlar $65,8 \pm 5,5\%$ -dən $51,7 \pm 5,8\%$ -ə qədər, eyforiyası olanlar $16,4 \pm 4,3\%$ -dən $5,4 \pm 2,6\%$ -ə qədər ($p < 0,05$), mutizm olanlar $24,6 \pm 5,0\%$ -dən $10,6 \pm 4,0\%$ -ə qədər ($p < 0,05$), aqressiyası olanlar ($16,4 \pm 4,3\%$ -dən $5,4 \pm 2,6\%$ -ə qədər ($p < 0,05$), insomniyası olanlar ($34,8 \pm 5,4\%$ -dən $21,9 \pm 4,8\%$ -ə qədər ($p < 0,05$)). Amma bir sıra psixi pozuntu əlamətlərinin azalması statistik dürüst olmamışdır ($p > 0,05$): həyəcanlılıq ($49,3 \pm 5,8\%$ -dən $38,3 \pm 5,6\%$ -ə qədər), qıcıqlıq ($72,6 \pm 5,2\%$ -dən $61,6 \pm 5,6\%$ -ə qədər), disforiya ($38,3 \pm 45,6\%$ -dən $27,3 \pm 5,2\%$ -ə qədər), yuxulu olmaq ($63,0 \pm 5,6\%$ -dən $52,0 \pm 5,8\%$ -ə qədər).

Əksər sensor pozuntu əlamətləri müalicə prosesində azalmışdır: paresteziya $38,3 \pm 5,6\%$ -dən $25,3 \pm 5,2\%$ -ə qədər ($p < 0,05$), ağrı hissiyyatı $48,8 \pm 5,8\%$ -dən $32,8 \pm 5,4\%$ -ə qədər ($p < 0,05$), akatiziya $37,0 \pm 5,6\%$ -dən $21,0 \pm 2,8\%$ -ə qədər ($p < 0,05$), anosmiya $25,3 \pm 4,9\%$ -dən $12,3 \pm 3,8\%$ -ə qədər ($p < 0,05$).

Nakomla Siklodolun kombinə olunmuş tətbiqi zamanı xəstələrdə bütün hərəki funksiyaları optimallaşması qeydə alınmışdır.

Beləliklə, nakomla siklodolun kombinə olunmuş tətbiqi nəticəsində PX-nin əlamətlərinin xəstələrdə müşahidəsi azalmış, hərəki, düşünmə və gündəlik fəaliyyət göstəriciləri yaxşılaşmışdır.

Akineton antixolinergik preparatdır, onun Nakomla kombinasiyası ilə müalicə zamanı müşahidə olunan bütün vegetativ pozuntu əlamətlərinə (ağız quruluğu, hipersalivasiya, hiperhidroz, ortostatik hipotenziya), psixi dəyişikliklər (həyəcanlılıq, qıcıqlılıq, yorğunluq, disforiya, təlaş, yuxululuq, ləng düşünmə, yaddaş zəifliyi, eyforiya, mutizm, aqressiya, ansomniya), sensor pozuntulara görə (paresteziya, ağrı, akatiziya, narahat ayaq sindromu, anosmiya) pozitiv nəticə alınmışdır ($p < 0,05$).

Effektivliyi kompleks qiymətləndirilmiş müalicə variantları: pronoran və siklodolla monoterapiya, nakomla iki dərmanın kombinasiyası, nakomla siklodolun (3 dərmanın kombinasiyası), nakomla akinetonun (3 dərmanın kombinasiyası), stalevo, madopar və midantanla üçdən çox dərmanın kombinasiyası pozitiv nəticə əldə etməyə imkan verir. Bu variantlarda xəstələrin yaşı, xəstəliyin davam müddəti və mərhələsi nəzərə alınmaqla Unifikasiyaedilmiş Reyting Şkalasının I, II, III hissələrinin və bütövlükdə orta balların səviyyəsinə görə statistik dürüst fərq olmamışdır.

PX OLAN PASİYENTLƏRİN ÖLÜM SƏVİYYƏSİ, SƏBƏBLƏRİ VƏ SAĞQALMA EHTİMALININ PREDİKTORLARI

PX-nin ilk dəfə aşkar olunduğu vaxtdan sonra 10 il ərzində xəstələrin ölüm səviyyəsi $6,4 \pm 2,3\%$ -lə $42,8 \pm 9,3\%$ intervalında dinamik çoxalır, 10 il ərzində kumulyasiya olunmuş letallıq $85,5 \pm 5,8\%$ (orta illik $8,55\%$) təşkil edir, kişilərdə ($93,8 \pm 2,7\%$ kumulyativ, $9,38\%$ orta illik) qadınlarla müqayisədə ($63,3 \pm 8,7\%$ kumulyativ, $6,33\%$ orta illik) statistik dürüst ($p < 0,05$) çoxdur. PX olanların ölüm ehtimalı populyasiyada olduğu kimi yaşdan və cinsdən asılıdır. Populyasiyada 60 və yuxarı yaşlı kişi və qadınların ölüm səviyyəsi (müvafiq olaraq 7 və $6,2\%$) PX olanların müvafiq qruplarında ölüm riskindən ($9,38$ və $6,33\%$) azdır, PX ilə bağlı insanların ölüm riski kişilərdə 1,34 dəfə, qadınlarda 1,02 dəfə yüksəkdir, PX əsasən kişilərin ölüm riskini əhəmiyyətli dərəcədə artırır. Ölüm riskinə statistik təsir edən amillərə aiddir: yaş (həm xəstəliyin ilk dəfə manifestasiyası yaşı, həm də müşahidə vaxtı yaşı), yanaşı xəstəliklər (şəkərli diabet, serebrovaskulyar xəstəliklər, ürəyin işemiya xəstəliyi), xəstəliyin mərhələsi və demensiya fonunda assosiasiyası. PX olan şəxslərin ölüm səbəbləri (ilkin səbəblər) arasında Parkinson xəstəliyinin payı $23,4\%$ -dir, əksər hallarda xəstələr arterial hipertenziya ($51,1\%$) ilə bağlı vəfat edirlər. Ölümün ilkin səbəbləri arasında şəkərli diabetin, bədxassəli şişlərin, ağciyərlərin xroniki obstruktiv xəstəliklərinin, piyelonefrit və qaraciyər sirrozunun xüsusi çəkisi müvafiq olaraq $7,4$; $5,3$; $4,2$; $5,3$ və $3,2\%$ təşkil edir. Ölümün bilavasitə səbəbləri kimi $24,5\%$ hallarda

kəskin miokard infarktı, 36,2% hallarda beyin qan dövranının kəskin pozulması, 11,7% hallarda ağciyər arteriyasının trombozu, 10,6% hallarda pnevmoniya, 4,2% hallarda uremiya, 7,4% hallarda beyin ödemi, 5,3% hallarda kardiogen şok göstərilir. PX olan pasiyentlərin 1 – 10 illik sağqalma ehtimalı $0,94 \pm 0,21 - 0,41 \pm 0,9$ intervalında dəyişir, xəstəliyin ilkin təzahür etdiyi yaşdan (≤ 70 və > 70 yaşda $0,96 \pm 0,20 - 0,50 \pm 0,11$; $0,91 \pm 0,41 - "0"$), xəstənin yaşından (≤ 70 və > 70 yaşda $0,96 \pm 0,20 - 0,50 \pm 0,16$ və $0,91 \pm 0,41 - 0,38 \pm 0,16$), cinsindən (kişilərdə $0,93 \pm 0,33 - 0,29 \pm 0,11$ və qadınlarda $0,97 \pm 0,23 - 0,65 \pm 0,15$), multimorbidlikdən ($0,87 \pm 0,50 - 0$ demensiya fonunda, $0,88 \pm 0,61 - 0$ kardiovaskulyar xəstəliklər fonunda, $0,97 \pm 0,21 - 0,48 \pm 0,11$ xroniki xəstəliyi olmayanlarda) asılıdır. Mono ($0,94 \pm 0,45 - 0,46 \pm 0,28$) və politerapiya sağqalma ehtimalına statistik dürüst təsir etmir. Bakıda PX olan pasiyentlərin mövcud müalicə taktikası fonunda orta illik ölüm ehtimalı (8,55%) Amerika Birləşmiş Ştatlarında yaşayan Asiya mənşəli şəxslərin müvafiq göstəricisinə (8,5%) yaxındır, İsveç əhalisinin müvafiq göstəricisindən (4,0%) 2 dəfə çoxdur.

NƏTİCƏLƏR

1. Bakıda 2010-2019-cu illərdə 50 və yuxarı yaşlı əhalinin Parkinson xəstəliyi ilə ilkin xəstələnməsi $7,4 - 12,0^0/0000$, ümumi xəstələnməsi $101,4 - 110,6^0/0000$ intervalında dəyişərək artmaq trendi ilə səciyyələnir, kişi və qadın populyasiyalarında ($9,6 - 15,0$ və $5,5 - 9,4^0/0000$ ilkin xəstələnmə; $130,6 - 147,7$ və $76,8 - 83,8^0/0000$) oxşar trendlə fərqli səviyyədə dəyişir, əsasən yaşdan asılı çoxalır (50-59, 60-69, 70-79, 80 və yuxarı yaşlarda ilkin xəstələnmə $4,8$; $13,9$; $60,0$ və $38,9^0/0000$ kişilərdə, $2,4$; $8,9$; $30,4$ və $28,6^0/0000$ qadınlarda, ümumi xəstələnmə $88,3$; $198,7$; $232,0$ və $136,2^0/0000$ kişilərdə, $42,7$; $102,0$; $152,2$ və $178,6^0/0000$ qadınlarda) xəstələrin 5,1%-də sürətli, 87,5%-də mülayim və 7,4%-də ləng progressivləşmə tempi, 18,8% I, 37,6%-də II, 26,6%-də III və 17,0%-də IV-V mərhələsində qeydə alınmış, xəstəliyin 50,6%-i 0-4, 32,1%-i

- 5-9 və 17,2%-i 10 il və çox davam etmiş, 57,6%-i qarışıq, 16,9%-i akinetik-rigidlik və 25,5%-i əsmə formalı olmuşdur.
2. PX-nin təzahür əlamətləri və Unifikasiyaedilmiş Parkinson Reyting Şkalası ilə qiymətləndirilməsinin nəticələri xəstələri yaşından, cinsindən, ailə anamnezində bu patologiyanın olmasından, yanaşı xəstəlik kimi şəkərli diabetdən və arterial hipertenziyadan, xəstəliyin mərhələsi və davam müddətindən, beynin morfometrik dəyişikliklərindən asılıdır. Beynin MRT patternləri (yuxarı alın, sağ presentral, yuxarı gicgah qırışımın, yan, H formalı orbital, adacığın dairəvi, yan gicgah-ənsə şırımının) həcmi ilə xəstəliyin əlamətlərinin intensivliyi arasında korrelyasiya statistik dürüstdür .
 3. PX-nin müalicəsində onun patogenezinə və əlamətlərinə yönəlmiş müasir preparatlar tətbiq olunur: 63,2±1,8% dofamin sələfi, 59,2±1,9% periferik dekarboksilaza inhibitoru, 17,1±1,4% dofaminergik reseptorların aqonistləri, 10,7±1,2% xolinergik ötürücülərin inhibitorları, 14,9±1,3% antixolinergik preparatlar, 8,4±1,0% KOMT inhibitorları, 2,6±0,6% NMDA reseptorlarının blokatoru, 2,1±0,5% demensiya əleyhinə preparatlar. Müalicə 28,1% hallarda bir (monoterapiya), 30,6% hallarda iki, 31,0% hallarda üç, 10,3% hallarda dörd və çox dərmanla aparılır. Müalicə variantlarının xəstəliyin əlamətlərinin və Unifikasiyaedilmiş Parkinson Reyting Şkalasının ballarının azalmasına görə effektivliyi bir-birindən fərlənmir.
 4. Bakıda PX olan şəxslərin 10 illik kumulyasiya olunmuş və orta illik ölüm səviyyəsi müvafiq olaraq 85,5% və 8,55% təşkil edir, ölüm riski cinsdən (10 illik kumulyasiya olunan 93,8±2,7 və 63,3±8,7%), xəstəliyin manifestasiyası yaşdan (<70; 70-79; 80 və yuxarı yaşlarda 85,7±5,9; 96,5±3,3 və 100%), komorbidlikdən (ürəyin işemiya xəstəliyi fonunda 92,8±3,9%; şəkərli diabet və serebrovaskulyar xəstəliklər fonunda 100%), demensiyadan (96,8±3,0%) və xəstəliyin mərhələsindən (III – V mərhələlərdə 100%) asılı olmuşdur. Xəstələrin 1, 5 və 10 illik sağqalma ehtimalı müvafiq olaraq 0,94±0,21; 0,76±0,18 və 0,41±0,09 təşkil etmişdir.

PRAKTİK TÖVSIYƏLƏR

1. PX-nin müalicəsində patogenetik yönümlü monoterapiyanın prioritetini inkişaf etdirmək.
2. PX-nin erkən aşkar edilməsi üçün ilkin səhiyyə sistemindən (sahə həkimləri və ailə həkimləri) geniş istifadə etmək.
3. PX-nin diaqnostikasında və xəstələrin dinamik müşahidəsində transkraniyal ultrasonoqrafiyanın və MRT-nin istifadəsini təmin etməklə qara substansiyanın durumunu və beynin morфометрик ölçülərinin monitorinqini həyata keçirmək.
4. PX-nin diaqnostikası metodlarının ailə həkimlərinə və sahə həkimlərinə tədris etmək.

DİSSERTASIYANIN MÖVZUSU ÜZRƏ ÇAP OLUNMUŞ MƏQALƏLƏRİN SİYAHISI

1. Şirəliyeva, R.K. Parkinson xəstəliyinin dərman müalicəsinin xüsusiyyətləri / R.K.Şirəliyeva, M.M.Məmmədova, F.N. Məmmədbəyov, F.N. Əliyeva // - Bakı: Milli Nevrologiya Jurnalı, 2021. №2(20), - s. 22-26
2. Şirəliyeva, R.K., Əliyeva, F.N. Parkinson xəstəliyinin dərman müalicəsinin xüsusiyyətləri // - Bakı: Sağlamlıq Jurnalı, 2021. №3, - s. 111-116
3. Алиева, Ф.Н. Выживаемость и факторы риска преждевременной смертности пациентов с болезнью Паркинсона // - Казань: Неврологический Вестник, Журнал им. В.М. Бехтерева, 2021. Том LIII, выпуск 3, - с. 5-10
4. Алиева, Ф.Н. Заболеваемость и распространённость болезни Паркинсона в Баку // - Москва: Журнал Неврологии и психиатрии имени С.С. Корсакова, 2021. Том 121, №11, - с. 77-80
5. Şirəliyeva, R.K. Parkinson xəstəliyi fonunda polimorbidlik / R.K.Şirəliyeva, M.M.Məmmədova, F.N.Məmmədbəyov, F.N. Əliyeva // - Bakı: Azərbaycan Tibb Jurnalı, 2022. №1, - s. 81-85

6. Алиева, Ф.Н. Распространённость функциональных нарушений при болезни Паркинсона // Современная медицина: новые подходы и актуальные исследования”. Сборник статей по материалам L международной научно-практической конференции. – Москва: июль 2021, №7 (46), -с. 27-30
7. Алиева, Ф.Н. Сравнительная оценка выживаемости пациентов с болезнью Паркинсона в зависимости от возраста // XXII international Multidisciplinary Conference Resent Scientific investigation, - Shawnee, USA: july 2021, №22, - p. 94
8. Şirəliyeva, R.K., Əliyeva, F.N. Parkinson xəstəliyi diaqnozu ilə pasiyentlərin sağqalma dinamikasının səciyyələri // Əməkdar elm xadimi, professor Tamerlan Əziz oğlu Əliyevin 100 illiyinə həsr olunmuş “Təbabətin aktual problemləri-2021” mövzusunda beynəlxalq elmi-praktik konqresin materialları.- Bakı: 6-8 oktyabr- 2021. - s. 205
9. Şirəliyeva, R.K., Əliyeva, F.N. Parkinson xəstəliyinin dərman müalicəsinə müasir yanaşma // Əziz Məmmədkərim oğlu Əliyevin doğum gününə həsr olunmuş Elmi-praktiki konfransın məcmuəsi. Bakı: -2022, - s. 196
10. Əliyeva, F.N., Şirəliyeva, R.K., Məmmədbəyli, A.K. Parkinson xəstəliyi zamanı risk amilləri // Heydər Əliyevin 100 illiyinə həsr olunmuş “Təbabətin aktual problemləri” beynəlxalq elmi-praktiki konqresin məcmuəsi. Bakı:3-6 may 2023, s.152

Dissertasiyanın müdafiəsi “ _____ ” “ _____ ” 2023-cü il tarixində saat _____ Azərbaycan Respublikasının Prezidenti yanında Ali Attestasiya Komissiyasının Azərbaycan Tibb Universitetinin nəzdində fəaliyyət göstərən ED 2.05 Dissertasiya Şurasının iclasında keçiriləcək.

Ünvan: AZ1022, Bakı şəhəri, Ə. Qasımsadə küçəsi 14 (konfrans zal).

Dissertasiya ilə Azərbaycan Tibb Universitetinin kitabxanasında tanış olmaq mümkündür.

Dissertasiya və avtoreferatın elektron versiyaları Azərbaycan Tibb Universitetinin rəsmi internet saytında yerləşdirilmişdir (www.amu.edu.az).

Avtoreferat “ _____ ” “ _____ ” 2023-cü il tarixində zəruri ünvanlara göndərilmişdir.

Çapa imzalanıb: 07.11.2023

Kağızın formatı: 60 x 84 1/16

Həcm: 38846

Tiraj: 100