

Эпидемиология рассеянного склероза в Смоленской области

Маслова Н.Н., Пысина А.М.

Epidemiology of disseminated sclerosis in Smolensk Region

Maslova N.N., Pysina A.M.

Смоленская государственная медицинская академия, г. Смоленск

© Маслова Н.Н., Пысина А.М.

Введение

Рассеянный склероз (РС) — наиболее распространенное хроническое прогрессирующее воспалительное заболевание центральной нервной системы с выраженной клинической гетерогенностью и неясностью многих аспектов этиологии и патогенеза. Заболевание поражает в основном лиц молодого и среднего возраста и служит одной из главных причин инвалидизации [3].

Рассеянный склероз является многофакторным заболеванием, в развитии которого играют роль средовые и генетические факторы. По разным данным, в мире насчитывается около 2,5–3 млн больных рассеянным склерозом, из них в России — около 150 тыс. Распространенность РС неодинакова в различных регионах. Принято выделять три географические зоны, различающиеся по степени распространенности патологии. В ряде регионов России распространенность РС довольно высокая и находится в пределах 20–40 случаев на 100 тыс. населения. В крупных промышленных районах и городах она выше. РС может начинаться в любом возрасте, но более чем у 50% больных дебют выявляется между 20 и 40 годами: до 10-летнего возраста — 0,4%, 10–20 лет — 10–15%, после 30 лет — 20% и после 50 лет — крайне редко. Соотношение мужчин и женщин 1 : 1,7–1,8. У женщин заболевание начинается в среднем на 1–2 года раньше, а у мужчин преобладает неблагоприятная прогрессирующая форма течения заболевания. Семейные случаи составляют около 2–5% от общего числа больных [4, 8].

По результатам изучения эпидемиологии РС в последние годы получены новые интересные факты. Например, ежегодно наблюдается увеличение числа больных РС за счет истинного роста заболеваемости, а также за счет повышения качества диагностики, в первую очередь в связи с внедрением магнитно-резонансной томографии, и расширения возможностей патогенетической терапии [2]. Улучшение качества жизни и медико-социальной адаптации привело к увеличению продолжительности жизни больных, что также обуславливает рост показателей распространенности рассеянного склероза.

Цель настоящего исследования — изучение клинико-эпидемиологических особенностей рассеянного склероза в Смоленской области.

Материал и методы

Исследование проводилось в три этапа. На первом этапе была собрана информация о пациентах из отчетов, предоставляемых неврологами лечебных учреждений области, сводных данных Департамента здравоохранения Смоленской области, а также собственного архива больных РС по результатам обращения в клинику. На втором этапе пациенты были обследованы амбулаторно либо стационарно с заполнением разработанной анкеты больного РС. На третьем этапе исследования проводилась комплексная оценка полученных данных.

Проведено обследование 498 больных РС (310 женщин и 188 мужчин) в возрасте от 15 до 71 года, проживающих в Смоленской области. В исследование включались пациенты с клинически достоверным диагнозом «рассеянный

склероз» в соответствии с критериями С. Poser и соавт. (1983) в сочетании с позднее разработанными на их основе критериями W.I. McDonald [7].

Распространенность РС рассчитывалась как количество больных с достоверным диагнозом «рассеянный склероз», проживающих на данной территории, на 100 тыс. населения в общей популяции. Заболеваемость рассчитывалась как количество новых случаев заболевания, зарегистрированных в календарном году, на 100 тыс. населения.

У больных, включенных в исследование, были выявлены характерные клинические проявления РС в виде мультифокального поражения нервной системы различной степени выраженности. Обследование включало в себя данные неврологического осмотра, общеклинические анализы крови и мочи, биохимический анализ крови. Проводилась магнитно-резонансная томография головного мозга. При определении типа течения заболевания было использовано определение F.D. Lublin, S.C. Reingold (1996), включающее четыре основных варианта: ремиттирующий, вторично-прогрессирующий, первично-прогрессирующий, прогрессирующе-ремиттирующий. Тяжесть состояния оценивалась с помощью шкалы Kurtzke в модификации Weiner и Elisson (1983) (Functional Systems Scale (FS)), шкалы инвалидизации Expanded Disability Status Scale (EDSS) [5, 6]. Для оценки быстроты нарастания неврологического дефицита рассчитывался индекс прогрессирующего — отношение показателя FS к длительности заболевания в годах (Verjans E. и соавт., 1983; Малкова Н.А., 2006).

На всех пациентов были заполнены анкеты, содержащие основные клинические и социальные характеристики.

Для статистического анализа результатов исследования использовались пакеты программ Statistica for Windows 6.0 («StatSoft») и программное обеспечение MS Excel 98 («Microsoft»).

Результаты и обсуждение

В период с 01.01.2006 г. по 01.01.2008 г. усредненный показатель распространенности РС в Смоленской области составил 47,4 на 100 тыс.

населения. Максимальная распространенность заболевания и у женщин, и у мужчин отмечена в возрастном интервале 41–50 лет (79,2 и 46,3 на 100 тыс. населения соответственно). Соотношение женщин и мужчин составило 1,65 : 1. Причем во всех возрастных группах число женщин, страдающих РС, превышало число мужчин. Заболеваемость РС в 2007 г. составила 4,2 случая на 100 тыс. населения.

Выявлена неравномерная распространенность патологии на территории Смоленской области. Она составляет от 0 в Глинковском районе до 73,2 на 100 тыс. в Сафоновском районе. Такую высокую распространенность заболевания в последнем районе можно объяснить влиянием средовых факторов, учитывая наличие в городе развитой промышленности, и, соответственно, неблагоприятными техногенными экологическими факторами.

Группу инвалидности имели 87,6% больных, причем 64,8% составили пациенты с I и II группами инвалидности; 22,3% больных продолжали трудовую деятельность после установления диагноза.

Таблица 1
Основные клинико-эпидемиологические характеристики больных рассеянным склерозом в Смоленской области

Характеристика	Больные рассеянным склерозом		p
	Женщины (310 человек)	Мужчины (188 человек)	
Возраст дебюта РС, лет	26,3 ± 8,2	29,8 ± 8,3	p > 0,05
Длительность заболевания, лет	15,7 ± 9,5	13,5 ± 9,4	p < 0,05
Симптомы дебюта, %:			
пирамидные	23	34	p > 0,05
чувствительные	12	6	p < 0,05
координаторные	17	14	p > 0,05
стволовые	8	4	p > 0,05
зрительные	18	14	p < 0,05
тазовые нарушения	1	0,5	p < 0,05
полисимптомное начало	21	27,5	p > 0,05
Течение РС, %:			
ремиттирующее	28,3	25,7	p > 0,05
вторично-прогрессирующее	49,6	54,8	p > 0,05
прогрессирующе-ремиттирующее	17,1	15,2	p > 0,05
первично-прогрессирующее	5,6	8,4	p < 0,05

Материалы 5-й Межрегиональной научно-практической конференции «Актуальные вопросы неврологии»

EDSS		5,1 ± 2,4	5,3 ± 2,5	$p < 0,01$	Время достижения EDSS 3 балла		4 (1; 11)	3,5 (1; 8)	$p > 0,05$
------	--	-----------	-----------	------------	-------------------------------	--	-----------	------------	------------

Маслова Н.Н., Пысина А.М.

Эпидемиология рассеянного склероза в Смоленской области

Время достижения EDSS 6 баллов		5 (1; 10)		4 (1; 7)	$p < 0,01$	Сумма баллов FS		11,7 ± 6,1	12,3 ± 6,4	$p > 0,05$
--------------------------------	--	-----------	--	----------	------------	-----------------	--	------------	------------	------------

Скорость прогрессирования | 0,4 (0,25; 0,68) 0,45 (0,27; 0,84) $p > 0,05$

При оценке клинических особенностей заболевания был выявлен полисимптомный характер дебюта болезни (65,3% пациентов) с превалированием пирамидной, мозжечковой симптоматики, а также чувствительных расстройств.

Характер дебюта рассеянного склероза, а также длительность первой ремиссии играют роль в прогнозировании дальнейшего течения патологии, в частности, темпов прогрессирования. Наиболее благоприятным считается начало болезни со зрительных, чувствительных или стволовых симптомов, при этом наблюдается меньшая скорость прогрессирования (по срокам достижения инвалидизации по шкале EDSS в 3 и 6 баллов) и отсутствие первично-прогредиентного типа течения заболевания. При наличии двигательных, координаторных и полисимптомных нарушений в дебюте рассеянного склероза стойкая инвалидизация по шкале EDSS наступает быстрее, что связано с ранним вовлечением в патологический процесс нескольких функциональных структур [1].

Для оценки роли первой ремиссии больные были разделены на три группы: группа пациентов с короткой первой ремиссией (не более 12 мес), группа с ремиссией средней продолжительности (12–36 мес) и пациенты с длительной первой ремиссией (более 36 мес). Было показано, что длительность первой ремиссии имеет обратную корреляцию со скоростью прогрессирования заболевания: чем продолжительнее первая ремиссия, тем позднее наступает стойкая инвалидизация пациентов.

При сравнении характера течения РС у мужчин и женщин были выявлены следующие особенности: для мужчин характерен более поздний дебют заболевания, при этом наблюдается вовлечение нескольких функциональных систем, более быстрое прогрессирование болезни с ранним достижением стойкой инвалидизации по шкале EDSS.

Среди вариантов течения рассеянного склероза преобладал вторично-прогредиентный тип (51,2% пациентов), ремиттирующий тип наблюдался у 26,9%, у 16,3% больных имел место про-

гредиентно-ремиттирующий тип заболевания и первично-прогредиентный характер заболевания отмечался у 5,6% пациентов. Ремиттирующий тип течения заболевания чаще наблюдался при зрительном, стволовом или чувствительном вариантах дебюта и при развитии заболевания в молодом возрасте, вторично-прогрессирующий – при двигательных, координаторных и полисимптомных нарушениях, первично-прогредиентный – при двигательном дебюте, а также начале заболевания в более старшем возрасте.

Дебют заболевания у женщин наблюдался в возрасте ($26,3 \pm 8,2$) года, у мужчин – в ($29,8 \pm 8,3$) года. Раннее начало рассеянного склероза (до 16 лет) отмечалось в 18 (3,6%) случаях, поздний дебют (в возрасте 45 лет и старше) наблюдался у 26 (5,2%) пациентов. В целом начало заболевания в раннем возрасте можно оценить как более благоприятное, если судить о темпах прогрессирования заболевания и сроках наступления стойкой инвалидизации. Но если учитывать средний возраст наступления определенного уровня инвалидизации, то такое течение заболевания сложно оценивать как благоприятное. Наоборот, поздний дебют РС, как правило, сопровождается более быстрой скоростью прогрессирования патологии, что связано, по всей видимости, с высокой активностью нейродегенеративного процесса.

Выводы

1. Смоленская область относится к зоне высокого риска развития РС с распространенностью 47,4 случая на 100 тыс. населения. Установлена неравномерная территориальная распространенность заболевания.

2. Преобладает типичное течение заболевания (вторично-прогредиентное и ремиттирующее). Первично-прогредиентный рассеянный склероз отмечен в 5,6% случаев, ранний дебют – в 3,6%, поздний – у 5,2% пациентов.

3. Прогностическими факторами течения рассеянного склероза являются клинико-демографические показатели: пол, возраст, характер дебюта и длительность первой ремиссии.

Литература

1. Гусев Е.И., Бойко А.Н. Рассеянный склероз: от изучения иммунопатогенеза к новым методам лечения. М.: «Губернская медицина», 2001.
2. Гусев Е.И., Бойко А.Н. Рассеянный склероз: от новых знаний к новым методам лечения // Рос. мед. журн. 2001. № 1. С. 4—10.
3. Гусев Е.И., Завалишин И.А., Бойко А.Н. Рассеянный склероз и другие демиелинизирующие заболевания: Руководство для врачей. М.: Миклош, 2004.
4. Томпсон А.Дж. Рассеянный склероз. Клинические аспекты и спорные вопросы. СПб.: Политехника, 2001.
5. Шкалы, тесты и опросники в медицинской реабилитации / Под ред. А.Н. Беловой, О.Н. Щепетовой. М.: Антидор, 2002. С. 205—224.
6. Kurtzke J.F. Rating neurologic impairment in multiple sclerosis: an expanded disability status scale (EDSS) // Neurology. 1983. V. 33. P. 1444—1452.
7. McDonald N., Compston A., Edan G et al. Recommended diagnostic criteria for multiple sclerosis: Guidelines from the international panel the diagnosis multiple sclerosis // Ann. Neurol. 2001. V. 50. P. 121—127.
8. Paty D.W., Ebers G.C. Clinical features // Multiple sclerosis / Eds. D.W. Paty, G.C. Ebers. Philadelphia: FA Davis, 1998. P. 135—182.