

За показатель эффективности предотвращения прогрессирования по EDSS на 1 балл и больше было принято число сохраненных лет жизни. Был произведен расчет коэффициента «затрат/ эффективность» для каждой группы больных. Результат этого анализа показал, что применение препаратов превентивного ряда предотвращает “подтвержденное клиническое ухудшение” - увеличение EDSS на 1 балл и больше через 15 месяцев, по – сравнению с лечением без иммуномодулирующих препаратов: на 40,2 % при применении препарата Копаксон, на 35,5 % при применении препарата Ребиф-22, на 56,9 % при применении препарата Бетаферон.

Таким образом, проведенный фармакоэкономический анализ позволяет оценить стоимость определенных клинических эффектов иммуномодулирующих препаратов и говорить о целесообразности их использования при лечении пациентов с РС в Москве.

ЛИТЕРАТУРА

1. Татаринова М.Ю., Бойко А.Н., Смирнова Н.Ф. и др. Показатели качества жизни больных рассеянным склерозом в зависимости от тяжести состояния. В: Материалы к республиканскому рабочему совещанию «Вопросы диагностики и лечения демиелинизирующих заболеваний нервной системы». 1999; 204 –206
2. Татаринова М.Ю., Фокин И.В., Бойко А.Н. Качество жизни больных рассеянным склерозом к фармакоэкономическим исследованиям. Журнал неврологии и психиатрии им. С.С. Корсакова, приложение к журналу «Рассеянный склероз» 2002; 76-80
3. Татаринова М.Ю. Расчет общей стоимости лечения рассеянного склероза. Журнал «Качественная клиническая практика» 2003; 2: 44 – 47
4. Henriksson F, Jonsson B. The economic cost of multiple sclerosis in Sweden in 1994. Pharmacoeconomics 1998; 13: 597 – 606
5. PRISMS (Prevention of Relapses and Disability by Interferon beta-1b Subcutaneously in Multiple Sclerosis) Study Group Randomized double-blind, placebo-controlled study of Interferon-beta 1a in relapsing/remitting multiple sclerosis. Lancet 1998, 352: 1498-1504

РЕГИСТР РАССЕЯННОГО СКЛЕРОЗА В МОСКОВСКОЙ ОБЛАСТИ (предварительные данные)

С.В.Котов, В.Ю.Лиждой, С.А.Сергеев

Московский областной научно-исследовательский клинический институт им. М.Ф.Владимирского

Распространенность рассеянного склероза варьирует от 1 до 5 случаев на 10000 населения в различных популяциях. Женщины болеют в 2,6 раза чаще мужчин. Средний возраст дебюта заболевания в популяции больных рассеянным склерозом составляет 31,7 лет, у 84% течение ремитирующее, вторичнопрогредиентное у 11%, у 5% – первичнопрогредиентное (1)

В последние годы появляются новые методы диагностики рассеянного склероза, которые дают возможность применения их на ранней стадии болезни. Поэтому изучение эпидемиологических показателей рассеянного склероза является актуальной задачей. Один из путей решения данной проблемы является создание регистра рассеянного склероза.

Регистр - это форма записи или метод учета достаточно важных и регулярно поступающих сведений. Регистры позволяют совершенствовать оказание лечебной и профилактической помощи больным. Их задачами является контроль течения болезни, оценка эффективности лечения, быстрое введение новых методов лечения или диагностики. Эпидемиологические регистры необходимы для изучения распространенности заболевания в популяции, определения роли генетических и средовых факторов в развитии мультифакторных заболеваний.

Регистры можно разделить на общие, включающие сведения о всей патологии нервной и другой системы в определенном регионе и регистры отдельных заболеваний в специализированных центрах.

Выбор типа регистра определяется целями, устанавливаемыми при его создании. Выявление больных в исследуемом регионе осуществляется прямым и непрямым путем. При прямом способе регистрации больной курируется врачом лечебного учреждения, в котором осуществляется регистр. Этот метод является наиболее эффективным, но вероятность полной регистрации зависит от взаимодействия врачей обследуемого региона. При непрямом способе используют все формы документации: истории болезни, амбулаторные карты, формы диспансерного учета и другие архивные данные медицинских учреждений, стремясь к полному охвату всех случаев изучаемого заболевания. Этот способ регистрации требует обследования больных для уточнения формы патологии.

Целью настоящего исследования является подготовка данных по созданию регистра больных рассеянным склерозом в Московской области. Регистр позволит выявить заболевание на ранних стадиях, внедрить новые методы диагностики и лечения рассеянного склероза, изучить эпидемиологию.

Таблица 1. Предварительные данные о распространенности больных с подтвержденным диагнозом «рассеянный склероз» в районах и городах областного подчинения Московской области (число случаев заболевания на 10000 населения)

N	Район город	Население на 2004 г.	Распр. РС	N	Район город	Население на 2004 г.	Распр. РС
1	Балашиха	163641	3,42	27	Можайск	67035	1,94
2	Волоколамск	52050	3,46	28	Мытищи	183172	2,13
3	Воскресенск	150006	1,53	29	Наро-Фоминск	167988	2,02
4	Дмитров	144326	2,36	30	Ногинск	202668	3,21
5	Долгопрудный	74623	2,14	31	Одинцово	247203	1,54
6	Дзержинский	39171	1,28	32	Озеры	38415	8,59
7	Дубна	66423	0,753	33	Орехово-Зуево	119306	5,2
8	Егорьевск	102478	2,44	34	Павловский Посад	84657	3,19
9	Железнодорож ный	109006	1,65	35	Подольск	189531	3,96
10	Жуковский	94450	1,17	36	Пушкино	150009	2,6
11	Зарайск	44072	4,08	37	Раменский	208467	1,82
12	Звенигород	14721	2,03	38	Реутов	73319	1,77
13	Ивантеевка	50507	3,17	39	Руза	65350	2,3
14	Истра	112936	3,99	40	Сергиев Посад	225771	3,1
15	Кашира	71410	3,5	41	Серебряные пруды	24095	2,5
16	Климовск	55368	2,71	42	Серпухово	157659	3,3
17	Клин	131189	3,13	43	Солнечногорск	120985	2,56
18	Коломна	188329	6,27	44	Ступино	107381	1,4
19	Королев	161758	2,97	45	Талдом	47910	3,76
20	Красногорск	139595	2,58	46	Фрязино	52515	3,81
21	Ленинский	127454	2,03	47	Химки	170549	1,41
22	Лобня	63450	2,21	48	Чехов	92621	4,97
23	Лотошино	18122	3,31	49	Шаховская	24362	2,87
24	Луховцы	62132	6,44	50	Шатура	72914	3,02
25	Люберцы	242725	2,8	51	Щелково	172841	2,95
26	Лыткарино	49934	2,6	52	Электросталь	146076	1,71

Были использованы следующие методы регистрации: амбулаторные карты больных рассеянным склерозом КДО МОНИКИ, анкетирование членов московской областной ассоциации неврологов о находящихся у них на учете больных рассеянным склерозом. Создан электронный регистр (формат Microsoft Excel).

В табл. 1 представлены предварительные данные о распространенности рассеянного склероза у больных, проживающих в районах и городах областного подчинения Московской области.

Данные являются предварительными, так как показатель распространенности рассчитывался по данным всех зарегистрированных случаев рассеянного склероза в данном регионе без учета умерших больных и больных, изменивших место жительства. Как видно, наиболее высокой оказалась распространенность заболевания в Озерском, Луховицком, Коломенском, Орехово-Зуевском, Чеховском, Зарайском, Истринском, Подольском районе. При этом в Озерском районе показатель оказался самым высоким – 8,59 : 10000. Наиболее часто заболевание встречается на юго-востоке Московской области.

В табл. 2 представлено распределение по полу больных рассеянным склерозом. Женщины составляют 2/3 всех случаев заболевания и болеют рассеянным склерозом в два раза чаще, чем мужчины.

Таблица 2. Распределение по полу больных рассеянным склерозом в Московской области

Исследуемые группы	Пол больных				всего
	мужчины		женщины		
	абс.	%	абс.	%	
Все зарегистрированные случаи заболевания в Московской области	596	36	1060	64	1662

В табл. 3 представлен возраст взрослых больных рассеянным склерозом, проживающих в районах и городах областного подчинения Московской области за 2004-2005 г. Большинство наблюдаемых больных находятся в возрастной категории 41-50 лет (31,4%), причем мужчин (30,3%), а женщин (32%).

Таблица 3. Возраст взрослых больных рассеянным склерозом в Московской области за 2004-2005 г

обследуемые группы	Возраст больных в годах						всего
	до 20	21-30	31-40	41-50	51-60	после 60	
	%	%	%	%	%	%	
мужчин	1,2	8,74	12,4	30,3	28	19	36,6
женщин	1,6	10,8	17,4	32	26,7	11	63,4
всего	1,42	10	15,5	31,4	27,1	14	100

Данные о трудоспособности у взрослых больных рассеянным склерозом за 2004-2005 г представлены в табл. 4.

Таблица 4. Данные о трудоспособности у взрослых больных рассеянным склерозом за 2004-2005 гг.

Тип течения рассеянного склероза	Инвалидность (%)			
	нет	3 группа	2 группа	1 группа
ремитирующее	42,3	8,6	31	18,1
вторичнопрогрессирующее	36,5	7,11	18,5	7,13
вторичнопрогрессирующее	3,02	0,89	8,03	8,5
первичнопрогрессирующее	2,75	0,61	4,43	2,5

В гетерогенной группе больных наиболее часто заболевание протекает без потери трудоспособности (42,3%). В большинстве случаев:

нетрудоспособность оценивается 2 группой инвалидности (31 %), у больных с 2 и 3 (7,11%) группой преобладает ремитирующее течение (18,5% и 7,11% соответственно), с 1 группой – вторичнопрогредиентное течение (8,5%).

В табл. 5 анализируется течение рассеянного склероза у больных Московской области за 2004-2005 г. Ремитирующее течение отмечалось в 69,1%, вторичнопрогредиентное - 19,9%, первичнопрогредиентное – 11%. В структуре обострения наиболее часто (72,2%) отмечалось 1 обострение за этот период.

Таблица 5. Течение рассеянного склероза у взрослых больных МО за 2004-2005 гг.

Частоты	Течение рассеянного склероза							
	Обострение				ремитирующее	Вторичнопрогредиентное	Первичнопрогредиентное	всего
	1 раз	2 раза	>3 раз	всего				
%	72,2	21	6,8	100	69,1	19,9	11	100

Таким образом, распространенность рассеянного склероза в Московской области варьирует от 0,75 до 8,59 случаев на 10000 населения. Наиболее часто заболевание встречается на юго-востоке Московской области. Женщины болеют в 2 раза чаще мужчин. Большинство наблюдаемых больных находятся в возрастной категории 41-50 лет, тип течения заболевания ремитирующий, ремиссия. В структуре нетрудоспособности преобладает 2 группа инвалидности, ремитирующая форма течения заболевания.

ЛИТЕРАТУРА

1. Гусев Е.И., Демина Т.Л., Бойко А.Н. Рассеянный склероз. М., 1998, стр 10-32.
2. McDonald W.I. and Noseworthy J. "Multiple sclerosis 2". Philadelphia: Butterworth-Heinemann, Elsevier Science, 2003.
3. Halliday A.M.(ed). Evoked Potentials in Clinical Testing. London: Churchill Livingstone 1993;2

МОРФОФУНКЦИОНАЛЬНЫЙ АНАЛИЗ МОНОНУКЛЕАРОВ ПЕРИФЕРИЧЕСКОЙ КРОВИ БОЛЬНЫХ МИАСТЕНИЕЙ

И.А. Василенко, О.И.Слинченко, А.А.Конрадов, Б.В.Агафонов

**Институт ревматологии РАМН
Московский областной научно-исследовательский клинический институт им. М.Ф.Владимирского**

Миастения представляет собой достаточно распространенное заболевание аутоиммунной природы, причиной которого является нарушение синаптической передачи на нейромышечной концевой пластинке, связанное с поражением ацетилхолиновых рецепторов нейромускулярных синапсов сывороточными антителами. При этом ключевую роль в патогенезе миастении играют иммунологические сдвиги, вызванные генетически обусловленной или приобретенной неполноценностью тимусзависимой системы иммунитета [3, 6].

За последние годы достигнут значительный прогресс в изучении этого заболевания на молекулярном и клеточном уровнях. В ряде работ отечественных и зарубежных ученых приведены убедительные данные о наличии функциональных и морфологических изменений лимфоидных клеток вилочковых желез и периферической крови больных миастенией, установлены некоторые закономерности проявлений реактивности иммунокомпетентных клеток в зависимости от тяжести и длительности заболевания, эффективности проводимых лечебных мероприятий [2, 5, 8].

Активное внедрение в медицинскую практику автоматизированных методов исследования с использованием вычислительной техники способствует объективизации получаемых результатов. Разработанные алгоритмы анализа