
Часть V

ОБЩИЕ ВОПРОСЫ НЕВРОЛОГИИ

КЛИНИКО-ПОПУЛЯЦИОННЫЙ АНАЛИЗ МИАСТЕНИИ У ВЗРОСЛЫХ В МОСКОВСКОЙ ОБЛАСТИ

О.П. Сидорова, В.Я. Неретин, Б.В. Агафонов, И.Л. Андреева
МОНИКИ им. М.Ф. Владимирского

Основными показателями в эпидемиологических исследованиях, проводимых на определенной территории в определенный период времени, являются: распространенность – это число случаев заболевания в популяции; частота – число новых случаев болезни (Е.И. Гусев, 1997). Эпидемиологические показатели миастении отличаются в различных популяциях. Так, в Норвегии (А. Storm-Mathisen, 1984) частота заболевания составляет 0,4 на 100 000 населения, распространенность – 9 на 100 000. В США распространенность миастении составляет 5,1 на 100 000 (D. Jacobson и соавт., 1997). Показатель распространенности миастении в Югославии составил 7,71 на 100 000, частота – 0,7 на 100 000 населения (D. Lavrinic и соавт., 1995).

Цель работы – изучить распространенность миастении и заболеваемость ею в Московской области.

Таблица 1

Распределение возраста начала миастении у больных в Московской области

Возрастной период (лет)	Число больных миастенией					
	абс.			%		
	мужчин	женщин	всего	мужчин	женщин	всего
<15	25	74	99	17,2	17,1	17,1
16-19	12	41	53	8,3	9,5	9,1
20-24	12	57	69	8,3	13,1	11,9
25-29	8	52	60	5,5	11,9	10,3
30-34	14	37	51	9,7	8,5	8,8
35-39	9	31	40	6,2	7,1	6,9
40-44	8	27	35	5,5	6,2	6,0
45-49	6	27	33	4,1	6,2	5,7
50-54	10	27	37	6,9	6,2	6,4
55-59	11	16	27	7,6	3,7	4,7
60-64	10	26	36	6,9	5,9	6,2
65-69	11	11	22	7,6	2,5	3,8
70-74	7	7	14	4,8	1,6	2,4
75-79	2	2	4	1,4	0,5	0,7
80-89	0	0	0	0	0	0
90+	0	0	0	0	0	0
Всего	145	435	580			

Для проведения клинико-популяционного исследования миастении у взрослых в Московской области были проанализированы данные о всех случаях заболевания, начиная с 1980 г. В табл.1 представлено распределение всех случаев миастении в Московской области в зависимости от возраста на-

чала заболевания. Как видно, всего зарегистрировано 580 случаев болезни, из них 145 мужчин (25%) и 435 женщин (75%). Среди взрослых больных с дебютом миастении после 15 лет мужчины составили 25,9% (140 человек), а женщины 74,1% (361 человек). Следовательно, женщины болеют миастенией в 3 раза чаще мужчин. Как видно из табл.1, в гетерогенной группе взрослых больных миастенией наибольшее число случаев начала болезни приходится на возрастной период 20-24 года и 25-29 лет. После 24 лет снижается число случаев начала болезни до возрастной группы 40-45 лет. Затем отмечено небольшое повышение в возрасте 50-54 и 60-64 лет. После 64 лет миастения возникает очень редко.

Следовательно, в гетерогенной группе больных миастенией в возрасте от 16 до 29 лет заболевание начинается наиболее часто. В отличие от гетерогенной группы, наиболее часто миастения начинается у мужчин в возрасте 30-34 лет, на втором месте стоит возрастная группа 16-19 и 20-24 лет, а на третьем 55-59 и 65-69 лет. В возрасте 25-29 лет и 35-44 лет число случаев начала болезни почти на 30% меньше, чем в возрасте 16-24 лет, а 45-49 и 70-74 лет – почти в 2 раза ниже. Следовательно, у мужчин миастения начинается чаще всего в возрасте 30-34, а также 16-24, 55-59, 70-74 лет.

У женщин наблюдается четкое снижение случаев начала миастении с 20-25 лет до 50-59 лет. Затем отмечается подъем заболевания в возрастной группе 60-64 лет с последующим уменьшением числа случаев возникновения болезни в каждой возрастной группе.

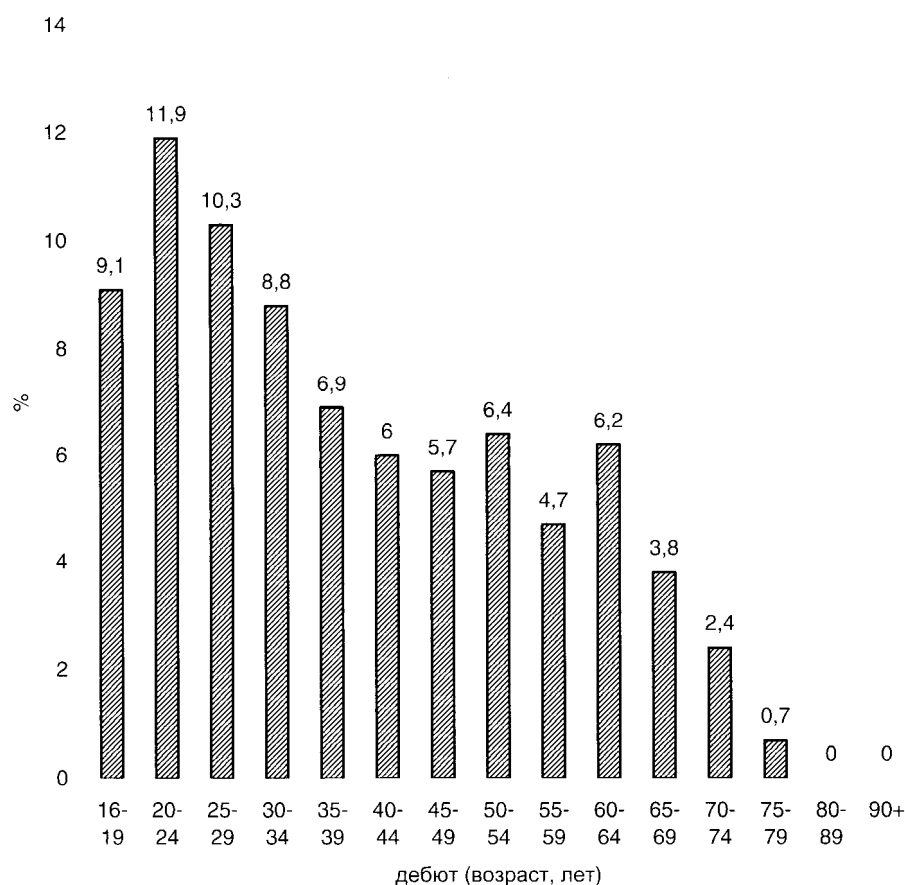


Рис. Распределение возраста начала миастении у взрослых больных в Московской области (гетерогенная группа).

Следовательно, у женщин имеется два возраста начала миастении, когда заболевание начинается наиболее часто, это 20-25 лет и 60-64 года.

Таким образом, при анализе возраста начала миастении у взрослых в Московской области определяется волнообразное повышение и снижение частоты случаев заболевания как в гетерогенной группе больных, так и у мужчин по сравнению с женщинами. В гетерогенной группе больных первый пик приходится на возраст 20-24 года, второй на 50-54 года, также, как в группе у женщин. А у мужчин первый пик приходится на 16-24 года, второй на 30-34 года, третий на 55-59 и четвертый на 65-69 лет. Увеличение частоты возникновения миастении у женщин в 20-25 лет и в 60-64 года может быть обусловлено влиянием гормональных факторов, в первом случае обусловленных беременностью и родами, а во втором – климактерическими изменениями.

В табл. 2, на рис. 4 представлено распределение форм заболевания у мужчин и женщин в Московской области. Как видно, в гетерогенной группе больных глазная форма заболевания составила 7,7%, а генерализованная – 92,3%. У мужчин глазная форма миастении отмечалась чаще, чем у женщин (8,5% у мужчин и 7,5% у женщин). Соответственно, генерализованная форма миастении у женщин наблюдалась чаще (92,5%), чем у мужчин (91,5%).

Таблица 2

**Распределение форм заболевания
у взрослых, больных миастенией**

Пол	Форма миастении (число больных в %)	
	глазная	генерализованная
Женщины	7,5	92,5
Мужчины	8,5	91,5
Всего	7,7	92,3

Следовательно, у мужчин, болеющих миастенией реже женщин, чаще встречается более редкая – глазная форма, наблюдаемая значительно реже, чем генерализованная форма заболевания.

В табл. 3 и рис. 5 представлено распределение степени тяжести двигательных расстройств у взрослых больных генерализованной формой миастении. Как видно, в гетерогенной группе больных чаще встречается тяжелая форма миастении (71,1%), средняя степень тяжести встречается в 24,2%, а легкая – в 4,7%. Такие же соотношения выявлены и у мужчин, и у женщин, больных миастенией. При сравнении показателей у мужчин и женщин выявлено, что легкая форма миастении встречается у мужчин в 2 раза реже, чем у женщин. Средняя и тяжелая форма миастении у мужчин составляют 97,4%, а у женщин 94,5%. Средняя степень тяжести двигательных нарушений чаще отмечена у мужчин (31,6% у мужчин и 21,6% у женщин), а тяжелая – реже (65,8% у мужчин и 72,9% у женщин).

Таблица 3

**Распределение степени тяжести двигательных расстройств
у взрослых, больных генерализованной миастенией**

Пол	Степень тяжести двигательных расстройств (число больных в %)		
	легкая	средняя	тяжелая
Мужской	2,6	31,6	65,8
Женский	5,5	21,6	72,9
Всего	4,7	24,2	71,1

У взрослых больных генерализованной миастенией чаще отмечается тяжелая форма заболевания. У мужчин чаще, чем у женщин, отмечается средняя форма миастении и реже – легкая.

Следовательно, у взрослых, больных миастенией, в зависимости от пола имеются особенности распределения возраста начала болезни и форм заболевания.

Была изучена заболеваемость (или частота) и распространенность миастении в Московской области начиная с 1980 г. В табл. 4 и на рис. 6 представлена динамика заболеваемости миастенией у взрослых в Московской области. Как видно, с 1980 по 1990 г. не отмечено существенной динамики этого показателя. Он варьировал от 0,39 до 0,31 и 0,40. В последующем отмечено снижение числа новых случаев миастении и уменьшение показателя заболеваемости до 0,06. У мужчин показатель заболеваемости до 1990 г. существенно не менялся и колебался от 0,18 до 0,35. Затем отмечено его снижение до 0,04. У женщин заболеваемость миастенией с 1980 до 1990 г. сохранялась примерно на одних и тех же значениях (0,56-0,27), а в последующем показатель снижался до 0,07.

Таблица 4

Заболеваемость миастенией у взрослых в Московской области

Год	Население (тыс.)	Число новых случаев миастении у взрослых	Заболеваемость миастенией взрослыми на 100 000
1980	5076,9	20	0,39
1985	5192,2	16	0,31
1990	5224,6	21	0,40
1995	5397,8	0	0,0
1997	5445,8	3	0,06

Таким образом, заболеваемость миастенией у взрослых в Московской области варьирует в разные годы от 39 до 0,05. Отмечено снижение заболеваемости после 1990 г.

Изучалась распространенность миастении у взрослых в Московской области (табл. 5, рис. 7). Отмечается увеличение показателя распространенности миастении с 4,51 на 100000 до 7,79 случаев на 100 000 с 1980 по 1997 г. без периодов снижения этого показателя.

Таблица 5

Распространенность миастении у взрослых в Московской области

Год	Население (тыс.)	Число семей с миастенией	Число больных миастенией	Распространенность миастении у взрослых на 100 000
1980	5076,9	226	229	4,51
1985	5192,2	321	323	6,22
1990	5224,6	381	386	7,39
1995	5397,8	405	409	7,58
1997	5445,8	423	424	7,79

С 1985 по 1995 г. число случаев новых случаев заболевания уменьшилось с 20 до 3, что соответствует снижению заболеваемости миастенией за последние годы.

Изучена распространенность миастении у мужчин и у женщин. Показано, что показатель у мужчин ниже, чем у женщин. В 1980 г. у мужчин он составил

2,12, а у женщин – 6,37. В 1997 г. у мужчин распространенность миастении равна 4,40; у женщин – 10,51, почти в 2,5 раза выше.

Следовательно, распространенность миастении у взрослых в Московской области увеличивается за последние годы. Причем, она выше у женщин по сравнению с мужчинами. Учитывая уменьшение показателя заболеваемости с 1980 по 1997 г., можно заключить, что распространенность увеличивается, вероятно, за счет увеличения продолжительности жизни больных, так как население области ежегодно возрастает.

Была изучена распространенность миастении у взрослых в районах Московской области. Распространенность миастении взрослых в области составляет 7,79. Более высокая распространенность заболевания отмечена в Дубне, Жуковском, Королеве, Балашихинском, Волоколамском, Воскресенском, Дмитровском, Домодедовском, Клинском, Коломенском, Красногорском, Мытищинском, Ногинском, Сергиево-Посадском, Серебряно-Прудском, Серпуховском, Солнечногорском, Ступинском, Химкинском, Чеховском, и Шаховском районах. Самая высокая распространенность болезни – в Серебряно-Прудском районе (20,26 на 100 000 населения). Очень высокая распространенность миастении у взрослых (более 15 на 100 000) отмечена в Королеве, Дмитровском, Серебряно-Прудском, Солнечногорском, Шаховском районах. Среднее повышение показателя (от 10 до 14 на 100 000) выявлено в Жуковском, Балашихинском, Воскресенском, Мытищинском, Ногинском, Химкинском районах. Повышение распространенности миастении у взрослых (от 7 до 9 на 100 000) отмечено в Дубне, Ивантеевке, Лыткарине, Фрязине, Волоколамском, Домодедовском, Клинском, Коломенском, Красногорском, Сергиево-Посадском, Серпуховском, Ступинском, Чеховском районах.

ЛИТЕРАТУРА

1. Гусев Е.И., Демина Г.А., Бойко А.Н. Рассеянный склероз. М., 1997. – С.10.
2. Jacobson D., Gange J., Rose N., Graham N. // Clin. Immunol. immunopathol. – 1997. – V. 84, № 3. – P. 223-224.
3. Lavrnic D., Jarebinski M., Rahocevic-Stojanovic V. // J. Ihorac. Cardiovask. Surg. – 1999. – V. 118, № 3. – P. 561-563.
4. Storm-Mathisen A. // Acta Neurol. Scand. – 1984. – V. 70, № 4. – P.274-284.

ДИАГНОСТИКА И ЛЕЧЕНИЕ НЕЙРОСАРКОИДОЗА

О.С. Левин, А.Т. Дзампаев

Российская медицинская академия и оследипломного образования, Москва

Саркоидоз – мультисистемное гранулематозное заболевание неясной этиологии, преимущественно поражающее внутригрудные лимфатические узлы, реже – периферические лимфатические узлы, кожу, ткани глаза, печень, селезенку, слезные, слюнные, эндокринные железы, костную и нервную ткань [3, 4, 10, 17]. По данным патоморфологических исследований, нервная система при саркоидозе вовлекается в 10-25% случаев, но клинически неврологическая симптоматика выявляется лишь у 5-10% больных [4, 5, 7, 9, 13, 15]. Нейросаркоидоз часто развивается у больного с установленным диагнозом саркоидоза, но не менее чем в половине случаев неврологические расстройства бывают начальным проявлением, а иногда длительное время остаются единственным проявлением заболевания. По нашему опыту, первичное поражение нервной системы свидетельствует об особой тяжести заболевания. Почти всегда у пациентов с нейросаркоидозом выявляются признаки поражения иных органов и систем. Неврологические проявления саркоидоза существенно ухудшают прогноз, могут быть причиной летального исхода и инвалидности у лиц молодого трудоспособного возраста [8, 10].