

Эпидемиологические аспекты лицевых дискинезий в республике Беларусь

ГУ «РНПЦ неврологии и нейрохирургии» МЗ РБ

Ключевые слова: первичная заболеваемость, общая заболеваемость, краниальные формы мышечной дистонии, лицевой гемиспазм, показатель инвалидизации

В статье представлен эпидемиологический анализ краниальных форм мышечной дистонии и лицевого гемиспазма в Республике Беларусь за период с 2002 по 2007 годы. Установлена тенденция к росту показателей первичной заболеваемости КФМД за счет мужчин и городских жителей и ЛГ – за счет городских жителей. Показатели общей заболеваемости данной патологией также ежегодно увеличивались. Основную долю больных ежегодно составляли женщины и жители города, максимальное количество случаев заболеваний регистрировали в г. Минске. Показатель инвалидизации населения республики вследствие КФМД имел выраженную тенденцию к росту в связи с ростом показателя второй группы, которая ежегодно занимала лидирующие позиции в структуре инвалидности.

Лицевой параспазм и гемиспазм, несмотря на разную этиологию, относятся к группе лицевых дискинезий (ЛД) в связи со сходными клиническими проявлениями и фармакотерапевтическим подходом. Эта патология встречается редко. Данные о распространенности ЛД ограничены и отличаются большой вариабельностью [1]. Так, например, распространенность блефароспазма по результатам разных исследований составляет от 16 до 133 на миллион населения [2,3].

Целью настоящей работы было проведение эпидемиологического анализа ЛД в нашей республике.

Информация о больных ЛД была собрана по данным обращаемости населения за медицинской помощью в лечебно-профилактические учреждения. В базу данных включали случаи заболевания с точно установленным диагнозом у лиц с 18-летнего возраста, постоянно проживающих на территории республики. На начало 2008 года реестр больных краниальными формами мышечной дистонии (КФМД) насчитывал 69 пациентов, также был зарегистрирован 31 больной с лицевым гемиспазмом (ЛГ). На 01.01.2009 г. общее количество больных с КФМД соответствовало 83, с ЛГ – 45. На основании полученных данных был проведен эпидемиологический анализ ЛД в РБ за период с 2002 по 2007 годы. Изучались показатели общей и первичной заболеваемости ЛД, показатели структуры заболеваемости, инвалидности вследствие КФМД, проанализировано влияние на показатели заболеваемости таких факторов, как пол, место жительства и возраст начала заболевания.

Целенаправленное выявление больных ЛД было начато в 2001 г. в рамках работы Республиканского центра по лечению фокальных мышечных дистоний препаратами БГА на базе НИИ неврологии, нейрохирургии и физиотерапии МЗ РБ, поскольку это являлось одной из задач центра. Так, в 2000 г., до образования центра, показатель ПЗ КФМД в республике соответствовал 0,01 случая на 100 000 населения, а в 2001 году он составил 0,06. После реорганизации центра в 2005 г. его функции были возложены на РНПЦ неврологии и нейрохирургии, городской кабинет по лечению фокальных мышечных дистоний на базе Центра реабилитации детей с психоневрологическими заболеваниями в г. Минске и областные неврологические службы.

Показатели ПЗ ЛД за период с 2002 – по 2007 гг. с учетом пола и места жительства приведены в таблице 1.

Максимальный уровень ПЗ КФМД в республике был зарегистрирован в 2006 г. – 0,13 на 100 000 населения. У мужчин увеличение ПЗ КФМД отмечалось в 2005 году до 0,15, минимальное значение показателя зарегистрировано в 2004 г. – 0,02 на 100 000 населения. Максимальное значение ПЗ у лиц женского пола приходится на 2004 г. - 0,17 на 100 000 населения. У жителей города ПЗ выросла с 0,06 на 100 000 населения в 2002 г. до 0,14 на 100 000 населения в 2007 г., т. е. увеличилась более, чем в 2 раза. У сельских жителей пик ПЗ приходился на 2006 г., когда показатель составлял 0,19 на 100 000 населения, до этого первый подъем показателя был выявлен в 2002 г. – 0,10. Таким образом, увеличение в 2006 г. показателя ПЗ КФМД в РБ произошло, в основном, за счет женщин, а также лиц, проживающих в сельской местности.

Максимальный показатель ПЗ ЛГ в республике также был зафиксирован в 2006 г., до этого с 2002 года его динамики практически не отмечалось. У мужчин в 2003 – 2004 гг. не было зарегистрировано ни одного нового случая заболевания, возможно, в связи с низкой обращаемостью за медицинской помощью по поводу ЛГ. Максимальные значения ПЗ ЛГ были зафиксированы в 2005 и 2007 гг. и соответствовали 0,088 случая на 100 000 населения. У лиц женского пола максимальное значение ПЗ зарегистрировано в 2006 г., предыдущий подъем ПЗ выявлен в 2003 г., в течение остальных лет отмечалось примерно одинаковое распределение показателя, за исключением 2005 г., когда не было выявлено ни одного нового случая ЛГ. У городского населения максимальное значение ПЗ ЛГ приходится на 2007 г. - 0,084 на 100 000 населения, минимальное – на 2004 г. – 0,014 на 100 000 населения. У сельских жителей показатель ПЗ ЛГ отличается непостоянством, так, в 2002, 2003, 2005 гг. он соответствует 0, достигая максимума в 2006 г. – 0,152 на 100 000 населения. Таким образом, ПЗ ЛГ в течение анализируемого периода поддерживалась, в основном, стабильными значениями показателя у лиц женского пола и городского населения. Максимальное значение показателя в 2006 году было обусловлено ростом ПЗ у жителей села.

Таблица 1. Первичная заболеваемость лицевыми дискинезиями в РБ за период 2002 – 2007 гг., на 100 000 населения

		годы											
		2002		2003		2004		2005		2006		2007	
		КФМД	ЛГ	КФМД	ЛГ	КФМД	ЛГ	КФМД	ЛГ	КФМД	ЛГ	КФМД	ЛГ
итого		0,07	0,03	0,06	0,041	0,10	0,031	0,11	0,041	0,13	0,09	0,11	0,072
пол	мужчины	0,04	0,022	0,04	0	0,02	0	0,15	0,088	0,13	0,022	0,09	0,088
	женщины	0,10	0,04	0,08	0,076	0,17	0,058	0,08	0	0,14	0,154	0,14	0,058
место	город	0,06	0,043	0,07	0,037	0,11	0,014	0,13	0,037	0,11	0,071	0,14	0,084
	сельность	0,10	0	0,04	0	0,07	0,075	0,07	0	0,19	0,152	0,04	0,039

Таблица 2. Общая заболеваемость лицевыми дискинезиями в РБ за период 2002 – 2007 гг., на 100 000 населения

		годы											
		2002		2003		2004		2005		2006		2007	
		КФМД	ЛГ	КФМД	ЛГ	КФМД	ЛГ	КФМД	ЛГ	КФМД	ЛГ	КФМД	ЛГ
всего		0,34	0,19	0,41	0,23	0,30	0,27	0,61	0,31	0,74	0,40	0,83	0,47
пол	мужчины	0,30	0,11	0,35	0,11	0,37	0,11	0,51	0,20	0,64	0,22	0,71	0,31
	женщины	0,38	0,27	0,46	0,34	0,61	0,40	0,70	0,41	0,83	0,56	0,97	0,62
место жительства	город	0,34	0,24	0,41	0,30	0,31	0,31	0,62	0,37	0,74	0,44	0,86	0,32
	село	0,35	0,07	0,39	0,07	0,47	0,15	0,56	0,15	0,76	0,30	0,81	0,35

Динамика показателей ПЗ ЛД в Республике Беларусь была проанализирована с использованием коэффициента аппроксимации. У мужского населения ПЗ КФМД в течение анализируемого периода характеризовалась умеренно выраженной тенденцией к росту ($R^2 = 0,388$), в то время как у женщин отличалась стабильностью ($R^2 = 0,149$). У городского населения отмечалась выраженная тенденция к росту ПЗ ($R^2 = 0,831$), в отличие от сельских жителей, где показатель был стабилен ($R^2 = 0,0155$). Это, по-видимому, можно объяснить меньшей настороженностью в отношении изучаемой патологии терапевтической службы на селе. В целом по республике отмечалась выраженная тенденция к росту ПЗ КФМД ($R^2 = 0,725$), вследствие умеренной тенденции к росту показателя у мужчин и выраженной – у жителей города.

Показатель ПЗ ЛГ по республике характеризовался умеренно выраженной тенденцией к росту ($R^2 = 0,66$), за счет умеренно выраженной тенденции к росту показателя у городских жителей ($R^2 = 0,53$). Показатели ПЗ ЛГ у мужчин и женщин оставались стабильными ($R^2 = 0,08$ и $R^2 = 0,28$ соответственно), так же, как и у жителей села ($R^2 = 0,01$).

Показатели общей заболеваемости (ОЗ) ЛД представлены в таблице 2.

В течение анализируемого периода по республике в целом отмечалась тенденция к росту ОЗ КФМД среди населения, что обусловлено хорошим уровнем диагностики патологии, эффективностью проводимых лечебных мероприятий и своевременной обращаемостью больных за специализированной медицинской помощью. У каждой из анализируемых категорий выявлено ежегодное увеличение показателя ОЗ КФМД, что обеспечивалось как обращением ранее зарегистрированных больных, так и впервые выявленными случаями заболевания.

Ежегодное увеличение показателя ОЗ ЛГ в РБ до 2004 года обеспечивалось аналогичными тенденциями у городских жителей и лиц женского пола. С 2006 г. отмечался рост уровня показателя у всех анализируемых категорий, при этом более выраженный подъем выявлен у жителей села и лиц женского пола за счет увеличения ПЗ ЛГ. У мужского населения в 2002 – 2004 гг. уровень ОЗ ЛГ оставался стабильным, за счет отсутствия впервые выявленных случаев заболевания, рост показателя отмечался с 2005 года. У женщин ОЗ ЛГ характеризовалась более равномерным распределением по годам. У городских и сельских жителей выявлено увеличение уровня ОЗ ЛГ, у последних к концу анализируемого периода показатель увеличился в 5 раз.

Рост ОЗ ЛД, очевидно, связан и с увеличением обращаемости тех пациентов, которые, ранее разочаровавшись в результатах терапии ЛД, со временем убедились в

эффективности новых методик лечения с использованием препарата БТА и предпочитают находиться под активным диспансерным наблюдением в специализированных центрах.

Динамика структуры ЛД с учетом региона проживания, пола и места жительства за 2002 – 2007 гг. отражена в таблице 3. В течение анализируемого периода ежегодно максимальное количество больных ЛД было зарегистрировано в Минске. Отмечалось преобладание удельного веса лиц женского пола: максимум приходится на 2004 г., в связи с пиком уровня ПЗ КФМД у женщин и отсутствием впервые выявленных случаев ЛГ у мужчин. За период с 2002 по 2007 гг. незначительно увеличился удельный вес лиц с КФМД, проживающих в городе, в связи с выраженной тенденцией к росту ПЗ: в 2002 г. их было в 2,4 раза больше, чем жителей села, в 2007г. – почти в 3 раза. Напротив, за указанный период несколько увеличилась доля жителей села, страдающих ЛГ, за счет роста ПЗ у данной категории населения в 2004 и 2006 годах.

При помощи однофакторного дисперсионного анализа было установлено, что на уровень ПЗ КФМД и ЛГ такие факторы, как пол, место проживания и возраст начала заболевания с учетом пола и места жительства, влияния не оказывают ($p > 0,05$). Статистически значимых отличий между регионами республики по возрасту начала КФМД и ЛГ также выявлено не было ($p > 0,05$). Таблица 3. Динамика структуры общей заболеваемости ЛД с учетом региона проживания, пола и места жительства за период с 2002 по 2007 гг.,

		годы											
		2002		2003		2004		2005		2006		2007	
		КФ	ЛГ	КФ	ЛГ	КФ	ЛГ	КФ	ЛГ	КФ	ЛГ	КФ	ЛГ
		МД		МД		МД		МД		МД		МД	
Брестская область		5,9	5,3	5,0	8,7	6,1	11,5	8,5	10,0	9,7	12,8	11,0	10,9
Витебская область		8,8	0,0	10,0	4,3	8,2	3,8	6,8	3,3	5,6	2,6	4,9	2,2
Гомельская область		2,9	15,8	7,5	13,0	8,2	11,5	6,8	13,3	8,3	12,8	7,3	17,4
Гродненская область		17,6	10,5	15,0	8,7	18,4	11,5	20,3	10,0	16,7	10,3	15,9	8,7
г. Минск		44,1	57,9	45,0	56,5	40,8	53,8	39,0	56,7	36,1	48,7	37,8	43,5
Минская область		11,8	5,3	10,0	4,3	10,2	3,8	8,5	3,3	11,1	5,1	12,2	10,9
Могилевская область		8,8	5,3	7,5	4,3	8,2	3,8	10,2	3,3	12,5	7,7	11,0	6,5
пол	м	41,2	26,3	40,0	21,7	34,7	19,2	39,0	30,0	40,3	25,6	39,0	30,4
	ж	58,8	73,7	60,0	78,3	65,3	80,8	61,0	70,0	59,7	74,4	61,0	69,6
место жительства	г	70,6	89,5	72,5	91,3	73,5	84,6	74,6	86,7	72,2	79,5	74,4	80,4
	с	29,4	10,5	27,5	8,7	26,5	15,4	25,4	13,3	27,8	20,5	25,6	19,6

примечание: м – мужчины, ж – женщины, г – город, с - село

%

Поскольку КФМД является инвалидизирующим заболеванием, был проведен анализ показателей инвалидности вследствие КФМД в Республике Беларусь за 2002 - 2007 годы, представленный в таблице 4.

Таблица 4. Инвалидизация населения вследствие КФМД за период с 2002 по 2007 гг. (на 10 000 населения).

	ГОДЫ					
	2002	2003	2004	2005	2006	2007
1 группа	0,002	0,002	0,002	0,002	0,002	0,002
2 группа	0,011	0,015	0,016	0,018	0,021	0,024
3 группа	0,006	0,006	0,005	0,005	0,006	0,006
общий	0,019	0,023	0,023	0,026	0,029	0,032

Показатель первой группы инвалидности в течение анализируемого периода оставался на одном уровне. Показатель третьей группы также существенно не изменялся, зато показатель второй группы увеличился примерно в 2 раза. Общий показатель инвалидизации населения вследствие КФМД в республике к 2007 г. увеличился более, чем в 1,5 раза, что можно объяснить ростом уровня заболеваемости и тенденцией патологии к прогрессированию.

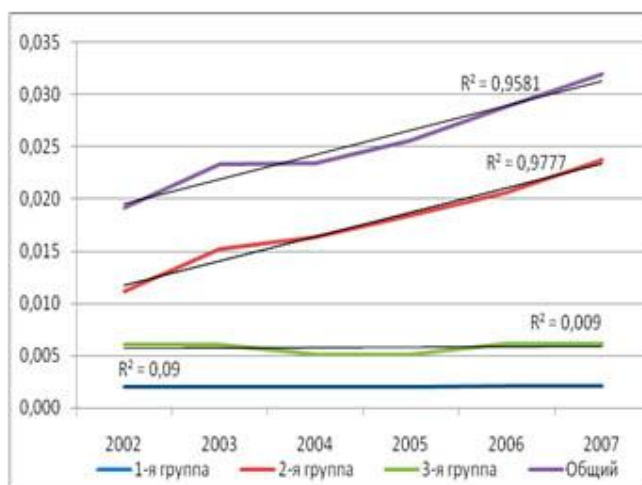


Рисунок 1. Динамика показателя инвалидизации населения вследствие краниальных форм мышечной дистонии в РБ за период с 2002 по 2007 годы.

С помощью коэффициента аппроксимации (рисунок 1) было установлено, что динамика показателей первой и третьей групп характеризовалась стабильностью ($R^2 = 0,09$, $R^2 = 0,009$, соответственно), в то время как показатель второй группы имел выраженную тенденцию к росту ($R^2 = 0,97$). Общий показатель инвалидизации населения РБ вследствие КФМД также характеризовался выраженной тенденцией к росту ($R = 0,95$), обусловленной ростом показателя второй группы.

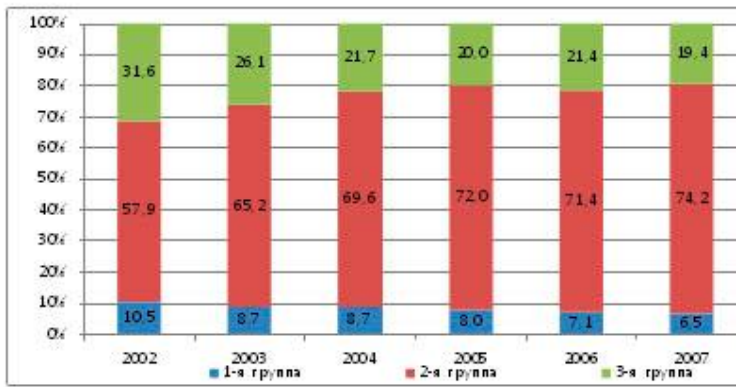


Рисунок 2. Структура инвалидности вследствие краниальных форм мышечной дистонии в РБ за период с 2002 по 2007 гг., %

Структура инвалидности вследствие КФМД за период 2002 - 2007 гг. представлена на рисунке 2. Ежегодно основную долю от общего количества инвалидов вследствие КФМД составляли инвалиды второй группы, затем следовала третья группа. Минимальный удельный вес соответствовал первой группе инвалидности. В 2007 г. доля лиц, признанных инвалидами третьей группы, сократилась по сравнению с 2002 г. в 2 раза, в меньшей степени уменьшился и удельный вес первой группы. Эта динамика объясняется увеличением показателя второй группы инвалидности: с 57,9 % в 2002 г. до 74,2 % в 2007 г.

Таким образом, эпидемиологический анализ ЛД в республике за период с 2002 по 2007 гг. показал, что максимальный уровень ПЗ ЛД был зарегистрирован в 2006 г.. Это было обусловлено активным целенаправленным выявлением больных в связи с новым этапом в организации оказания медицинской помощи пациентам с данной патологией.

В течение анализируемого периода времени установлена тенденция к росту показателей ПЗ КФМД по республике, что связано со своевременной диагностикой данной патологии. Отмечается тенденция к росту ПЗ КФМД у мужчин и городских жителей, в то время как показатели ПЗ КФМД у женщин и жителей села характеризуются стабильностью. ПЗ ЛГ по республике также характеризовалась умеренно выраженной тенденцией к росту, обусловленной умеренно выраженной тенденцией к росту показателя у городских жителей. Показатели ПЗ ЛГ у мужчин, женщин и жителей села оставались стабильными.

В течение анализируемого периода по республике в целом отмечалась тенденция к росту ОЗ КФМД и ЛГ среди населения, что обусловлено хорошим уровнем диагностики патологии, эффективностью проводимых лечебных мероприятий и своевременной обращаемостью больных за специализированной медицинской помощью. Максимальное количество больных ЛД за период 2002 – 2007 гг. ежегодно было зарегистрировано в г. Минске. Удельный вес женщин и городских жителей ежегодно превосходил таковой мужчин и жителей села.

Показатель инвалидизации населения РБ вследствие КФМД имел выраженную тенденцию к росту в связи с ростом показателя второй группы инвалидности. В структуре инвалидности вследствие КФМД на протяжении 2002 – 2007 гг. ежегодно лидирующие позиции занимала вторая группа.

Полученные эпидемиологические данные призваны улучшить планирование лечебной работы специализированных центров, использующих для лечения ЛД препараты ботулотоксина.

Литература

1. Орлова, О. Р. Применение Ботокса (БТА) в клинической практике: руководство для врачей / О. Р. Орлова, Н. Н. Яхно. М., 2000. 205 с.
2. Defazio, G. Epidemiology of primary blepharospasm / G. Defazio, P. Livrea. *Mov Disord* 2002;17:7–12.
3. Defazio, G. Prevalence of primary blepharospasm in a community of Puglia region, Southern Italy / G. Defazio [et al.]. *Neurology*. 2001. Jun 12, 56 (11), P. 1579–81