

2. Михайлов В.И. // Вестник БНТУ. – 2009. – №1. – С.43–48.
3. Тяшкевич И.А. // Дистанционное зондирование природной среды: теория, практика, образование. – Минск, 2006, – С.6–10.
4. Лаптёнок С.А. // Медико-биологические аспекты аварии на ЧАЭС. – 2010. – №1–2. – С.29–34.
5. Лаптёнок С.А., Корбут Н.А. // Проблемы создания информационных технологий. Сборник научных трудов. – М.: МАИТ, 2011. – Вып.20. – С.67–71.
6. Лаптёнок С.А., Лазар И.В. // Вопросы организации и информатизации здравоохранения. – 2011. – №2. – С.48–52.
7. Лаптёнок С.А. // Вопросы организации и информатизации здравоохранения. – 2011. – №3. – С.71–75.
8. Лаптёнок С.А., Вайтюк С.А. // Вопросы организации и информатизации здравоохранения. – 2012. – №1. – С.67–70.
9. Лаптёнок С.А., Корбут Н.А., Лазар И.В. // Проблемы создания информационных технологий. Сборник научных трудов. – М.: МАИТ, 2012. – Вып.21. – С.154–159.
10. Лаптёнок С.А., Вайтюк С.А., Корбут Н.А. // Проблемы создания информационных технологий. Сборник научных трудов. – М.: МАИТ, 2012. – Вып.21. – С.159–163.
11. Аринчин Н.И. Здравосозидание. – Минск, 1998. – 48с.

ОПЫТ РАБОТЫ РЕСПУБЛИКАНСКОГО МИАСТЕНИЧЕСКОГО ЦЕНТРА

¹ С.А.ЛИХАЧЕВ, ¹ А.В.АСТАПЕНКО, ¹ С.Л.КУЛИКОВА, ¹ Т.В.КОРБУТ, ² А.В.КУЛЬ

¹Республиканский научно-практический центр неврологии и нейрохирургии, г. Минск

² Республиканский научно-практический центр онкологии и медицинской радиологии
им. Н.Н.Александрова, п. Лесной, Минский р-н

Проанализированы данные обо всех случаях миастении (Myasthenia gravis - MG), верифицированной у взрослого населения республики за период 01.08.2007 г. – 01.08.2012 г. по данным республиканского миастенического центра.

Введение. Миастения (MG) – тяжелое прогрессирующее аутоиммунное заболевание, характеризующееся нарушением нервно-мышечной передачи и клинически проявляющееся слабостью и патологической утомляемостью поперечнополосатых мышц.

Заболеваемость MG по данным многих авторов колеблется в пределах от 0,25 до 5 случаев на 100 000 населения, а распространенность – от 10 до 50 [1 – 3]. В последние годы отмечена четкая тенденция к росту заболеваемости. Наблюдается увеличение числа прозериноустойчивых форм, частое сочетание MG с другими аутоиммунными заболеваниями. Причины роста: старение населения, неблагоприятные факторы окружающей среды, улучшение диагностики, повышение медицинской грамотности врачей и населения. В среднем каждый невролог на своем участке может иметь от 1 до 4 больных MG и выявлять новый случай заболевания каждые 3–4 года [1].

До введения в практику патогенетических методов лечения десятилетняя выживаемость при MG составляла 50% [4]. При использовании современных методов и схем терапии этот показатель может быть сведен к нулю [1, 4]. Данное обстоятельство подчеркивает важность создания специализированных центров по оказанию помощи пациентам с MG.

С 1 августа 2007 г. на базе Республиканского научно-практического центра неврологии и нейрохирургии начал работу Республиканский миастенический центр (РМЦ). Основание – приказ Министерства здравоохранения Республики Беларусь № 530 от 22.06.2007 г. Основная задача РМЦ – оказание стационарной и консультативной медицинской помощи пациентам с MG.

Цель: изучить работу РМЦ за период с 01.08.2007г. по 01.08.2012г.

Материалы: проведен анализ работы РМЦ за указанный период.

Результаты. На консультативный прием в РМЦ пациенты с подозрением на MG направляются врачами-неврологами амбулаторно-поликлинических и стационарных учреждений здравоохранения Республики в плановом порядке. На каждого пациента заводится амбулаторная карта с отражением анамнеза жизни и болезни. Отражаются данные объективного обследования, указывается диагноз, даются рекомендации по лечению.

С 01.08.2007г. по 01.08.2012г. за консультативной медицинской помощью обратились в РМЦ 1128 человек. Осуществлено 2602 консультации, из них в 2007 г. – 48, в 2008 г. – 190, в 2009 и 2010 гг. – 354 и

627 соответственно, в 2011 г. – 711. За неполный 2012 г. проконсультированы 672 человека. Число госпитализированных пациентов имеет следующее распределение: в 2007 г. – 38 человек, в 2008 и 2009 гг. – 143 и 158 соответственно, в 2010 г. – 119, в 2011 – 106, в 2012 г. было госпитализировано только 59 пациентов (рисунок). Таким образом, уровень госпитализации за весь период значительно снизился: с 75,2 – 79,1% в первые годы работы до 8,8% к 2012 году. Это можно объяснить налаженной работой амбулаторно-поликлинического звена РМЦ, оснащением необходимым оборудованием для верификации диагноза. Длительное динамическое наблюдение за пациентами с подбором индивидуальной патогенетической терапии позволило достичь медикаментозной ремиссии во многих случаях.

Из 1128 проконсультированных пациентов по результатам проведенного обследования в 312 случаях диагноз МГ был исключен. Эта группа включала случаи, схожие по клиническим проявлениям с МГ: боковой амиотрофический склероз, невропатии глазодвигательных нервов, воспалительные и наследственные миопатии, соматоформную вегетативную дисфункцию.

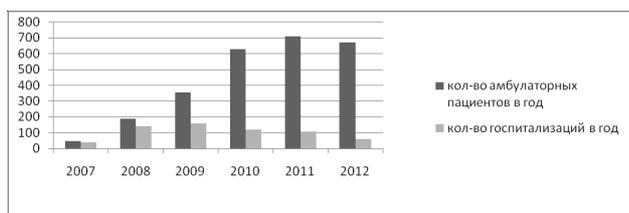
В настоящее время РМЦ располагает всеми необходимыми современными средствами терапии МГ: антихолинэстеразные препараты, кортикостероиды, цитостатики, иммуноглобулин человека нормальный, экстракорпоральные методы лечения. С 2007г. для

оперативного лечения пациентов используется торакоскопическая тимэктомия. За весь период работы было выполнено 72 операции, большинство из которых (90,3%) проведено на базе Республиканского научно-практического центра онкологии и медицинской радиологии имени Н.Н.Александрова. Использование малоинвазивной хирургии позволило избежать во всех случаях параоперационных осложнений. Ни в одном случае не было отмечено миастенического криза.

С целью учета всех случаев МГ на территории Республики была создана электронная база данных, где отражены паспортные данные пациентов, социальный статус, характер течения заболевания, получаемая терапия. Нами были проанализированы данные обо всех случаях верифицированной МГ среди взрослого населения республики на 01.08.2012г., которые были получены при обращении пациентов в РМЦ, а также по результатам, предоставленным участковыми неврологами. Согласно полученным данным в РБ зарегистрировано 986 пациентов с МГ (численность населения Беларуси – 9 млн 503,8 тыс. человек). Уровень распространенности заболевания в республике составляет 10,4 случая на 100тыс. населения, уровень заболеваемости – 0,91–1,1. Распределение пациентов по областям представлено в таблице.

Из представленных данных очевидно, что наибольшая распространенность заболевания отмечена в Минске (17,5), это в 1,5 раза выше, чем по республике. Наименьшая заболеваемость выявлена в Гомельской и Брестской областях (5,2 и 5,7 соответственно), что, по нашему мнению, связано с недостаточной диагностикой заболевания в указанных регионах. Учитывая значительные различия в показателях по областям, можно ожидать более высокий уровень распространенности заболевания по республике, чем установлено в настоящее время.

Средний возраст пациентов, состоящих на учете в РМЦ, составляет $58,4 \pm 17,6$ лет, средний возраст дебюта заболевания – $45,4 \pm 9,8$ лет. Среди заболевших



Результаты работы РМЦ за период 01.08.2007 по 01.08.2012 г.

Таблица

Распространенность МГ по регионам Республики Беларусь

| Регион | Кол-во зарегистрированных случаев | Численность населения региона (тыс. чел.) | Распространенность МГ в регионе (на 100 тыс. населения) |
|---------------------|-----------------------------------|---|---|
| Республика Беларусь | 986 | 9 503,80 | 10,4 |
| Минск | 322 | 1 836,80 | 17,50 |
| Минская обл. | 183 | 1 422,50 | 12,9 |
| Могилевская обл. | 133 | 1 099,40 | 12,1 |
| Гомельская обл. | 75 | 1 440,70 | 5,2 |
| Гродненская обл. | 113 | 1 072,40 | 10,5 |
| Брестская обл. | 80 | 1 401,20 | 5,7 |
| Витебская обл. | 80 | 1 230,80 | 6,5 |

преобладают женщины (74%). В 80,7% случаях выявлена генерализованная форма МГ, в 19,3 % – глазная. У 12,2% пациентов имеется сопутствующая аутоиммунная патология: преобладают аутоиммунные заболевания щитовидной железы, кожи, системные болезни соединительной ткани. Монотерапию антихолинэстеразными препаратами получают 32,6% пациентов. Однако в большинстве случаев понадобилось усиление терапии иммуносупрессантами, в 67,4% случаях – глюкокортикостероидами, в 12,8% – цитостатиками. У 34,9% пациентов возникла необходимость в применении экстракорпоральных методов лечения (плазмаферез, плазмообмен). Тимэктомия была выполнена 36,2% пациентам. У 30,1% пациентов наступила стойкая утрата трудоспособности по причине заболевания. Частота развития миастенического криза у пациентов с МГ составила 0,91 – 1,11% в год.

Заключение

Для сложных и редких заболеваний, таких как МГ, создание центров по оказанию специализированной помощи является необходимым и обеспечивает как надлежащий контроль за качеством лечения, так и

внедрение современных методов терапии. Динамическое наблюдение за пациентами позволяет достичь максимально возможной ремиссии для каждого из них и предотвратить такое осложнение заболевания, как миастенический криз.

Литература

1. Thanvi B.R. // Postgraduate Medical J. – 2004. – Vol.80. – P.690–700.
2. Farrugia M.E., Swingler R.J. // J. R. Coll. Physicians Edinb. – 2002. – Vol.32. – P.14–18.
3. Gold R., Hohlfeld R., Toyka K.V. // Ther. Adv. Neurol. Disord. – 2008 September. – Vol.1, No.2. – P.36–51.
4. Gilhus N.E., Owe J.F., Hoff J.M., Romi F., Skeie G.O. Myasthenia Gravis: A Review of Available Treatment Approaches Autoimmune Dis. 2011. – 2011: 847393.

EXPERIENCE OF THE REPUBLICAN MYASTHENIC CENTER WORK

S.A.Likhachev, A.V.Astapenko, S.L.Kulikova, T.V.Korbut, A.V.Kul

We analyzed the data on all the cases of Myasthenia gravis (MG) verified in the adult population of the republic for the period from 01.08.2007 to 01.08.2012 based on the data from the Republican Myasthenic Center.

СИСТЕМА ОРГАНИЗАЦИИ ПОМОЩИ ПАЦИЕНТАМ С МЫШЕЧНЫМИ ДИСТОНИЯМИ

**¹С.А.ЛИХАЧЕВ, ¹Т.Н.ЧЕРНУХА, ¹Г.Д.СИТНИК, ¹А.В.АСТАПЕНКО,
¹Ю.Н.РУШКЕВИЧ, ¹Е.В.ВЕЕВНИК, ²А.Н.ЯКОВЛЕВ, ²А.В.ПЛАТОНОВ,
²И.П.КОСТЮК, ²О.А.КАРПЕЧИНА, ²В.В.РЕДУТО, ²М.С.ШУМСКАС,
²М.Е.ДЕДОВЕЦ, ²А.А.ПАШКОВ, ²С.Т.ВИННИКОВА**

¹Республиканский научно-практический центр неврологии и нейрохирургии, г. Минск

²Специализированные кабинеты по лечению мышечных дистоний в областных городах Республики Беларусь и г.Минске

В Республике Беларусь организована и функционирует система специализированной помощи пациентам с мышечными дистониями. В каждой области и г. Минске работают региональные кабинеты по лечению мышечных дистоний препаратами ботулотоксина типа А. Общее руководство работой данных центров осуществляет РНПЦ неврологии и нейрохирургии. В результате применения самых современных методов лечения мышечных дистоний снижена временная и стойкая нетрудоспособность. Медицинская помощь бесплатна и доступна для каждого жителя республики.

Введение. Мышечная дистония (МД) – синдром поражения центральной нервной системы, характеризующийся нерегулярно и неритмично повторяющимися изменениями мышечного тонуса в различных мышечных группах (чаще лица, шеи, конечностей) с развитием произвольных движений или фиксиро-

ванных поз [5]. Клинические проявления МД чрезвычайно вариабельны и многообразны, возможны самые различные сочетания вовлеченных в гиперкинез мышц. Заболевание начинается в трудоспособном возрасте, достаточно рано формируется функциональный дефект, что приводит к значительной временной