

<https://doi.org/10.29296/25877305-2020-12-18>

Анализ инвалидности вследствие рассеянного склероза в Ямало-Ненецком автономном округе (2014–2019)

Е.Г. Юша, О.А. Кипко, С.В. Стеценко

Главное бюро Медико-социальной экспертизы по Ямало-Ненецкому автономному округу
Минтруда России, Салехард
E-mail: stecenkos@mail.ru

Представлен краткий обзор литературы по эпидемиологии и патогенезу рассеянного склероза (РС). Показана социальная значимость данной патологии. Проведен анализ инвалидности вследствие РС за период 2014–2019 гг. по результатам освидетельствования в ФКУ «Главное бюро Медико-социальной экспертизы по ЯНАО» Минтруда России. Контингент инвалидов вследствие РС представлен преимущественно лицами молодого трудоспособного возраста, жителями города со стойкими нарушениями статодинамической функции, зрения, мочевыделения, психики. При проведении медико-социальной экспертизы у таких граждан чаще выявлялись ограничения способности к самообслуживанию, передвижению, контролю своего поведения, способности к трудовой деятельности. Преобладают инвалидности 2-й и 3-й групп. В большинстве случаев РС в течение первых 5 лет от начала заболевания приводит к инвалидизации. При первичном освидетельствовании чаще определяется 3-я группа инвалидности. Среди освидетельствованных преобладает ремиттирующее течение РС.

Ключевые слова: неврология, рассеянный склероз, структура и динамика инвалидности, социальная проблема.

Для цитирования: Юша Е.Г., Кипко О.А., Стеценко С.В. Анализ инвалидности вследствие рассеянного склероза в Ямало-Ненецком автономном округе (2014–2019). Врач. 2020; 31 (12): 81–84. <https://doi.org/10.29296/25877305-2020-12-18>

Рассеянный склероз (РС) – демиелинизирующее заболевание с множественными очагами поражения нервной системы. Им страдают около 2,5 млн человек в мире, в России их число составляет около 200 тыс. РС составляет от 4,7 до 10,5% среди органических заболеваний ЦНС. Число больных в разных странах колеблется от 5 до 300 случаев на 100 тыс. населения, в России в большинстве регионов распространенность РС составляет 50–70 случаев на 100 тыс. населения. Отчетливо прослеживается бóльшая заболеваемость в северных и западных регионах. Как и при многих других аутоиммунных болезнях, женщины в 1,5–2,0 раза чаще подвержены РС, чем мужчины [1, 2].

РС является социально значимой проблемой, так как заболевание в основном поражает лиц молодого трудоспособного возраста. В подавляющем большинстве случаев дебют РС приходится на возраст 20–40 лет [3].

РС характеризуется постепенным нарастанием неврологического дефекта, приводящего в большинстве случаев к ин-

валидности. Инвалидность нередко наступает рано (в 30% случаев – в течение первых 2 лет от начала заболевания). Причина возникновения РС точно не выяснена. На сегодняшний день общепринятым является мнение, что РС может возникнуть в результате взаимодействия ряда неблагоприятных внешних и внутренних факторов. К неблагоприятным внешним факторам относятся вирусные или бактериальные инфекции; влияние токсических веществ и радиации (в том числе солнечной); особенности питания; геоэкологическое место проживания; травмы; частые стрессовые ситуации. Генетическая предрасположенность к РС, вероятно, связана с сочетанием у данного индивидуума нескольких генов, обуславливающих нарушение прежде всего в системе иммунорегуляции.

Характерна «рассеянность» и полиморфизм клинических признаков заболевания, указывающих на наличие в нервной системе большого количества патологических очагов, поражающих ее на разных уровнях. Наиболее характерными группами симптомов при РС являются зрительные нарушения, симптомы поражения ствола головного мозга, пирамидная симптоматика, нарушение координации, расстройства чувствительности, нарушение функции тазовых органов и высших корковых функций. Клинические формы – спинальная, церебральная, цереброспинальная. Независимо от первичной локализации, поражение распространяется на другие отделы нервной системы, формируя цереброспинальную форму.

Варианты течения РС:

- ремиттирующее (рецидивирующе-ремиттирующее);
- первично-прогрессирующее (без четких обострений с начала заболевания);
- вторично-прогрессирующее (после предшествующих обострений), прогрессивно-рецидивирующее (наблюдаются обострения с самого начала развития болезни).

Условно выделяют также доброкачественное течение, при котором в течение 15 лет от момента дебюта не наступает инвалидизация, и злокачественное течение, при котором стойкая инвалидизация наступает в первые годы. При необходимости указывается количественная оценка функционального дефекта (расширенная шкала инвалидизации – *Expanded Disability Status Scale* – EDSS). На сегодняшний день РС является неизлечимым заболеванием [2].

Согласно приказу Министерства труда и социальной защиты РФ от 17 декабря 2015 г. №1024н «О классификациях и критериях, используемых при осуществлении медико-социальной экспертизы граждан федеральными государственными учреждениями медико-социальной экспертизы», при вынесении экспертного решения в течение анализируемого периода врачи по медико-социальной экспертизе (МСЭ) руководствовались п. 6.2 приложения [4–6], согласно которому, диагноз РС устанавливают:

- в 10–30% – в случае незначительных нарушений моторики, незначительных нарушений функций тазовых органов; по шкале EDSS – 1,0–2,5 балла;
- в 40–60% – при умеренных парезах верхних и (или) нижних конечностей, умеренных нарушений функций тазовых органов; по шкале EDSS – 3,0–4,5 балла;
- в 70–80% – при наличии выраженных парезов верхних и (или) нижних конечностей, выраженных нарушений функций тазовых органов; по шкале EDSS – 5–7 баллов;
- в 90–100% – когда имеются значительно выраженные парезы или параличи верхних и (или) нижних конечностей, значительно выраженные нарушения функций тазовых органов (полное недержание мочи и/или кала с полной нечистоплотностью); по шкале EDSS – 7,5–9,5 балла.

Клиническая картина РС характеризуется высокой гетерогенностью клинических проявлений, поэтому при вынесении экспертного решения врачу МСЭ недостаточно только данного пункта приложения, по аналогии используются и другие пункты, отражающие нарушение зрительных функций, координаторных нарушений, нарушений психической функции, функции речи и др., а также разделы II–V приказа Министерства труда и социальной защиты РФ от 17 декабря 2015 г. №1024н (в настоящее время данный Приказ утратил силу, с 01.01.2020 действует Приказ Министерства труда и социальной защиты РФ от 27 августа 2019 г. №585н).

Цель исследования: анализ динамики и структуры инвалидности вследствие РС по результатам освидетельствования в ФКУ «Главное бюро Медико-социальной экспертизы по Ямало-Ненецкому автономному округу» (ГБ МСЭ по ЯНАО) Минтруда России.

МАТЕРИАЛ И МЕТОДЫ

Исследование сплошное, использованы данные медико-экспертных документов, электронной базы данных оформления протокола МСЭ с использованием программы ЕАВИИАС (Единая автоматизированная вертикально-интегрированная информационно-аналитическая система) МСЭ. Методы исследования: выкопировка сведений, аналитический. Проведен анализ инвалидности вследствие РС за период 2014–2019 гг. Исследование проведено по результатам освидетельствования в ФКУ «ГБ МСЭ по ЯНАО» Минтруда России. Проанализированы медико-экспертные документы, данные электронной базы данных ЕАВИИАС МСЭ 78 граждан разных возрастных категорий.

Среди всех освидетельствованных 60% женщин, 40% мужчин; 86% – городские жители. Мы видим, что заболеваемость РС вариабельна, даже в пределах одного региона.

Возрастная структура инвалидности: граждане до 30 лет – 7,7%, 30–50 лет – 53,8%, старше 50 лет – 38,5%. Структура инвалидности по тяжести: инвалиды 1-й группы – 17,9%; инвалиды 2-й и 3-й групп – по 34,6%; не признаны инвалидами – 12,8%.

Таким образом, контингент освидетельствованных представлен преимущественно инвалидами 2-й и 3-й групп в возрасте от 30 до 50 лет.

Причина инвалидности в 92,7% случаев – общее заболевание, 5,8% – инвалидность с детства, 1,5% – заболевание получено в период военной службы.

У освидетельствованных граждан в большей степени нарушены статодинамическая, мочевыделительная, психическая функции и зрение. Преимущественно страдают такие ограничения жизнедеятельности, как самообслуживание, передвижение, способность к трудовой деятельности и способность контролировать свое поведение (табл. 1, 2).

Из числа освидетельствованных 74,3% имеют среднее общее образование, 25,6% – основное общее образование, 34,6% – высшее образование, 39,7% – среднее профессиональное образование; 37,2% граждан трудоустроены, 62,8% – не работают. Трудоустроены – 51,3%, 48,7% трудовой установки не имеют. Большинство граждан длительно сохраняли свою трудоспособность: 32,0% трудоспособны в течение >20 лет; 34,6% – 10 лет; 14,1% – 5–10 лет; 8,9% – 5 лет; 10,3% – не имеют трудового стажа.

Таким образом, значительная часть больных РС – это люди социально активные, получившие хорошее образование, как общее, так и профессиональное, имеющие трудовую установку.

Дебют заболевания: до 18 лет – 11,5%, до 30 лет – 33,3%, от 30 до 50 лет – 48,7%, старше 50 лет – 6,4%. Начало заболевания раньше 18 лет и позже 50 лет наступает намного реже, чем в трудоспособном возрасте, что совпадает со средними статистическими мировыми и российскими данными.

Первые проявления заболевания – это преимущественно зрительные нарушения (38,5%). На 2-м и 3-м месте – двигательные и чувствительные нарушения (по 18,2%). У 11,4% заболевание началось с болевых ощущений в позвоночнике, ногах, у 9,1% – дебют заболевания связан с нарушением координации. Начальные признаки заболевания – судорожный синдром и поражение лицевого нерва (по 2,3%).

При первичном освидетельствовании признано инвалидами 1-й группы – 8,9%, 2-й – 23,2%, 3-й – 53,8%, категория «ребенок-инвалид» установлена у 5,1% больных, 8,9% инвалидами при первичном освидетельствовании не признаны. Из представленных данных видно, что при первичном освидетельствовании чаще определяется 3-я группа инвалидности.

Впервые освидетельствование в бюро МСЭ проведено преимущественно (42,3%) через 1–5 лет от начала заболевания, в течение 1-го года болезни освидетельствованы 17,9%, в течение 5–10 лет от начала заболевания – 16,7%, >10 лет – 23,1%. Следовательно, в большинстве установленных случаев РС в течение первых 5 лет приводил к инвалидизации.

Из числа освидетельствованных чаще (66,6%) встречается ремиттирующее течение РС, из них 1-я группа инвалидности установлена в 2% случаев, на долю 2-й группы приходится 31,3%, 3-й группы – 47,9%, не признаны инвалидами – 18,8%. Ремиттирующее течение со временем может перейти во вторично-прогрессирующее течение. Число случаев перехода заболевания во вторично-прогрессирующее течение увеличивается с ростом его продолжительности, и, согласно данным литературы, составляет от 25% – через 5 лет от начала заболевания до 78% – через 25 лет. Освидетельствованы 20,8% больных с вторично-прогрессирующим течением, из них признаны инвалидами 1-й группы 46,7%, 2-й – 46,7%, 3-й группы – 6,6%. Освидетельствованы 12,5% пациентов с первично-прогрессирующим течением, из них признано инвалидами 1-й группы 22,2%, 2-й – 44,4%, 3-й – 22,2%, не признаны инвалидами – 11,1% (табл. 3).

Как видно из представленных данных, из числа освидетельствованных чаще встречается ремиттирующее течение РС, первично-прогрессирующее и вторично-прогрессирующее течение заболевания приводит к более тяжелой инвалидности.

Из числа освидетельствованных в течение первых 5 лет у 21 больного отмечалось утяжеление инвалидности, 15 – признаны инвалидами 2-й группы, 6 – инвалидами 1-й группы. Показатель утяжеления составил 34,4%.

Согласно литературным данным, среди факторов, отрицательно влияющих на прогноз заболевания, можно выделить следующие:

- мужской пол;
- высокая частота обострений (>1–2 в год);
- неполное восстановление после 1-го обострения;

- более поздний возраст дебюта заболевания (старше 40 лет);
- раннее вовлечение инфратенториальных структур, в частности, развитие мозжечковой симптоматики;
- сочетание симптомов поражения нескольких функциональных систем в дебюте заболевания.

К благоприятным прогностическим факторам относятся:

- женский пол;
- дебют заболевания с оптического неврита или сенсорных нарушений;
- более молодой возраст дебюта заболевания;
- полный регресс неврологического дефекта после первого обострения;
- длительная первая ремиссия.

Таблица 1
Обследованные с ограничением жизнедеятельности; n

Table 1

The examinees with limited vital activity; n

Ограничения жизнедеятельности	1-я степень	2-я степень	3-я степень
Способность к самообслуживанию	38	20	9
Способность к самостоятельному передвижению	26	27	12
Способность к общению	3	1	0
Способность к ориентации	8	4	1
Способность контролировать свое поведение	8	3	0
Способность к обучению	3	1	0
Способность к трудовой деятельности	27	27	14

Таблица 2
Обследованные с нарушением функций организма; n

Table 2

The examinees with impaired body functions; n

Нарушенные функции	I степень	II степень	III степень	IV степень
Статодинамическая функция	8	27	27	14
Функция зрения	27	3	3	1
Функция мочевыделения	27	5	11	3
Психическая функция	22	11	2	0
Языковые и речевые функции	2	1	0	0
Функция иммунной системы	1	1	0	0

Таблица 3
Число граждан по группам инвалидности и типу течения РС; %

Table 3

Surveyed by the groups of disability and the type of MS; %

Тип течения РС	Группа инвалидности			
	1-я	2-я	3-я	Инвалидом не признаны
Ремиттирующее	2	31,3	47,9	18,8
Вторично-прогрессирующее	46,7	46,7	6,6	0
Первично-прогрессирующее	22,2	44,4	22,2	11,1

До настоящего времени наличие при РС феномена «градиента широты» не нашло полного объяснения, несмотря на интенсивное изучение. Согласно наиболее распространенной гипотезе, увеличение риска развития РС по мере увеличения географической широты может быть связано с уменьшением инсоляции и дефицитом витамина D. Показано, что риск развития РС также связан с месяцем рождения и является максимальным (для Северного полушария) у лиц, рожденных в апреле, и минимальным — у лиц, рожденных в октябре. Предполагается, что это может зависеть от колебаний уровня витамина D в организме матери, в случаях, когда большая часть беременности протекает в зимнее время. Нам показалось интересным проанализировать, повышен ли уровень заболеваемости РС в зависимости от месяца рождения у освидетельствованных в нашем регионе. Оказалось, что наибольшее число заболевших РС родились в мае — 13 (16,6%) человек, наименьшее число заболевших — по 4 (5%) человека — родились в октябре, ноябре, декабре и марте, что в 3,25 раз меньше по сравнению с родившимися в мае. Несмотря на очевидные доказательства иммуномодулирующих свойств витамина D, до настоящего времени остается окончательно неясным, оказывает ли положительный эффект назначение его препаратов при РС.

Проводя анализ заболеваемости, инвалидности вследствие РС, освидетельствованных в ФКУ «ГБ МСЭ по ЯНАО» Минтруда России, мы хотели еще раз показать социальную значимость данной патологии, которая поражает людей молодого возраста в период их максимальной жизненной активности и в большинстве случаев в течение первых 5 лет заболевания приводит к инвалидизации.

Мы считаем, что при вынесении экспертного решения, кроме выраженности неврологического дефицита, необходимо учитывать тип течения заболевания, частоту обострения, не забывать о характерном феномене клинической диссоциации (выраженная мышечная слабость без повышения рефлексов, четкие патологические знаки без убедительного изменения мышечного тонуса и силы в конечностях, гипотония мышц на фоне высоких рефлексов), при этом выраженность клинических проявлений может колебаться в течение 1 сут. Для больных данной категории характерна эйфория с неадекватной оценкой своих физических и интеллектуальных возможностей; 80% больных не могут выполнять привычную работу и семейные обязанности из-за синдрома патологической усталости, не связанной с мышечной слабостью и депрессивными настроениями. Эта постоянная усталость касается не только физической, но и интеллектуальной работы, сопровождается дисфориями и эмоциональной лабильностью. В 22% случаев данный синдром серьезно нарушает жизненную активность, независимо от выраженности физической инвалидизации больного, приводя к нетрудоспособности.

Рекомендации по ограничению производственной деятельности надо давать крайне осторожно, учитывая высокий процент случаев с доброкачественным течением заболевания. У пациентов, относящихся к специалистам умственного труда, работоспособность может сохраняться долго. По данным литературы, наиболее существенно на трудоспособность влияют нейропсихологические изменения, нарушения функции тазовых органов, зрения и только потом — нарушения движений. Социальная изоляция, невозможность активно участвовать в жизни общества, осознание своей бесполезности и невостребованности неблагоприятно влияет на течение заболевания, приводит к психологической дезадаптации больных.

Полученные в результате анализа данные по структуре и динамике инвалидности вследствие РС могут быть исполь-

зованы для совершенствования действующих в ЯНАО комплексных территориальных целевых программ, направленных на профилактику инвалидности и сохранения здоровья населения.

* * *

Авторы заявляют об отсутствии конфликта интересов.

Исследование не имело спонсорской поддержки.

Литература/Reference

1. Столярова И.Д., Бойко А.Н. Рассеянный склероз. Практическое руководство. СПб: ЭЛБИ-СПб, 2002; 176 с. [Stolyarova I.D., Boiko A.N. Rasseyannyi skleroz. Prakticheskoe rukovodstvo. SPb: ELBI-SPb, 2002; 176 s. (in Russ.).]
2. Захарова М.Н. Рассеянный склероз: вопросы диагностики и лечения: практическое руководство для врачей. М.: Медиа Менте, 2018; 240 с. [Zakharova M.N. Rasseyannyi skleroz: voprosy diagnostiki i lecheniya: prakticheskoe rukovodstvo dlya vrachei. M.: Media Mente, 2018; 240 s. (in Russ.).]
3. Котов С.В., Кудлай Д.А., Лиждвой В.Ю. и др. Изучение эффективности лекарственного препарата ИФНб-16 (Инфибета®) у пациентов с рассеянным склерозом на основании критериев NEDA-3. *Журнал неврологии и психиатрии им. С.С. Корсакова*. 2019; 119 (2): 107–15 [Kotov S.V., Kudlay D.A., Lizhdvoy V.Yu. et al. A study of the efficacy of infibeta in patients with multiple sclerosis based on NEDA-3. *S.S. Korsakov Journal of Neurology and Psychiatry = Zhurnal nevrologii i psikiatrii imeni S.S. Korsakova*. 2019; 119 (2): 107–15 (in Russ.).] <https://doi.org/10.17116/jnevro201911922107>
4. Макаров А.Ю. Клиническая неврология с основами медико-социальной экспертизы. Руководство для врачей. СПб: Медлайн-Медиа, 2006; 600 с. [Makarov A.Yu. Klinicheskaya nevrologiya s osnovami mediko-sotsial'noi ekspertizy. Rukovodstvo dlya vrachei. SPb: Medlain-Media, 2006; 600 s. (in Russ.).]
5. Шток В.Н., Левин О.С. Справочник по формулированию клинического диагноза болезни нервной системы. М.: ООО «Медицинское информационное агентство», 2006; 520 с. [Shtok V.N., Levin O.S. Spravochnik po formulirovaniyu klinicheskogo diagnoza boleznei nervnoi sistemy. M.: OOO «Meditsinskoe informatsionnoe agentstvo», 2006; 520 s. (in Russ.).]
6. О классификациях и критериях, используемых при осуществлении медико-социальной экспертизы граждан федеральными государственными учреждениями медико-социальной экспертизы. Приказ Минтруда России от 17.12.2015 №1024н (ред. от 05.07.2016). Зарегистрировано в Минюсте России 20.01.2016 №40650. Доступ из справочно-правовой системы «КонсультантПлюс» [O klassifikatsiyakh i kriteriyakh, ispol'zuemykh pri osushchestvlenii mediko-sotsial'noi ekspertizy grazhdan federal'nymi gosudarstvennymi uchrezhdeniyami mediko-sotsial'noi ekspertizy. Prikaz Mintruda Rossii ot 17.12.2015 №1024n (red. ot 05.07.2016). Zaregistrirvano v Minyuste Rossii 20.01.2016 №40650. Dostup iz spravochno-pravovoi sistemy «Konsul'tantPlyus» (in Russ.).]

ANALYSIS OF MULTIPLE SCLEROSIS-RELATED DISABILITY IN THE YAMAL-NENETS AUTONOMOUS OKRUG (2014–2019)

E. Yusha, O. Kipko, S. Stetsenko

Main Sociomedical Expertise Bureau in the Yamal-Nenets Autonomous Okrug, Ministry of Labor of Russia, Salekhard

The paper provides a brief review of the literature on the epidemiology and pathogenesis of multiple sclerosis (MS). It shows the social significance of this pathology. Disability related to MS for the period 2014–2019 was analyzed from the results of examination at the Main Sociomedical Expertise Bureau in the Yamalo-Nenets Autonomous Okrug, Ministry of Labor of Russia. The contingent of MS-related disability people mainly included young individuals of working age, the urban population, and patients with persistent static-and-dynamic, visual, urinary excretory, or mental dysfunctions. Sociomedical examinations in these citizens more frequently showed their limited ability for self-service, movement, behavioral control, and work activities. Groups 2 and 3 disability prevailed. In most cases, MS leads to disability within the first 5 years of the disease. Their initial examinations more commonly identify Group 3 disability. Relapsing-remitting MS predominates among the examined.

Key words: *neurology, multiple sclerosis, disability pattern and trends, social problem.*

For citation: *Yusha E., Kipko O., Stetsenko S. Analysis of multiple sclerosis-related disability in the Yamal-Nenets Autonomous Okrug (2014–2019). Vrach. 2020; 31 (12): 81–84. <https://doi.org/10.29296/25877305-2020-12-18>*