

## АНАЛИЗ ПАРАМЕТРОВ КАЧЕСТВА ЖИЗНИ У ПАЦИЕНТОВ С МИАСТЕНИЕЙ ГРАВИС

Галиевская О. В., Гвищ Т. Г., Лихачев С. А., Рушкевич Ю. Н.

РНПЦ неврологии и нейрохирургии

**Введение.** Для определения субъективного восприятия влияния заболевания на физическую, психологическую, эмоциональную и социальную составляющие жизни человека был введен такой термин, как качество жизни, повышение которого является важным аспектом здоровья. Исследование качества жизни является одним из основных подходов в оценке качества лечения пациента.

**Цель.** Проанализировать параметры качества жизни пациентов с миастенией гравис (МГ) на основании изучения результатов проведенного анкетирования.

**Материалы и методы:** Для определения показателей качества жизни был использован неспецифический опросник Shot form 36 (SF-36) у 25 пациентов с МГ. Обработка данных проводилась согласно инструкции, подготовленной компанией Эвиденс – Клинико-фармакологические исследования. Среди обследованных было 6 (24%) мужчин и 19 (76%) женщин, медиана возраста составила 57 [37;65] лет, мин/макс возраст – 18/81 год. По форме МГ было выявлено 4 (16%) пациента с глазной формой и 21 (84%) с генерализованной формой. С 1 классом тяжести было 4 (16%) пациента, с 2а – 5 (20%), с 2б – 9 (36%), с 3а – 4 (16%) и с 3б – 3 (12%) пациента.

Опросник SF-36 представляет собой перечень из 36 вопросов, которые в свою очередь группируются в восемь шкал: физическое функционирование (ФФ), ролевое функционирование, обусловленное физическим состоянием (РФФ), интенсивность боли (ИБ), общее состояние здоровья (ОЗ), жизненная активность (ЖА), социальное функционирование (СФ), ролевое функционирование, обусловленное эмоциональным состоянием (РФЭ) и психическое здоровье (ПЗ). После обработки результатов получают значение показателя по каждой из шкал (от 0 до 100). Первые четыре шкалы формируют физический компонент здоровья (ФКЗ), остальные – психологический (ПКЗ). При этом более высокий балл определяет более благоприятное состояние здоровья.

Статистическая обработка данных проводилась с помощью программы STATISTICA 10, результаты представляли в виде Me[LQ;UQ], сравнительный анализ проводился с использованием критерия Манна-Уитни.

**Результаты.** Медиана ФКЗ составила 34,4 [30,2;41,9] баллов, мин/макс 19,2/55,9; ПКЗ: 48,8 [42,6-53,3] мин/макс 24,3/64,2. Как видно из полученных результатов при МГ страдают как психологический, так и (в большей степени) физический компоненты здоровья, что обусловлено особенностями клинической картины с поражением поперечнополосатой мускулатуры. Наименьшие результаты были получены по шкалам: РФФ – 25,0 [0,0;50,0] мин/макс 0/100 и РФЭ – 33,3 [33,3;100,0] мин/макс 0/100, то есть в большей степени затруднено выполнение повседневной деятельности (в том

числе профессиональной) и связанное с этим ухудшение эмоционального состояния. Выявлено статистически значимое отрицательное влияние на ФКЗ наличие сопутствующей патологии ( $p=0,049$ ), а также повышенный (в норме менее 0,45 нмоль/л) уровень антител к ацетилхолиновым рецепторам ( $p=0,02$ ), при этом корреляции между степенью повышения антител и уровнем качества жизни выявлено не было.

Наиболее высокие показатели были определены по шкале СФ – 75,0 [62,5;87,5] мин/макс 0/100 и ПЗ – 68,0 [56,0;76,0] мин/макс 24,0/92,0, то есть социальная активность и самооценка психического здоровья остаются на относительно высоком уровне, что свидетельствует о хорошей психологической и социальной адаптации опрошенных пациентов.

**Выводы.** В проведенном нами исследовании качества жизни по шкале SF-36 у пациентов с МГ получены низкие показатели по шкалам ролевого функционирования (обусловленным как физическим, так и эмоциональным состоянием). Выявлено значимое ухудшение качества жизни при наличии сопутствующей патологии, а также при повышении уровня антител к ацетилхолиновым рецепторам. Полученные результаты свидетельствуют о снижении качества жизни пациентов с МГ, что указывает на необходимость мониторинга данных функций в процессе ведения пациентов с МГ с целью проведения своевременной и адекватной коррекции лечения.

## **ОЦЕНКА РЕЗУЛЬТАТОВ ТИМЭКТОМИИ НА ТЕЧЕНИЕ МИАСТЕНИИ**

**Гвищ Т. Г.<sup>1</sup>, Осос Е. Л.<sup>1</sup>, Куликова С. Л.<sup>1</sup>, Лихачев С. А.<sup>1</sup>,  
Рушкевич Ю. Н.<sup>1</sup>, Галиевская О. В.<sup>1</sup>, Куль А. В.<sup>2</sup>**

<sup>1</sup> РНПЦ неврологии и нейрохирургии

<sup>2</sup> Минский городской клинический онкологический диспансер

**Введение.** Важная роль в иммунопатогенезе миастении отводится вилочковой железе. Миастения имеет хроническое течение и для достижения компенсации или стабильного течения заболевания необходимо придерживаться определенной этапности: 1. Достижение компенсации при помощи антихолинэстеразных препаратов (АХЭП) и иммуносупрессивной терапии. 2. При наличии показаний проведение хирургического лечения – удаление вилочковой железы.

**Цель.** Проанализировать влияние тимэктомии на течение миастении у пациентов, наблюдающихся в Республиканском Миастеническом центре.

**Материалы и методы:** Нами изучены 118 медицинских карт пациентов, которым было проведено оперативное лечение. У 13 человек (11,01%) по данным гистологического заключения описан резидуальный тимус, у 54 (45,7%) – тимомы, у 51 (43,2%) – гиперплазия вилочковой железы.