

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.¹, Осос Е. Л.¹, Куликова С. Л.¹, Лихачев С. А.¹,
Рушкевич Ю. Н.¹, Галиевская О. В.¹, Куль А. В.²

¹ РНПЦ неврологии и нейрохирургии

² 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.

Результаты. Сравнительная характеристика групп до оперативного лечения: в группе пациентов с наличием резидуального тимуса: полная компенсация наблюдалась у 1 человека (7,6%), хорошая – у 3 человек (23,1%), неполная – у 2 (15,3%), плохая компенсация – у 7 (53,8%). В группе пациентов с тимомой: полная компенсация наблюдалась у 4 человек (7,4%), хорошая – у 3 (5,5%), неполная – у 25 (46,2%), плохая компенсация – у 22 (40,7%). В группе с гиперплазией вилочковой железы: полная компенсация наблюдалась у 3 человек (5,8%), хорошая – у 9 (17,6%), неполная – у 29 (56,8%), плохая компенсация – у 10 (19,6%). После оперативного лечения в период от 1 до 6 мес: в группе пациентов с резидуальным тимусом временное ухудшение отмечалось у 2 (15,3%) человек, улучшение – у 8 (61,5%), без изменений – у 3 (23%). В группе с тимомой выраженное ухудшение наблюдалось у 6 (11,1%), временное ухудшение у 3 (5,5%), улучшение – у 41 (75,9%), без изменений – у 4 (7,4%). В группе с гиперплазией вилочковой железы выраженное ухудшение имелось у 1 (1,9%), временное ухудшение – у 4 (7,8%), улучшение – у 40 (78,4%), без изменений – у 6 (11,7%). После оперативного лечения в период от 5 лет и более установлено: в группе резидуального тимуса в ремиссии находилось 5 человек (38,4%): из них безмедикаментозная ремиссия – 1 чел. (7,6%), медикаментозная ремиссия – 4 (30,7%): из них принимают только АХЭП – 2 человека (15,3%), АХЭП и кортикостероиды – 1 чел. (7,6%), АХЭП, кортикостероиды и азатиоприн – 1 чел. (7,6%), хорошая компенсация отмечалась в 6 (46,1%) наблюдениях, неполная – в 2 (15,3%). В группе с тимомой в ремиссии находилось 13 человек (24,1%), из них безмедикаментозную ремиссию имели 4 человека (7,4%), медикаментозную – 9 (16,6%): принимали только АХЭП – 5 человек (9,2%), АХЭП и кортикостероиды – 3 (5,5%), только кортикостероиды – 1 (1,8%); хорошая компенсация отмечалась в 9 (16,6%) наблюдениях, неполная – в 29 (53,7%), плохая компенсация – в 3 (5,5%). В группе с гиперплазией вилочковой железы в ремиссии находилось 24 человека (47,0%): из них безмедикаментозная ремиссия – 10 (19,6%), медикаментозная – 14 (27,4%): из них принимают только АХЭП 4 человека (7,8%), АХЭП и кортикостероиды – 9 (17,6%), только кортикостероиды – 1 (1,9%), хорошая компенсация достигнута в 10 (19,6%) наблюдениях, неполная – в 15 (29,4%), плохая – в 2 (3,9%).

Выводы. В послеоперационном периоде в сроки до полугода только в группе с тимомой наблюдалось выраженное ухудшение течения заболевания. В отдаленном периоде во всех группах у части пациентов достигнута ремиссия, наилучший результат наблюдался в группе с гиперплазией вилочковой железы (47%). Плохая компенсация сохранялась только в группе пациентов с тимомой, однако внутри группы отмечено значительное уменьшение этого показателя с 40,7% до операции до 3% после. В нашем исследовании показано, что удаление вилочковой железы, является эффективным методом лечения миастении, позволяющим предотвратить прогрессирование заболевания и развитие неврологических осложнений.