

A. Larisch, R. Dodel [et al.] // Eur. Neurol. 2009. Vol. 61, № 4. P. 216–222.

7. Accuracy of clinical diagnosis of idiopathic Parkinson's disease: a clinico-pathological study of 100 cases / A. J. Hughes, S. E. Daniel, L. Kilford, A. J. Lees // J. Neurol. Neurosurg. Psychiatry. 1992. Vol. 55, № 3. P. 181–184.

8. Schrag A., Ben-Shlomo Y., Quinn N. How valid is the clinical diagnosis of Parkinson's disease in the community? // J. Neurol. Neurosurg. Psychiatry. 2002. Vol. 73, № 5. P. 529–534.

9. The evolution of diagnosis in early Parkinson disease. Parkinson Study Group / J. Jankovic, A. H. Rajput, M. P. McDermott, D. P. Perl // Arch. Neurol. 2000. Vol. 57, № 3. P. 369–372.

10. Gibb W., Lees A. Relevance Lewy body pathogenesis of idiopathic Parkinson's disease // J. Neurol. Neurosurg. Psychiat. 1988. Vol. 51, № 6. P. 745–752.

11. Diagnostic criteria for Parkinson disease / D. J. Gelb, E. Oliver, S. Gilman // Arch. Neurol. 1999. Vol. 56, № 1. P. 33–39.

12. Левин О. С., Федорова Н. В. Болезнь Паркинсона. Изд. 2-е. М.: МЕДпресс-информ, 2012. 352 с.

13. Диагностика и лечение сосудистого паркинсонизма / В. В. Юдина, О. Н. Воскресенская, Г. К. Юдина // Саратов. науч.-мед. журн. 2010. Т. 6, № 1. С. 120–123.

Translit

1. Chen J. J. Health-Related Quality of Life, Economic Cost, and Implications of Early Treatment // Am. J. Manag. Care. 2010. Vol. 16, № 4. P. 87–93.

2. The scientific and clinical basis for the treatment of Parkinson disease / C. W. Olanow, M. B. Stern, K. Sethi // Neurology. 2009. Vol. 72, № 21. Suppl. 4. P. 1–136.

3. Levin O. S. Klinicheskaja jepidemiologija bolezni Parkinsona // Bolezn' Parkinsona i rasstrojstva dvizhenij: ruk-vo dlja

vrachej: po mater. II nac. kongressa / pod red. S. N. Illarioshkina, O. S. Levina. M., 2011. S. 5–9.

4. Obuhova A. V., Artem'ev D. V. Parkinsonizm na specializirovannom ambulatornom prieme (opyt raboty specializirovannogo konsultativnogo priema bol'nyh s parkinsonizmom) // Nevrol. zhurn. 2009. T. 14, № 6. S. 48–54.

5. Shindrjaeva N. N. Analiz raboty regional'nogo kabineta po okazaniju pomowi bol' — nym s jekstrapiramidnoj patologiej // Aspirantskij vestnik Povolzh'ja. 2010. № 3/4. S. 89–93.

6. Awareness and knowledge of the clinical practice guideline on Parkinson's disease among German neurologists / K. Eggert, A. Larisch, R. Dodel [et al.] // Eur. Neurol. 2009. Vol. 61, № 4. P. 216–222.

7. Accuracy of clinical diagnosis of idiopathic Parkinson's disease: a clinico-pathological study of 100 cases / A. J. Hughes, S. E. Daniel, L. Kilford, A. J. Lees // J. Neurol. Neurosurg. Psychiatry. 1992. Vol. 55, № 3. P. 181–184.

8. Schrag A., Ben-Shlomo Y., Quinn N. How valid is the clinical diagnosis of Parkinson's disease in the community? // J. Neurol. Neurosurg. Psychiatry. 2002. Vol. 73, № 5. P. 529–534.

9. The evolution of diagnosis in early Parkinson disease. Parkinson Study Group / J. Jankovic, A. H. Rajput, M. P. McDermott, D. P. Perl // Arch. Neurol. 2000. Vol. 57, № 3. P. 369–372.

10. Gibb W., Lees A. Relevance Lewy body pathogenesis of idiopathic Parkinson's disease // J. Neurol. Neurosurg. Psychiat. 1988. Vol. 51, № 6. P. 745–752.

11. Diagnostic criteria for Parkinson disease / D. J. Gelb, E. Oliver, S. Gilman // Arch. Neurol. 1999. Vol. 56, № 1. P. 33–39.

12. Levin O. S., Fedorova N. V. Bolezn' Parkinsona. Izd. 2-е. М.: МЕДпресс-информ, 2012. 352 с.

13. Diagnostika i lechenie sosudistogo parkinsonizma / V. V. Judina, O. N. Voskresen-skaja, G. K. Judina // Saratov. nauch.-med. zhurn. 2010. T. 6, № 1. S. 120–123.

УДК 316.334:616.74

Оригинальная статья

ФАКТОРЫ, ВЛИЯЮЩИЕ НА КАЧЕСТВО ЖИЗНИ БОЛЬНЫХ МИАСТЕНИЕЙ

Т. В. Романова — ГБОУ ВПО Самарский ГМУ Минздравсоцразвития России, кафедра неврологии и нейрохирургии, доцент, кандидат медицинских наук; **И. Е. Повереннова** — ГБОУ ВПО Самарский ГМУ Минздравсоцразвития России, кафедра неврологии и нейрохирургии, заведующая кафедрой, профессор, доктор медицинских наук

FACTORS AFFECTING THE QUALITY OF LIFE IN PATIENTS WITH MYASTHENIA GRAVIS

T. V. Romanova — Samara State Medical University, Department of Neurology and Neurosurgery, Associated Professor, Candidate of Medical Science; **I. E. Poverennova** — Samara State Medical University, Head of the Department of Neurology and Neurosurgery, Professor, Doctor of Medical Science.

Дата поступления — 25.05.2012 г.

Дата принятия в печать — 28.05.2012 г.

Романова Т. В., Повереннова И. Е. Факторы, влияющие на качество жизни больных миастенией // Саратовский научно-медицинский журнал. 2012. Т. 8, № 2. С. 517–521.

Цель: изучение клинико-социальных факторов, влияющих на качество жизни больных миастенией. **Материал и методы.** Для оценки качества жизни (КЖ) были использованы опросники: SF-36, MFI-20, EQ-5D. **Результаты.** Полученные данные свидетельствуют, что успешное лечение, при котором значительно уменьшается тяжесть проявлений болезни, существенно улучшает показатели КЖ. При этом степень компенсации процесса оказывает большее влияние, чем характер самого лечения. У больных, достигших успеха без медикаментозной ремиссии, показатели КЖ приближаются к среднепопуляционным. Длительность заболевания не являлась существенным фактором ухудшения КЖ. **Заключение.** Оценка факторов, влияющих на качество жизни больных миастенией, позволит более эффективно планировать и корректировать программу лечения и в конечном счете достигнуть лучшего КЖ больного и его семьи.

Ключевые слова: качество жизни, миастения.

Romanova T. V., Poverennova I. E. Factors affecting the quality of life in patients with myasthenia gravis // Saratov Journal of Medical Scientific Research. 2012. Vol. 8, № 2. P. 517–521.

The goal of the research is to study clinical and social factors affecting the quality of life at patients with myasthenia gravis. To assess the quality of life (QOL) questionnaires: SF-36, MFI-20, EQ-5D were used. These data suggest that successful treatment, which significantly reduced the severity of the disease, essentially improves QOL. The degree of compensation process has a greater influence than the nature of the treatment itself. Patients who achieved drug-free remission approached average QOL rate. Duration of disease was not a significant factor in of QOL worsening. **Conclusion.** Factors affecting the quality of life at patients with myasthenia gravis, will allow to plan and correct the treatment program more effectively, and to achieve patients and their families' better quality of life.

Key words quality of life, myasthenia gravis.

Введение. На современном этапе развития медицины все большее внимание уделяется оценке самочувствия пациентов. Во второй половине XX в. в научной медицинской литературе появились публикации, в которых высказывалось мнение о необходимости всесторонней оценки влияния болезни на жизнь пациентов, а не только учета результатов физикальных, лабораторных и инструментальных исследований [1]. Под «качеством жизни» (КЖ) в современных руководствах понимается интегральная характеристика физического, психологического, эмоционального и социального функционирования больного, основанная на его субъективном восприятии [2]. Термин «качество жизни» имеет официальный статус с 1977 г. [3]. В последние годы опубликовано много работ, посвященных исследованию КЖ больных при различной патологии, использовании отдельных методов лечения, тех или иных реабилитационных подходов [4–6]. Необходимо отметить, что с помощью оценки КЖ исследуется не степень нарушения, а то, как пациент переносит имеющееся у него заболевание или определенный способ его лечения.

Миастения является хроническим аутоиммунным заболеванием, при котором нарушается передача импульса с нерва на мышцу и появляется слабость и патологическая утомляемость поперечнополосатых мышц [7]. Распространенность миастении составляет 5–17: 100 000 населения [8]. Выделяют генерализованную (85–90%) и локальную формы (10–15%) болезни. Заболевание поражает людей всех возрастов, часто развивается у молодых. В процессе прогрессирования мышечной слабости у пациентов может значительно нарушиться способность к передвижению и даже самообслуживанию, возникнуть проблемы с дыханием. Вовлечение в патологический процесс бульбарных мышц ведет к нарушению речи, жевания и глотания. Больные нуждаются в длительной (многие месяцы и годы) терапии иммуносупрессивными препаратами — стероидными гормонами и цитостатиками, в ряде случаев в хирургическом лечении — удалении вилочковой железы.

Таким образом, и сама болезнь, и её лечение, безусловно, оказывают существенное влияние на физическое и психологическое состояние пациента и приводят к снижению качества его жизни, ко многим социальным ограничениям: в выборе профессии, возможности создания семьи, вождении автомобиля и многом другом. Практически во всех случаях у больных нарушается социальная и трудовая адаптация, ведь даже поражение такой небольшой группы мышц, как наружные мышцы глаза, проявляется опущением век и двоением в глазах.

Целью исследования: изучение клинико-социальных факторов, влияющих на качество жизни больных миастенией.

Методы. Были обследованы 64 больных генерализованной и глазной формами миастении. Генерализованная форма миастении выявлена у 78,5% больных, глазная у 12,5%. Пациенты женского пола составили 75% обследованной группы, мужского 25%. Возраст больных колебался от 22 до 76 лет, средний возраст составил $44,0 \pm 16,0$ года. Длительность миастении составила от 1 года до 27 лет, средняя продолжительность заболевания $7,4 \pm 7,0$ года.

Степень тяжести заболевания оценивалась по международной шкале оценки тяжести миастении (MGFA). Согласно этой шкале, к I классу относят больных с изолированными глазодвигательными нарушениями, ко II классу — больных с генерализованной слабостью легкой степени выраженности, к III классу — среднетяжелой, к IV — тяжелой степени выраженности, к V классу — больных в кризисном состоянии. Пациенты, относящиеся ко II, III и IV классу, делятся на подгруппы: а) без значимых бульбарных и дыхательных нарушений, в) с выраженными бульбарными и/или дыхательными нарушениями. Тяжесть заболевания в обследованной группе оценивалась дважды: по максимальному показателю, которого достигал больной от момента начала болезни до момента обследования, и по тяжести состояния в момент обследования.

Среди больных с генерализованной миастенией преобладали пациенты со среднетяжелой формой (39%). Больных с легкой формой было 26,6%, с тяжелой 14,2%. Пациентов с бульбарными нарушениями было всего 46,9%, причем у 14,1% к моменту обследования удалось компенсировать бульбарные расстройства. 7,8% больных в течение заболевания перенесли миастенические кризы или эпизоды декомпенсации с ИВЛ. К моменту обследования в большинстве случаев состояние пациентов было в той или иной мере компенсировано, и процент больных с легкой формой миастении к моменту обследования увеличился до 50%. 9,4% больных на момент обследования находились в состоянии ремиссии, не требовавшей приема противомиастенических препаратов.

Для оценки качества жизни использовались опросники SF-36, MFI-20, EQ-5D. Опросник SF-36 — один из самых распространенных для оценки качества жизни, применяемый как в общепопуляционных, так и в специальных исследованиях [3]. Он состоит из 36 вопросов, которые формируют 8 шкал: ФФ физическое функционирование, РФФ — ролевое физическое функционирование, ИБ — интенсивность боли, ОЗ — общее состояние здоровья, ЖА — жизненная активность, СФ — социальное функционирование, РЭФ — ролевое эмоциональное функционирование, ПЗ — психологическое здоровье. Показатели каждой шкалы варьируют от 0 до 100 баллов, где 100 баллов представляет полное здоровье, то есть «идеальную» норму. Первые четыре шкалы в совокупности отражают физический компонент качества жизни (ФЗ), остальные четыре шкалы — психологический компонент (ПЗ).

EQ-5D также является широко распространенным европейским общим опросником КЖ [1]. Он состоит из двух частей: первая отражает профиль здоровья, вторая — визуально-аналоговую шкалу для глобальной оценки качества жизни, связанного со здоровьем. В первой части опросника отражены пять сфер здоровья: подвижность, самообслуживание, активность в повседневной жизни, боль и уровень тревоги/депрессии. Визуально-аналоговая шкала (ВАШ) представляет собой «термометр здоровья», на ней больного просят отметить состояние его здоровья на момент обследования.

«Субъективная шкала оценки астении» MFI-20 (ША) включает 20 утверждений, которые делятся на 5 блоков, отражающих общую астению, снижение активности, снижение мотивации, физическую астению, психическую астению. Каждый пункт оценивается в диапазоне от 1 до 5 баллов.

Ответственный автор — Романова Татьяна Валентиновна.
Адрес: 443099, г. Самара, ул. Чапаевская, 89.
Тел.: +79023383238.
E-mail: tvrom63@mail.ru

Статистическая обработка результатов исследования проводилась в операционной системе Windows XP с использованием программы MS Excel, пакета прикладных программ Statistica 6.0. Средние значения показателей представлены со стандартными ошибками ($M \pm m$). Достоверность различий средних значений показателей оценивалась с использованием t-критерия Стьюдента с заданной надежностью 95% или уровнем значимости ($p = 0,05$).

Результаты. Показатели по шкалам опросника SF-36 представлены на рисунке 1. Данные обследованной группы приведены в сравнении со среднепопуляционными показателями. За среднепопуляционные были приняты данные, полученные при тестировании по шкале SF-36 2114 жителей Санкт-Петербурга [2]. Указанная работа является практически единственным в нашей стране масштабным исследованием качества жизни населения.

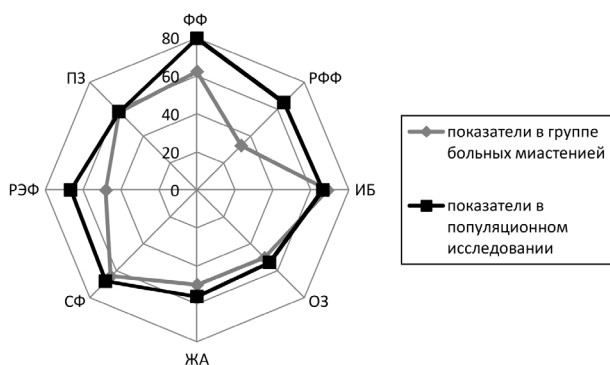


Рис. 1. Результаты тестирования: показатели шкал по опроснику SF-36 в обследованной группе и в популяционном исследовании

Наибольшие отклонения от популяционных данных получены по шкалам РФ и РЭФ, что отражает тот факт, что миастения существенно нарушает функционирование больного как на физическом, так и на эмоциональном уровне. По шкале боли и психо-

логического здоровья различий практически нет, поскольку миастения сама по себе не сопровождается болевым синдромом и эмоционально-волевыми нарушениями, а выявленные незначительные отклонения от популяционных показателей, вероятнее всего, связаны с наличием сопутствующей патологии.

По опроснику EQ-5D большинство пациентов расценили свое состояние как умеренно нарушенное по всем шкалам, кроме шкалы боли, где отклонений получено не было. Средний показатель визуально-аналоговой шкалы опросника EQ-5D в обследованной группе составил $66,7 \pm 15,5$ баллов.

По результатам шкалы оценки астении средний уровень астении составил $59,5 \pm 15,5$. Степень астении считается значимой, когда показатель превышает 60 баллов. Наибольшие значения показателей отмечены в разделе общей астении и физической астении.

Вся обследованная группа была разделена на две подгруппы в зависимости от суммарного показателя физического здоровья (ФЗ) опросника SF-36. В одну группу были объединены пациенты с показателем выше среднего для всей группы, в другую — ниже среднего. Для сравнения выбраны следующие критерии: суммарный показатель психического здоровья (ПЗ) опросника SF-36, показатель визуально-аналоговой шкалы (ВАШ) опросника EQ-5D, суммарный показатель по шкале астении (ША).

Полученные данные представлены в таблице 1.

Из таблицы следует, что в группе с более высоким показателем физического здоровья другие показатели КЖ также оказываются выше средних. В эту группу попали более молодые пациенты, но с большей длительностью заболевания. По степени тяжести заболевания подгруппы значительно различаются по представленности среднетяжелых и тяжелых форм миастении. Легкая форма болезни в два раза чаще встречается в «благоприятной» подгруппе, в то время как глазная форма одинаково часто представлена в обеих подгруппах. Важно отметить, что в данной таблице приводится степень тяжести миастении на момент обследования.

Таблица 1

Совокупные данные опросников SF-36, ВАШ и шкалы астении в зависимости от суммарного показателя физического здоровья

Группа	Показатель				Средний возраст больных	Средняя длительность заболевания	MGFA (%)
	ФЗ	ПЗ	ВАШ	ША			
ФЗ выше среднего N=30	$49,1 \pm 6,3^*$	$43,2 \pm 9,2$	$71,8 \pm 14,1^*$	$53,7 \pm 8,0^*$	$35,3 \pm 8,4^*$	$8,3 \pm 6,7$	Ремиссия — 20 I — 10 II — 63,3 III — 6,7 IV — 0
ФЗ ниже среднего N=34	$34,7 \pm 5,9^*$	$41,6 \pm 10,5$	$57,0 \pm 11,3^*$	$64,3 \pm 13,9^*$	$51,5 \pm 10,1^*$	$6,9 \pm 6,1$	Ремиссия — 0 I — 11,8 II — 38,2 III — 29,4 IV — 20,6
Все обследованные N=64	$41,2 \pm 8,8$	$42,3 \pm 11,3$	$63,7 \pm 15,5$	$59,5 \pm 15,5$	$44,0 \pm 16,0$	$7,4 \pm 7,0$	Ремиссия — 9,4 I — 10,9 II — 50,1 III — 18,7 IV — 10,9

Примечание: * — показатели, статистически значимо различающиеся в двух подгруппах ($p < 0,05$).

На следующем этапе работы проводился анализ данных с учетом степени компенсации процесса в момент проведения обследования, демографических и социальных данных. Наивысшие показатели качества жизни получены в группе молодых пациентов, у которых в процессе лечения удалось добиться полной безмедикаментозной ремиссии (ФЗ 51,5±4,7; ПЗ 53,3±6,9; ВАШ 78,3±10,3; ША 46,0±5,1). Такая ремиссия чаще всего была связана с проведенной тимэктомией.

Высокие показатели КЖ получены у пациентов, у которых в процессе лечения тяжесть состояния изменилась от тяжелой до легкой. Показатели в данной группе были выше, чем в группе перешедших из среднетяжелой в легкую форму (различия не были достоверными).

На КЖ влияет степень компенсации бульбарных и дыхательных нарушений. Так, в группе пациентов со средней тяжестью болезни, у которых в процессе терапии полностью исчезли дисфагия, дисфония и дизартрия, но степень нарушения функции скелетных мышц осталась прежней, показатели КЖ были несколько выше, чем у больных с аналогичной динамикой, но с сохранением бульбарных нарушений (различия не достоверны).

Сходные показатели КЖ получены в двух группах больных с хорошей степенью компенсации процесса, где больные первой группы получают в настоящее время только антихолинэстеразные препараты, а второй — иммуносупрессанты (стероидные гормоны или цитостатики): ФЗ 43,1±6,5 и 42,3±6,7; ПЗ 47,9±7,3 и 46,5±7,1; ВАШ 65,9±11,1 и 63,8±10,8; ША 56,0±6,3 и 57,4±7,7.

На показатели качества жизни оказывали влияние также некоторые демографические показатели. Так, при одной и той же степени тяжести заболевания лучшие результаты были отмечены у больных до 45 лет с высшим образованием, проживающих в городах и не имеющих инвалидности в сравнении с пациентами старше 45 лет, проживающими в сельской местности, без высшего образования, имеющими инвалидность (различия достоверны: $p < 0,05$).

Обсуждение. В ходе работы было проведено сопоставление показателей качества жизни больных миастенией по шкале SF-36 со среднепопуляционными данными, полученными при исследовании более двух тысяч жителей Санкт-Петербурга [2]. В доступной литературе аналогичных сравнений нами найдено не было.

В нашем исследовании получены данные о наибольшем влиянии на снижение КЖ у больных миастенией таких параметров, как тяжесть заболевания и выраженность бульбарных нарушений. В то же время факт получения иммуносупрессивной терапии не оказывает значимого влияния на уровень КЖ. Наши данные полностью согласуются с результатами исследований других авторов [6, 10].

Отмечено достоверное различие уровня КЖ в зависимости от возраста больных с лучшими показателями у пациентов в возрасте до 45 лет. Аналогичные данные были получены и другими исследователями [6, 9].

Заключение. Миастения существенно ухудшает качество жизни больных по большинству физических и психологических параметров. Существенным фактором, влияющим на КЖ больных, являлся уровень компенсации процесса и степень улучшения, а также регресс бульбарных и дыхательных расстройств. Успешное лечение, при котором значительно умень-

шается тяжесть проявлений болезни, существенно улучшает показатели КЖ, при этом степень компенсации процесса оказывает большее влияние, чем характер самого лечения. У больных, достигших степени безмедикаментозной ремиссии, показатели КЖ начинают соответствовать среднепопуляционным. Длительность заболевания не являлась существенным фактором ухудшения КЖ.

Более высокие показатели КЖ получены у молодых пациентов, имеющих высшее образование, проживающих в мегаполисах и продолжающих трудовую деятельность, несмотря на болезнь.

Оценка факторов, влияющих на качество жизни больных миастенией, позволит более эффективно планировать и корректировать программу лечения, поможет в выборе оптимальных вариантов терапии, решении психологических и социальных проблем пациентов и в конечном итоге позволит достигнуть лучшего качества жизни больного и его семьи.

Конфликт интересов. Работа выполнена в рамках комплексной научной темы, выполняемой сотрудниками кафедры неврологии и нейрохирургии Самарского государственного медицинского университета. Коммерческой заинтересованности отдельных физических или юридических лиц в результатах работы нет. Наличия в рукописи описания объектов патентного или любого другого вида прав (кроме авторского) нет.

Библиографический список

1. Yelin E. Measuring Functional Capacity of Persons with Disabilities in Light of Emerging Demands in the Workplace. NAP, 1999. P. 19–33.
2. Новик А. А., Ионова Т. И. Руководство по исследованию качества жизни в медицине. М.: Олма, 2007. 313 с.
3. Новик А. А., Ионова Т. А., Кайнд П. Концепция исследования качества жизни в медицине. СПб.: Элби, 1999. С. 139–140.
4. Добровольский С. Р., Абдурахманов Ю. Х., Джаминчиев Э. К., Абдуллаева А. А. Исследование качества жизни больных в хирургии // Хирургия. Журнал им. Н. И. Пирогова. 2008. № 12. С. 73–76.
5. Effects of the thymectomy in a rehabilitation program and in quality of life in patients with myasthenia gravis / M. Milazzo, G. Magrone, A. Romanelli [et al.] // Ann. Ital. Chir. 2007. № 78 (5). P. 381–384.
6. Kulkantrakorn K., Sawanyawisuth K., Tiamkao S. Factors correlating quality of life in patients with myasthenia gravis // Neurol. Sci. 2010. № 31 (5) / P. 571–573.
7. Лайсек Р. П., Барчи Р. Л. Миастения. М: Медицина, 1984. 272 с.
8. Пономарева Е. Н. Миастения: клиника, патогенез, дифференциальная диагностика, тактика ведения. Минск: МЕТ, 2002. 175 с.
9. Kulkantrakorn K., Jarungkiatkul W. Quality of life of myasthenia gravis patients // J. Med. Assoc. Thai. 2010. № 93 (10). P. 1167–1171.
10. Concordance between severity of disease, disability and health-related quality of life in myasthenia gravis / A. Raggi, M. Leonardi, C. Antozzi [et al.] // Neurol. Sci. 2010. № 31 (1). P. 41–45.

Translit

1. Yelin E. Measuring Functional Capacity of Persons with Disabilities in Light of Emerging Demands in the Workplace. NAP, 1999. P. 19–33.
2. Novik A. A., Ionova T. I. Rukovodstvo po issledovaniju kachestva zhizni v medicine. M.: Olma, 2007. 313 s.
3. Novik A. A., Ionova T. A., Kajnd P. Konceptija issledovanija kachestva zhizni v medicine. SPb.: Jelbi, 1999. S. 139–140.
4. Dobrovol'skij S. R., Abdurahmanov Ju. H., Dzhamynchiev Je. K., Abdullaeva A. A. Issledovanie kachestva zhizni bol'nyh v hirurgii // Hirurgija. Zhurnal im. N. I. Pirogova. 2008. № 12. S. 73–76.

5. Effects of the thymectomy in a rehabilitation program and in quality of life in patients with myasthenia gravis / M. Milazzo, G. Magrone, A. Romanelli [et al.] // *Ann. Ital. Chir.* 2007. № 78 (5). P. 381–384.

6. Kulkantrakorn K., Sawanyawisuth K., Tiampakao S. Factors correlating quality of life in patients with myasthenia gravis // *Neurol. Sci.* 2010. № 31 (5) / P. 571–573.

7. Lajsek R.P., Barchi R.L. Miastenija. M: Medicina, 1984. 272 s.

8. Ponomareva E.N. Miastenija: rlinika, patogenez, differencial'naja diagnostika, taktika vedenija. Minsk: MET, 2002. 175 s.

9. Kulkantrakorn K., Jarungkiatkul W. Quality of life of myasthenia gravis patients // *J. Med. Assoc. Thai.* 2010. № 93 (10). P. 1167–1171.

10. Concordance between severity of disease, disability and health-related quality of life in myasthenia gravis / A. Raggi, M. Leonardi, C. Antozzi [et al.] // *Neurol. Sci.* 2010. № 31 (1). P. 41–45.

УДК 616.711.1/8–006.311–036.22–073.7 (045)

Оригинальная статья

КЛИНИКО-НЕЙРОВИЗУАЛИЗАЦИОННЫЕ ОСОБЕННОСТИ ВЕРТЕБРОГЕННОЙ РАДИКУЛОПАТИИ В СОЧЕТАНИИ С ГЕМАНГИОМАМИ ПОЗВОНКОВ

Е. А. Салина — ГБОУ ВПО Саратовский ГМУ им. В. И. Разумовского Минздрава России, доцент кафедры нервных болезней, кандидат медицинских наук; **Е. Б. Лихачева** — ГБОУ ВПО Саратовский ГМУ им. В. И. Разумовского Минздрава России, ассистент кафедры нервных болезней, кандидат медицинских наук; **Е. Б. Лутощкина** — ГБОУ ВПО Саратовский ГМУ им. В. И. Разумовского Минздрава России, ассистент кафедры нервных болезней, кандидат медицинских наук; **И. И. Шоломов** — ГБОУ ВПО Саратовский ГМУ им. В. И. Разумовского Минздрава России, заведующий кафедрой нервных болезней, профессор, доктор медицинских наук; **А. А. Шульдьяков** — ГБОУ ВПО Саратовский ГМУ им. В. И. Разумовского Минздрава России, заведующий кафедрой инфекционных болезней, профессор, доктор медицинских наук; **Н. В. Щуковский** — ГБОУ ВПО Саратовский ГМУ им. В. И. Разумовского Минздрава России, ассистент кафедры нервных болезней, кандидат медицинских наук; **И. П. Любичский** — ГБОУ ВПО Саратовский ГМУ им. В. И. Разумовского Минздрава России, Клиническая больница им. С. Р. Миротворцева, врач-рентгенолог кабинета МРТ отделения лучевой диагностики и лучевой терапии; **М. Л. Чехонацкая** — ГБОУ ВПО Саратовский ГМУ им. В. И. Разумовского Минздрава России, кафедра лучевой диагностики и лучевой терапии, заведующая кафедрой, профессор, доктор медицинских наук; **А. А. Чехонацкий** — ГБОУ ВПО Саратовский ГМУ им. В. И. Разумовского Минздрава России, заведующий кафедрой нейрохирургии, профессор, доктор медицинских наук.

CLINICAL AND NEUROIMAGING FEATURES VERTEBRAL RADICULOPATHY IN THE COMBINATION WITH VERTEBRAL HEMANGIOMAS

E. A. Salina — Saratov State Medical University n.a. V. I. Razumovsky, Department of Nervous Diseases, Associate Professor, Candidate of Medical Science; **E. B. Licacheva** — Saratov State Medical University n.a. V. I. Razumovsky, Department of Nervous Diseases, Assistant Professor, Candidate of Medical Science; **E. B. Lutoshkina** — Saratov State Medical University n.a. V. I. Razumovsky, Department of Nervous Diseases, Assistant Professor, Candidate of Medical Science; **I. I. Sholomov** — Saratov State Medical University n.a. V. I. Razumovsky, Head of the Department of Nervous Diseases, Professor, Doctor of Medical Science; **A. A. Shuldyakov** — Saratov State Medical University n.a. V. I. Razumovsky, Head of Department of Infectious Diseases, Professor, Doctor of Medical Science; **N. V. Shchukovskiy** — Saratov State Medical University n.a. V. I. Razumovsky, Department of Nervous Diseases, Assistant Professor, Candidate of Medical Science; **I. P. Lyubitskiy** — Saratov State Medical University n.a. V. I. Razumovsky, Clinical Hospital n.a. S. R. Mirovtortsev, Department of Rentgenology, Assistant Professor; **M. L. Chekhonatskaya** — Saratov State Medical University n.a. V. I. Razumovsky, Head of Department of Radiation Therapy and Diagnostic Imaging, Professor, Doctor of Medical Science; **A. A. Chekhonatsky** — Saratov State Medical University n.a. V. I. Razumovsky, Head of Department of Neurosurgery, Professor, Doctor of Medical Science.

Дата поступления — 14.05.2012 г.

Дата принятия в печать — 28.05.2012 г.

Салина Е. А., Лихачева Е. Б., Лутощкина Е. Б., Шоломов И. И., Шульдьяков А. А. Щуковский Н. В., Любичский И. И., Чехонацкая М. Л., Чехонацкий А. А. Клинико-нейровизуализационные особенности вертеброгенной радикулопатии в сочетании с гемангиомами позвонков // *Саратовский научно-медицинский журнал.* 2012. Т. 8, № 2. С. 521–524.

Цель: изучить клинико-нейровизуализационные особенности вертеброгенной радикулопатии в сочетании с гемангиомами позвонков. **Материал и методы.** Обследовано 56 пациентов с вертеброгенной радикулопатией в сочетании с гемангиомами позвонков. **Результаты.** У больных помимо болевого синдрома и очаговой неврологической симптоматики отмечались нарушения мочеиспускания и хроническая венозная недостаточность нижних конечностей. При МРТ выделены три типа гемангиом позвонков в зависимости от структурных характеристик. **Заключение.** В результате исследования реализована его цель. Большинство гемангиом ведут себя асимптомно. Болевой синдром и неврологическая симптоматика обусловлены мышечно-тоническим компонентом, наличием грыж дисков, изменений межпозвоночных суставов, нарушением связочного аппарата. III тип гемангиом соответствует критериям агрессивности и требует оперативного лечения.

Ключевые слова: гемангиома позвонка, вертеброгенная радикулопатия.

Salina E. A., Licacheva E. B., Lutoshkina E. B., Sholomov I. I., Shuldyakov A. A. Shchukovskiy N. V., Lyubitskiy I. P., Chekhonatskaya M. L., Chekhonatsky A. A. Clinical and neuroimaging features vertebral radiculopathy in the combination with vertebral hemangiomas // *Saratov Journal of Medical Scientific Research.* 2012. Vol. 8, № 2. P. 521–524.

Aim of the study: to study the clinical and neuroimaging features of radiculopathy vertebral hemangiomas in conjunction with the vertebrae. **Materials and methods.** A total of 56 patients with radiculopathy vertebral hemangiomas combined with the vertebrae. **Results.** The patients in addition to pain, and focal neurological symptoms were observed violation of urination, and chronic venous insufficiency of lower extremities. MRI identified three types of vertebral hemangiomas, depending on the structural characteristics. **Conclusion.** The aim of the study is realized. Most hemangiomas are asymptomatic yourself. Pain and neurological symptoms caused by musculo-tonic component, the presence of disc herniation, changes in the intervertebral joints, ligaments violation. Type III meets the criteria for hemangiomas and requires aggressive surgical treatment.

Key words: hemangioma vertebra, vertebral radiculopathy.