DOI: 10.33667/2078-5631-2024-21-26-30

Гендерные особенности клинических проявлений и показателей качества жизни при генерализованной миастении

Х.Ф. Юлдашев, Т.Г. Вставская, Э.Р. Алибеков, М.Ю. Афанасьева, Е.Г. Клочева, В.В. Голдобин

ФГБОУ ВО «Северо-Западный государственный медицинский университет им. И.И. Мечникова» Минздрава России, Санкт-Петербург, Россия

РЕЗЮМЕ

Целью *исследования являлось изучение влияния клинических показателей, характеризующих тяжесть миастении, на качество жизни мужчин и женщин с генерализованной формой миастении.*

Материалы и методы. *В исследование был включен 41 пациент в возрасте 60,4±16,4 года с генерализованной формой миастении: 31 (76%) женщина и 10 (24%) мужчин. Для объективной характеристики проявлений миастении использовали количественную шкалу оценки тяжести миастении, опросник влияния миастении на повседневную деятельность, и краткую форму специализированного опросника качества жизни. Всем пациентам была определена форсированная жизненная емкость легких с расчетом дополнительных показателей.*

Результаты. *В обеих группах получены данные о достоверном ($p<0,05$) улучшении показателей тяжести миастении за время госпитализации, при этом у женщин значимая положительная динамика отмечалась по всем субшкалам количественной шкалы оценки тяжести миастении. У мужчин выраженность нарушений глотания, а также болевых ощущений была выше, чем у женщин. В исследуемой группе отмечалась взаимосвязь показателя физического функционирования с суммарным баллом количественной шкалы оценки тяжести миастении и баллом, характеризующим силу мышц конечностей.*

Заключение. *Клинические проявления и течение миастении имеют ряд особенностей у мужчин по сравнению с женщинами. Нарушение качества жизни в обследуемой группе было связано с выраженностью симптомов, и в первую очередь слабостью мышц конечностей.*

КЛЮЧЕВЫЕ СЛОВА: *миастения, качество жизни при миастении, количественная шкала оценки тяжести миастении.*

КОНФЛИКТ ИНТЕРЕСОВ. *Авторы заявляют об отсутствии конфликта интересов.*

Gender features of clinical manifestations and quality of life indicators in generalized myasthenia

Kh.F. Yuldashev, T.G. Vstavskaya, E.R. Alibekov, M. Yu. Afanasyeva, E.G. Klocheva, V.V. Goldobin

I.I. Mechnikov North-Western State Medical University, Saint Petersburg, Russia

SUMMARY

Objective. *To study the influence of clinical indicators of myasthenia gravis severity to the quality of life of men and women with generalized myasthenia gravis.*

Materials and methods. *The study included 41 patients aged 60.4±16.4 years with generalized myasthenia gravis: 31 (76%) women and 10 (24%) men. Clinical manifestations of myasthenia gravis were assessed with quantitative myasthenia gravis score, myasthenia gravis-specific activities of daily living scale and short form of specialized quality of life questionnaire. Forced vital respiratory capacity was measured in all patients with subsequent additional data calculation.*

Results. *We revealed significant improvement of examined data during hospitalization in both males and females, but in females, significant improvement was established in all quantitative myasthenia gravis score subscales. In men worse affection of swallowing muscles and severe pain phenomena were revealed. Correlations of physical functioning parameter with total quantitative myasthenia gravis score and with score characterizing the strength of limb muscles were revealed in studying group.*

Conclusion. *Clinical manifestations and course of myasthenia gravis have the peculiarities n men and women. Quality of life disorder in studying patients correlated with severity of clinical manifestations, mainly with limb weakness.*

KEYWORDS: *myasthenia gravis, quality of life in myasthenia gravis, respiratory disorders, quantitative myasthenia gravis score.*

CONFLICT OF INTEREST. *The authors declare that there is no conflict of interest.*

Введение

Миастения является аутоиммунным заболеванием, при котором мишенью для иммунной системы становятся антигены постсинаптической мембраны нервно-мышечного синапса. Главным клиническим проявлением миастении является патологическая мышечная утомляемость, приводящая к парезам.

Распространенность миастении в мире, по данным различных авторов, оценивается от 2,2 до 32,0 на 100 тыс. населения. В Санкт-Петербурге распространенность миастении составляет 5,2±1,1 на 100 тыс. населения [1], при этом заболеваемость варьирует от 0,2 до 2,8 на 100 тыс. населения в год. Гендерной особенностью миастении является более высокая заболеваемость у женщин в репродуктивном возрасте. Так, соотношение мужчин и женщин в группе больных миастенией молодого и зрелого возраста составляет 1:3 [2].

Клинические проявления миастении связаны со слабостью и патологической утомляемостью краниальных, туловищных мышц и мускулатуры конечностей. Особое внимание при оценке тяжести состояния пациента отводят мышцам глотки и гортани, а также дыхательной мускулатуре – диафрагме и межреберным мышцам. В функциональном плане основной мышцей дыхания является диафрагма, на которую приходится более 60% дыхательного объема [3].

Непосредственное исследование данной мышцы в значительной степени затруднено в связи с ее анатомическим расположением. В рутинной клинической практике для

выявления пареза диафрагмы обращают внимание на движение передней брюшной стенки при дыхании, также выполняют оценку форсированной жизненной емкости легких (фЖЕЛ) в вертикальном и горизонтальном положениях.

Хроническое течение миастении оказывает существенное влияние на физическое и психологическое состояние пациентов, что предрасполагает к ухудшению качества жизни вследствие:

- непереносимости физической нагрузки;
- психоэмоциональных нарушений: хронического психотравмирующего воздействия, тревожных и депрессивных расстройств;
- сложностей повседневной деятельности и личной гигиены;
- нарушения дыхания, глотания, что приводит ко многим социальным ограничениям, таким как выбор профессии, возможность создания семьи, вождение автомобиля и многое другое [4].

Целью исследования являлось изучение влияния клинических показателей, характеризующих тяжесть миастении, на качество жизни женщин и мужчин с компенсированной генерализованной формой заболевания.

Материалы и методы

В группу исследования был включен 41 пациент в возрасте 60,4±16,4 года с генерализованной формой миастении, проходившие стационарное лечение в неврологических отделениях клиник ФГБОУ ВО «СЗГМУ им. И. И. Мечникова» Минздрава России. Были обследованы 31 (76%) женщина в возрасте 63,7±13,9 года и 10 (24%) мужчин в возрасте 59,3±17,2 года, достоверного различия по возрасту у женщин и мужчин не наблюдалось.

Критериями включения были возраст на момент исследования от 18 до 85 лет, подтвержденный диагноз миастении, подписанное информированное согласие на участие в исследовании.

Критериями невключения были наличие бронхолегочных заболеваний (бронхиальная астма, хронический обструктивный бронхит), возраст моложе 18 или старше 85 лет, наличие декомпенсированной соматической патологии, онкологических заболеваний, а также клинически манифестной патологии щитовидной железы (гипотиреоз или гипертиреоз), анамнестических сведений о хронических дегенеративных заболеваниях нервной системы, влияющих на показатели применяемых методов исследования.

Пациенты исключались из исследования при отказе от участия на любом из его этапов.

Для объективной оценки тяжести клинических проявлений миастении использовалась количественная шкала оценки тяжести миастении (от англ. Quantitative Myasthenia Gravis Score – QMGS), предложенная R. J. Barohn et al. в 1998 г. [5], позволяющая оценить выраженность вовлечения (в баллах от 0 до 3) в патологический процесс различных мышц: глазодвигательных, бульбарных, мимических, дыхательных, проксимальных и дистальных мышц конечностей, а также мышц шеи. Исследование проводилось в первый день поступления до приема антихолинэстеразных препаратов или в утреннее время до приема антихолинэстеразных препаратов. Суммарная оценка 0 баллов по данной шкале свидетельствует об отсутствии мышечной слабости и утомляемости; 39 баллов – о максимально возможной выраженности нарушений всех групп мышц [6, 7]. Качество жизни пациентов с миастенией оценивалось по валидизированным опросникам: опроснику, оценивающему влияние миастении на повседневную деятельность (от англ. Myasthenia Gravis-specific Activities of Daily Living scale – MG-ADL), и краткой форме специализированного опросника качества жизни (от англ. Short Form – SF-36).

MG-ADL представлен 8 вопросами, оценивающими основные жалобы пациентов с миастенией. В зависимости от слабости мышц предлагаются варианты ответа, которым присваивается количественное значение от 0 до 3. Высокие баллы указывают на более выраженное влияние миастении на повседневную активность [6, 8].

Опросник SF-36, предназначенный для изучения общего качества жизни, состоит из 36 пунктов [9], сгруппированных в 8 шкал. Шкала включает показатели, оценивающие:

1) физическое функционирование;
2) ролевое физическое функционирование;
3) боль;
4) общее состояние здоровья;
5) жизнеспособность;
6) социальное функционирование;
7) ролевое эмоциональное функционирование;
8) психическое здоровье.

Полученные значения вышеперечисленных шкал группируются в два показателя:

1) физический компонент здоровья – составляющие шкалы: физическое функционирование; ролевое физическое функционирование; боль; общее состояние здоровья.
2) психологический компонент здоровья – составляющие шкалы: психическое здоровье; ролевое эмоциональное функционирование; социальное функционирование; жизнеспособность.

Для оценки функции внешнего дыхания всем пациентам была проведена оценка фЖЕЛ с помощью портативного спирометра (Reister, ФРГ) по стандартной методике [10]. Исследование проводилось в момент поступления и повторно перед выпиской в двух положениях: сидя и лежа на спине. Дополнительно рассчитывались следующие показатели:

1) отношение фЖЕЛ в вертикальном положении к весу пациента (А):

$$А = \frac{\text{фЖЕЛ}}{\text{вес (кг)}} \quad (1);$$

2) доля (%) фЖЕЛ в вертикальном положении относительно референсного значения (фЖЕЛ рефер.) соответствующего полу, росту и возрасту пациента (В):

$$В = \frac{\text{фЖЕЛ}}{\text{фЖЕЛ рефер.}} \times 100\% \quad (2);$$

3) коэффициент прироста (%) фЖЕЛ при переходе в вертикальное положение (К):

$$К = \frac{\text{фЖЕЛ} - \text{фЖЕЛ гориз.}}{\text{фЖЕЛ}} \times 100\% \quad (3).$$

С учетом непараметрического характера распределения изучаемых показателей в оцениваемых группах для выявления различий использовали критерии Манна – Уитни и Вилкоксона, а для проведения корреляционного анализа пользовались коэффициентом ранговой корреляции Спирмена. Различия считали статистически значимыми при $p<0,05$.

Таблица 1

Анализ значений QMGS (балл) в соответствии с оцениваемыми группами мышц у мужчин и женщин в динамике

Мышечная группа	Мужчины (n=10)			Женщины (n=31)		
	При поступлении	При выписке	p	При поступлении	При выписке	p
Глазодвигательные	2,3±2,0	1,3±0,9	0,10	2±1,5	0,9±0,8	0,0001
Мимические и бульбарные	0,7±0,5	0,4±0,5	0,11	0,6±1,1	0,4±0,9	0,03
Конечностей	6,2±2,5	4,2±1,8	0,008	5,1±3,1	3,6±2,4	0,0001
Шеи (передняя группа)	1,3±0,8	0,8±0,6	0,04	1,2±0,7	0,9±0,6	0,002
Дыхательные	0,7±0,8	0,2±0,4	0,07	0,7±1,0	0,3±0,7	0,005

Таблица 2

Анализ показателей MG-ADL (балл) у мужчин и женщин в динамике

Оцениваемая функция	Мужчины n=10			Женщины n=31		
	При поступлении	При выписке	p	При поступлении	При выписке	p
Речь	0,4±0,5	0,3±0,5	0,59	0,5±0,8	0,3±0,6	0,04
Жевание	0,8±0,4	0,6±0,5	0,18	0,3±0,5*	0,2±0,4*	0,11
Глотание	0,68±0,7	0,10±0,01	0,03	0,2±0,4*	0,1±0,3	0,07
Дыхание	0,6±0,5	0,3±0,5	0,11	0,6±0,5	0,4±0,5	0,043
Выполнение личной гигиены	0,6±1,1	0,40±0,7	0,18	0,4±0,6	0,2±0,5	0,12
Диплопия	0,7±0,7	0,3±0,5	0,11	0,7±0,8	0,2±0,5	0,003
Опущение века	1,3±1,2	0,6±1	0,07	1,0±1,0	0,6±0,8	0,02
Итоговый балл	6,0±3,0	3,3±2,2	0,01	5,0±2,5	2,9±1,5	0,00001

*Примечание: * – статистически достоверное различие при сравнении с группой мужчин.*

Результаты

Итоговое значение шкалы QMG у обследуемых пациентов при поступлении составило 10,4±10,7 балла: у мужчин – 11,3±4,8, у женщин – 10,1±4,7. При выписке указанные значения были соответственно: 7,7±6,6, 6,6±2,5 и 8,1±7,5.

В обеих группах наблюдалось статистически достоверное ($p<0,05$) уменьшение баллов за время госпитализации, что отражало положительный эффект терапии, проводимой в стационаре.

Показатели оценки по QMGS в подгруппах мужчин и женщин в соответствии с группами мышц представлены в *таблице 1*.

По результатам шкалы оценки тяжести миастении у мужчин за время госпитализации отмечалась значимая ($p<0,05$) положительная динамика показателей, характеризующих мышцы шеи, конечностей, дыхательную мускулатуру.

У женщин за период госпитализации наблюдалась достоверная ($p<0,05$) положительная динамика показателей во всех оцениваемых группах мышц.

Следует отметить, что нарушения дыхания (значение фЖЕЛ <80 % от референтного) при поступлении были выявлены у 17 (42,5 %) пациентов: 5 (50,0 %) мужчин и 12 (40,0 %) женщин. При выписке данные нарушения были отмечены у 11 (27,5 %) пациентов: 2 (20 %) мужчины и 9 (30 %) женщин. Статистически достоверного отличия доли обследуемых с нарушением дыхания у мужчин и женщин не было.

Значимого различия общего балла QMGS и значений, выделенных в соответствии с группами мышц субшкал, выявлено не было.

Значения MG-ADL у мужчин и женщин при поступлении и перед выпиской из стационара приведены в *таблице 2*.

Согласно результатам опросника, оценивающего влияние миастении на повседневную деятельность, при поступлении и при выписке значения, характеризующие жевание и глотание у мужчин, были статистически достоверно ($p<0,05$) выше, чем у женщин, что указывало на более выраженные нарушения данных функций. При этом у мужчин на момент поступления показатели, характеризующие глотание, были значимо ($p<0,05$) больше, чем у женщин, однако при выписке достоверного различия указанных значений не было, что связано с положительной динамикой нарушений глотания у мужчин.

У женщин в течение госпитализации отмечалась достоверная ($p<0,05$) положительная динамика жалоб на нарушение речи, дыхания, а также выраженности двоения и птоза.

В обеих группах была выявлена статистически значимая ($p<0,05$) динамика в виде уменьшения итогового балла MG-ADL, что характеризовало улучшение состояния пациентов.

Результаты оценки по SF-36 у мужчин и женщин в динамике представлены в *таблице 3*. Данные опросника приведены с указанием минимума (Min), первого (нижнего) квартиля (Q1), медианы (Me), третьего (верхнего) квартиля (Q3), максимума (Max), а также среднего арифметического (M) и стандартного отклонения (SD).

Полученные результаты указывали на статистически значимо ($p<0,05$) более выраженные болевые ощущения у мужчин, чем у женщин. Также у мужчин в динамике отмечено статистически достоверное ($p<0,05$) увеличение баллов, характеризующих общее состояние здоровья и физический компонент здоровья. У женщин в динамике наблюдалось значимое ($p<0,05$) увеличение показателей, оценивающих физическое функционирование, ролевое физическое функционирование, боль, общее состояние здоровья, жизнеспособность и психическое здоровье.

При выписке и у мужчин, и у женщин наблюдалось статистически достоверное ($p<0,05$) увеличение суммарного балла физического и психологического компонента здоровья, что характеризовало улучшение оценки качества жизни пациентами с миастенией.

Значения фЖЕЛ у мужчин и женщин в положении сидя и лежа приведены в *таблице 4*.

Показатель фЖЕЛ в положении сидя у женщин был достоверно меньше, чем у мужчин ($p<0,01$). Однако при сравнении расчетных показателей значимых различий значений у мужчин и женщин обнаружено не было.

При проведении корреляционного анализа для всей исследуемой группы (n=41) были выявлены отрицательные корреляционные связи умеренной силы показателя оценки физического функционирования по опроснику SF-36 при поступлении с суммарным баллом шкалы QMG и баллом, характеризующим силу мышц конечностей,

при поступлении в отделение (соответственно r= -0,471 и r= -0,59, p<0,05), что свидетельствовало о лучшей оценке собственного физического функционирования у пациентов с менее выраженными проявлениями миастении. Также выявлена отрицательная корреляционная связь слабой силы значения опросника SF-36, оценивающего жизнеспособность, с суммарным баллом шкалы QMG, оценивающим бульбарные мышцы (r= -0,302, p<0,05).

Обсуждение

Вопросы влияния клинических показателей, характеризующих выраженность миастении, на качество жизни, а также динамики проявлений миастении за время стационарного лечения у мужчин и женщин освещены в современной литературе недостаточно. В большинстве работ отечественных и зарубежных авторов приводятся сведения об особенностях миастении, характеризующих заболеваемость и возраст дебюта у мужчин и женщин, не включающие оценку динамики заболевания.

В исследуемой нами выборке отмечалось улучшение симптомов миастении у больных, проходящих лечение в стационаре, что, по нашему мнению, отражало адекватность проводимой патогенетической терапии. Полученные результаты согласуются с данными литературы. Так, О. В. Лапшина с соавт. (2018) отмечали улучшение показателей шкалы QMG у пациентов с генерализованной и бульбарной формами миастении при правильно подобранном лечении [4]. В ходе проведенного нами исследования сделан акцент на гендерных особенностях динамики симптомов миастении. У женщин, в отличие от мужчин, за период госпитализации по результатам QMGS наблюдалось статистически значимое улучшение показателей, оценивающих краниальные мышцы, а по данным MG-ADL выявлялась положительная динамика нарушений речи, дыхания, двоения и птоза, что указывало на более благоприятную реакцию женщин на проводимое лечение.

В исследуемой нами группе нарушение дыхания при поступлении имели место у 17 (42,5%) пациентов, что не противоречит данным, полученным Ю. Н. Рушкевич с соавт. (2020) при оценке дыхательных нарушений методом полисомнографии [11]. Полисомнографическое исследование с одновременной регистрацией назофарингеального потока, торакоабдоминальных движений, насыщения гемоглобина артериальной крови кислородом и др. параметров является более точным, но в то же время значительно более дорогостоящим методом, чем рутинное определение фЖЕЛ.

Таблица 3

Показатели, характеризующие качество жизни, у мужчин и женщин в динамике

Шкала SF-36	Группа	Min	Q1	Me	Q3	Max	M±SD
Физическое функционирование	Мужчины при поступлении	15	40	62,5	90	100	61,5±29,8
	Женщины при поступлении	15	60	72,5	85	100	70±22,03
	Мужчины при выписке	15	50	80	90	100	69,5±26,3
	Женщины при выписке	30	70	85	95	100	78±18,4***
Ролевое физическое функционирование	Мужчины при поступлении	0	0	25	75	100	37,5±42,9
	Женщины при поступлении	0	0	50	75	100	44,2±40,8
	Мужчины при выписке	0	25	37,5	75	100	47,5±34,3
	Женщины при выписке	0	25	50	75	100	50,8±35,6*
Боль	Мужчины при поступлении	62	74	100	100	100	90,4±16,6#
	Женщины при поступлении	21	51	72,5	100	100	69,5±25,2
	Мужчины при выписке	74	94	100	100	100	96,2±8,2#
	Женщины при выписке	31	52	88	100	100	78±23,3***
Общее состояние здоровья	Мужчины при поступлении	30	35	56	62	92	55±21,02
	Женщины при поступлении	30	40	51	65	92	52,8±16,8
	Мужчины при выписке	35	37	64,5	72	92	60±20,7#
	Женщины при выписке	30	42	57	72	97	58,3±17,3**
Жизнеспособность	Мужчины при поступлении	35	35	57,5	70	95	57,5±20,6
	Женщины при поступлении	5	40	45	70	87	49,7±18,7
	Мужчины при выписке	35	40	60	85	95	60,5±22,04
	Женщины при выписке	10	45	55	70	90	54,7±19,4***
Социальное функционирование	Мужчины при поступлении	25	50	75	75	100	67,5±21,4
	Женщины при поступлении	25	50	62,5	75	100	64,1±22,9
	Мужчины при выписке	37,5	62,5	75	87,5	100	73,8±19,9
	Женщины при выписке	25	50	62,5	87,5	100	67,9±21,7
Ролевое эмоциональное функционирование	Мужчины при поступлении	0	0	66,7	100	100	53,3±42,2
	Женщины при поступлении	0	0	66,7	100	100	53,3±42,5
	Мужчины при выписке	0	33,3	66,7	100	100	56,7±38,6
	Женщины при выписке	0	33,3	66,7	100	100	56,6±39,3
Психическое здоровье	Мужчины при поступлении	32	40	66	80	96	62,8±21,2
	Женщины при поступлении	16	48	60	72	96	58,4±20,3
	Мужчины при выписке	44	52	68	84	96	96,6±18
	Женщины при выписке	16	52	64	80	100	63,1±21,7***
Физический компонент здоровья	Мужчины при поступлении	23,2	40,2	45	51,5	58,5	44,2±10,5
	Женщины при поступлении	23,3	37,1	42,7	47,62	59	42,8±8,7
	Мужчины при выписке	23,8	42,6	50,5	54,5	56,1	47±9,8*
	Женщины при выписке	29,1	42,2	45,5	51,3	56,2	45,7±7,1***
Психологический компонент здоровья	Мужчины при поступлении	27,57	35,6	42,7	51,3	60,6	44,2±10,4
	Женщины при поступлении	20,3	32,8	42,1	50,6	58,7	41,4±10,9
	Мужчины при выписке	28,7	38,1	44,4	55,9	60,6	46,05±10,6
	Женщины при выписке	20	31,8	43,9	51	63,4	42,9±11,5
Сумма (физический компонент здоровья + психологический компонент)	Мужчины при поступлении	75,8	79,1	82,7	97,8	116,7	88,3±13,1
	Женщины при поступлении	60	71,5	84,7	98,2	124,7	86,7±16,3
	Мужчины при выписке	79,6	83,3	86,8	102,9	116,7	93,1±13,2**
	Женщины при выписке	61	78,2	89	100,7	115,3	89,6±13,8***

Примечание: * – статистически достоверные отличия внутри группы (p<0,05); ** – статистически достоверные отличия внутри группы p<0,01; *** – статистически достоверные отличия внутри группы, p<0,001; # – статистически достоверные отличия между группами.

Таблица 4

Сравнительный анализ показателей форсированной жизненной емкости легких у мужчин и женщин в положении сидя и лежа

Показатель	Мужчины (n=10)	Женщины (n=31)	p-value
фЖЕЛ сидя	3253,3±812,6	2405,0±846,2	0,008**
фЖЕЛ лежа	2553,3±2,1	1961,6±848,2	0,056
фЖЕЛ/кг	38,7±9,6	34,7±14,8	0,43
% возрастной нормы	86,0±18,3	89,5±27,1	0,704

Примечание: ** – p<0,01.

С учетом однородной и умеренной выраженности клинических проявлений миастении в исследуемой нами группе не наблюдалось тяжелых расстройств дыхания, требующих респираторной поддержки. При этом отмечалась положительная динамика за время госпитализации – при выписке доля пациентов с нарушением дыхания была 27,5%. Однако, по нашему мнению, активное выявление дыхательных нарушений у больных с миастенией является обязательным этапом обследования, позволяющим определить тактику лечения и предупреждать развитие осложнений.

По оценке результатов опросника качества жизни обращали на себя внимание баллы, характеризующие болевые феномены. Патогенез миастении не затрагивает поражение чувствительных волокон, поэтому болевой синдром не является клиническим проявлением данного заболевания. Полученные результаты могли быть связаны с сопутствующей патологией, а также отражать наличие у пациентов аффективных, в том числе депрессивных нарушений. В работе Д. Ю. Коньковой и В. Н. Карнаух (2016) у больных с миастенией были выявлены аффективные нарушения, ассоциированные с длительностью заболевания, наличием инвалидности, степенью тяжести миастении, возрастом и полом пациентов [12]. Известно, что дисфункция серотонинергической и норадренергической систем обусловливает развитие аффективных и вегетативных симптомов, а также сопровождается появлением болевых феноменов.

Выводы

Миастения является редким неврологическим заболеванием, требующим индивидуального подхода к диагностике и лечению, при этом клинические проявления и течение миастении у мужчин и женщин различаются. В результате исследования были получены данные о снижении оценки качества жизни пациентами с миастенией с более выраженными клиническими проявлениями заболевания, в том числе слабостью мышц конечностей и нарушениями бульбарных групп мышц. В рамках исследования нами не выявлено взаимосвязи значений качества жизни с индексами фЖЕЛ. Проведенное исследование показало гендерные особенности положительной динамики клинических данных и результатов опросников качества жизни за время стационарного лечения.

Список литературы / References

1. *Хатхе Ю. А., Заболотских Н. В., Иванисова А. В. и др. Эпидемиологические особенности миастении. Кубанский научный медицинский вестник. 2018; 25 (1): 195–198.*
   Khatkhe Yu.A., Zabolotskikh N. V., Ivanisova A. V. et al. Epidemiological features of myasthenia. Kuban Scientific Medical Bulletin. 2018; 25 (1): 195–198.
2. *Крючкова В. В., Алексеева Т. М., Лобзин С. В. Эпидемиологические аспекты миастении в Санкт-Петербурге. Современные проблемы науки и образования. 2021; (3): 149.*
   Kryuchkova V. V., Alekseeva T. M., Lobzin S. V. Epidemiological aspects of myasthenia in St. Petersburg. Modern problems of science and education. 2021; (3): 149.
3. *Бреслав И. С., Ноздрачев А. Д. Регуляция дыхания: висцеральная и поведенческая составляющие. Успехи физиологических наук. 2007; 38 (2): 26–45.*
   Breslav I. S., Nozdrachev A. D. Regulation of breathing: visceral and behavioral components. Advances in physiological sciences. 2007; 38 (2): 26–45.
4. *Лапшина О. В., Антипенко Е. А., Густов А. В. Эффективность комплексного лечения различных вариантов миастении. Саратовский научно-медицинский журнал. 2018; 14 (1): 145–148.*
   Lapshina O. V., Antipenko E. A., Gustov A. V. Efficiency of complex treatment of various types of myasthenia. Saratov Scientific Medical Journal. 2018; 14 (1): 145–148.
5. *Barohn R. J. et al. Reliability testing of the quantitative myasthenia gravis score a. Annals of the New York Academy of Sciences. 1998; 841 (1): 769–772.*
6. *Wolfe G. I. et al. Myasthenia gravis activities of daily living profile. Neurology. 1999; 52 (7): 1487–1487.*
7. *Barnett C. et al. The quantitative myasthenia gravis score: comparison with clinical, electrophysiological, and laboratory markers. Journal of clinical neuromuscular disease. 2012; 13 (4): 201–205.*
8. *Новик А. А., Ионова Т. А. Исследование качества жизни в медицине: учебное пособие / под ред. Ю. Л. Шевченко. М.: ГЭОТАР-МЕД, 2004. 304 с.*
   Novik A. A., Ionova T. A. Research of the quality of life in medicine: a tutorial / edited by Y. L. Shevchenko. M.: GEOTAR-MED, 2004. 304 p.
9. *Ware J. E., Snow K. K., Kosinski M., Gandek B. SF-36 Health Survey: Manual and Interpretation Guide. Lincoln, RI: Quality Metric Inc. 1993; 316.*
10. *Сахно Ю. Ф., Дроздов Д. В., Ярцев С. С. Исследование вентиляционной функции легких: учебно-методическое пособие. М.: Издательство РУДН, 2005. 84 с.*
    Sakhno Yu.F., Drozdov D. V., Yartsev S. S. Study of the ventilatory function of the lungs: a teaching aid. Moscow: RUDN University Publishing House, 2005. 84 p.
11. *Рушкевич Ю. Н., Галиевская О. В., Чечик Н. М. и др. Значение исследования функции дыхания у пациентов с нервно-мышечными заболеваниями. Медицинские новости. 2020; 2: 22–25.*
    Rushkevich Yu.N., Galievskaya O. V., Chechik N. M. et al. The importance of studying the respiratory function in patients with neuromuscular diseases. Medical news. 2020; 2: 22–25.
12. *Конькова Д. Ю., Карнаух В. Н. Аффективные нарушения при миастении. Неврология, нейропсихиатрия, психосоматика. 2016; 8 (4): 21–24.*
    Konkova D. Yu., Karnaukh V. N. Affective disorders in myasthenia. Neurology, neuropsychiatry, psychosomatics. 2016; 8 (4): 21–24.

Статья поступила / Received 19.02.2024
Получена после рецензирования / Revised 02.09.2024
Принята к публикации / Accepted 15.09.2024

Сведения об авторах

Юлдашев Хосиддин Фазлиддинович, *врач-невролог, аспирант кафедры неврологии им. акад. С. Н. Давиденкова. E-mail: kh.yuldashev96@gmail.com. ORCID: 0000-0003-3781-587*

Вставская Татьяна Григорьевна, *врач-невролог, к.м.н., доцент кафедры неврологии им. акад. С. Н. Давиденкова, зав. неврологическим отделением № 1 клиник Северо-Западного медицинского университета им. И. И. Мечникова. E-mail: vtg2506@rambler.ru ORCID: 0000-0001-7352-3695*

Алибеков Эйлер Ровшанович, *врач-невролог, аспирант кафедры неврологии им. акад. С. Н. Давиденкова. E-mail: Alibekov.ailer@gmail.com. ORCID: 0000-0001-5308-6985*

Афанасьева Марина Юрьевна, *врач-невролог, к.м.н., ассистент кафедры неврологии им. акад. С. Н. Давиденкова, зав. неврологическим отделением № 2 клиник Северо-Западного медицинского университета им. И. И. Мечникова. E-mail: Marina.Afanaseva@szgmu.ru. ORCID: 0000-0002-1726-7380*

Клочева Елена Георгиевна, *врач-невролог, д.м.н. проф., проф. кафедры неврологии им. акад. С. Н. Давиденкова. E-mail: klocheva@mail.ru. ORCID: 0000-0001-6814-0454*

Голдобин Виталий Витальевич, *врач-невролог, д.м.н., проф., зав. кафедрой неврологии им. акад. С. Н. Давиденкова. E-mail: Vitalii.Goldobin@szgmu.ru. ORCID: 0000-0001-9245-8067*

ФГБОУ ВО «Северо-Западный государственный медицинский университет им. И. И. Мечникова» Минздрава России, Санкт-Петербург, Россия

Автор для переписки: *Юлдашев Хосиддин Фазлиддинович. E-mail: kh.yuldashev96@gmail.com*

About authors

Yuldashev Khosiddin F., *neurologist, postgraduate student at Dept of Neurology named after academician S. N. Davidenkov. E-mail: kh.yuldashev96@gmail.com. ORCID: 0000-0003-3781-587*

Vstavskaya Tatyana G., *neurologist, PhD Med, associate professor at Dept of Neurology named after academician S. N. Davidenkov, head of Neurology Dept No. 1 of the Clinic. E-mail: vtg2506@rambler.ruORCID: 0000-0001-7352-3695*

Alibekov Ailer R., *neurologist, postgraduate student at Dept of Neurology named after academician S. N. Davidenkov. E-mail: Alibekov.ailer@gmail.com. ORCID: 0000-0001-5308-6985*

Afanasyeva Marina Yu., *neurologist, PhD Med, assistant at Dept of Neurology named after academician S. N. Davidenkova, head of Neurology Dept No. 2 of the Clinic. E-mail: Marina.Afanaseva@szgmu.ru. ORCID: 0000-0002-1726-7380*

Klocheva Elena G., *neurologist, DM Sci (habil.), professor, professor at Dept of Neurology named after Academician S. N. Davidenkov. E-mail: klocheva@mail.ru. ORCID: 0000-0001-6814-0454*

Goldobin Vitaliy V., *neurologist, DM Sci (habil.), head of Dept of Neurology named after Academician S. N. Davidenkov. E-mail: Vitalii.Goldobin@szgmu.ru. ORCID: 0000-0001-9245-8067*

I. I. Mechnikov North-Western State Medical University, Saint Petersburg, Russia

Corresponding author: *Yuldashev Khosiddin F. E-mail: kh.yuldashev96@gmail.com*

Для цитирования: Юлдашев Х. Ф., Вставская Т. Г., Алибеков Э. Р., Афанасьева М. Ю., Клочева Е. Г., Голдобин В. В. Гендерные особенности клинических проявлений и показателей качества жизни при генерализованной миастении. *Медицинский алфавит.* 2024; (21): 26–30. https://doi.org/10.33667/2078-5631-2024-21-26-30

For citation: Yuldashev Kh. F., Vstavskaya T. G., Alibekov E. R., Afanasyeva M. Yu., Klocheva E. G., Goldobin V. V. Gender features of clinical manifestations and quality of life indicators in generalized myasthenia. *Medical alphabet.* 2024; (21): 26–30. https://doi.org/10.33667/2078-5631-2024-21-26-30