

## ДИАГНОСТИЧЕСКАЯ НАДЕЖНОСТЬ АМБУЛАТОРНОГО ЗВЕНА НЕВРОЛОГИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ ПАЦИЕНТАМ С БОЛЕЗНЬЮ ПАРКИНСОНА

**В. В. Раздорская** — ГБОУ ВПО Саратовский ГМУ им. В. И. Разумовского Минздравсоцразвития России, кафедра неврологии ФПК и ППС им. К. Н. Третьякова, интерн; **О. Н. Воскресенская** — ГБОУ ВПО Первый Московский ГМУ им. И. М. Сеченова Минздравсоцразвития России, профессор, доктор медицинских наук; **Г. К. Юдина** — ГБОУ ВПО Саратовский ГМУ им. В. И. Разумовского Минздравсоцразвития России, кафедра неврологии ФПК и ППС им. К. Н. Третьякова, доцент, кандидат медицинских наук.

### THE DIAGNOSTIC RELIABILITY OF OUTPATIENT NEUROLOGICAL CARE TO PATIENTS WITH PARKINSON'S DISEASE

**V. V. Razdorskaya** — Saratov State Medical University n.a. V. I. Razumovsky, Department of Neurology, Postgraduate Education Faculty, Post-graduate; **O. N. Voskresenskaya** — First Moscow State Medical University n.a. I. M. Sechenov, Department of Nervous System Diseases, Professor, Doctor of Medical Science; **G. K. Yudina** — Saratov State Medical University n.a. V. I. Razumovsky, Department of Neurology, Postgraduate Education Faculty, Associate Professor, Candidate of Medical Science.

Дата поступления — 14.05.2012 г.

Дата принятия в печать — 28.05.2012 г.

**Раздорская В. В., Воскресенская О. Н., Юдина Г. К.** Диагностическая надежность амбулаторного звена неврологической помощи пациентам с болезнью Паркинсона // Саратовский научно-медицинский журнал. 2012. Т. 8, № 2. С. 513–517.

**Цель:** обсуждение аспектов выявляемости болезни Паркинсона (БП) неврологами амбулаторной практики. **Методы:** лонгитюдное эпидемиологическое исследование по обращаемости в специализированную клинику. **Результаты.** За четырёхлетний период осмотрено 603 пациента с подозрением на паркинсонизм. Синдромальный диагноз паркинсонизм / экстрапирамидный синдром правильно установлен неврологами поликлиник примерно 3/4 контингента больных. Наиболее распространенной ошибкой была гиподиагностика БП (71 из 146 измененных диагнозов). Следующей по частоте ошибкой оказалась гипердиагностика БП (57 из 146 измененных диагнозов). Каждый пятый обратившийся на консультацию больной вызывал затруднение у врача в амбулаторном звене. **Заключение.** Диагностические ошибки, отсутствие предварительного диагноза у каждого десятого больного с БП справедливо вызывают озабоченность пациентов качеством гарантированной медицинской помощи, заставляя их самостоятельно обращаться на специализированный консультативный приём.

**Ключевые слова:** болезнь Паркинсона, нейродегенеративное заболевание, экстрапирамидный синдром, своевременная диагностика.

**Razdorskaya V. V., Voskresenskaya O. N., Yudina G. K.** The diagnostic reliability of outpatient neurological care to patients with Parkinson's disease // Saratov Journal of Medical Scientific Research. 2012. Vol. 8, № 2. P. 513–517.

**Goal:** discussion of the revealing aspects of Parkinson's disease (PD) by ambulatory neurologists. **Techniques:** a longitudinal epidemiological survey on applications to a specialized clinic. **Results.** 603 patients with Parkinsonism suspicions were examined for a four-year period. The syndromal diagnosis of Parkinsonism/extra pyramidal syndrome was correctly recognized by ambulatory neurologists in ca. ¾ of the whole contingent of patients. Hypodiagnostics of PD was the most frequent mistake (71 of 146 corrected diagnoses). Hyperdiagnostics of PD followed by frequency (57 of 146 corrected diagnoses). Every fifth patient applied for consultation caused difficulties in the ambulatory chain. **Conclusion.** The diagnostic mistakes, no provisional diagnosis for every tenth PD patient cause justified anxiety in the patients regarding the quality of guaranteed medical aid and force them to apply for specialized consulting reception individually.

**Key words:** Parkinson's disease, detection, non-application, undetectability, verifiability, diagnostic mistakes.

**Введение.** Болезнь Паркинсона (БП) — тотально инвалидирующее и дорогостоящее заболевание, экономическое бремя которого с ростом числа пожилых людей в мире постоянно увеличивается [1]. Уже сегодня ее глобальная распространенность достигла уровня пяти миллионов человек [2]. В России (РФ) точных данных о количестве больных с БП нет. Различные по методологии и длительности эпидемиологические исследования последнего десятилетия позволяют лишь в общих чертах обрисовать объем контингента чуть более 100 тыс. По неофициальным же оценкам, в РФ может быть всего лишь около 210 тыс. таких пациентов [3]. Очевидно, отмеченный дисбаланс напрямую связан с оперативностью и качеством диагностики этого хронического нейродегенеративного заболевания.

Узловые проблемы диагностики БП показаны на диаграмме (рис. 1), созданной по материалам работы [3] и неоднократным выступлениям её уважаемого автора — известного отечественного паркинсолога О. С. Левина. Основание пирамиды и её средний уро-

вень соответствуют, по меткому выражению публициста И. Е. Ясиной, разным «дням рождения» болезни. Первый «день рождения» — когда пациент начинает её чувствовать, ещё не осознавая необратимости постепенно накапливающихся изменений. Второй «день рождения» — когда ставят диагноз и больной понимает, что это навсегда. Первый неизбежно связан с необращаемостью потенциальных пациентов, второй —



Рис. 1. Проблемы диагностики БП

**Ответственный автор** — Раздорская Вера Владимировна.  
Адрес: 410012, г. Саратов, Б. Казачья, 112.  
Тел.: 8-917-323-4150  
E-mail: dr\_vera@bk.ru

отчасти с нераспознаваемостью БП (до 1/4 случаев). А на вершине пирамиды, казалось бы, очевидный диагноз БП устойчиво не распознается, несмотря на неоднократные посещения врача больными.

Основанием квалифицированной медицинской помощи правомерно считается своевременная обращаемость потенциальных больных в медицинские учреждения и распознаваемость болезни врачами. Нередко больные, воспринимающие начальные проявления паркинсонизма как неотъемлемые признаки старения, уже не верят в реальную амбулаторную помощь, традиционно связываемую с профессионализмом врача-специалиста, в роли которого теперь в России все чаще выступает врач общей практики или семейный доктор. И если сегодня ещё прослеживается относительная удовлетворенность больных медицинской помощью в условиях специализированных клиник и стационаров, то амбулаторное звено — с его неизбежной ориентацией на потоковый приём, ведомственные инструкции и приказы, а также страховые ограничения — по-прежнему остается слабым.

Сомнения больных небезосновательны. Авторитетные зарубежные исследования по осведомленности врачей о клинических критериях БП, её верифицируемости и отечественные наблюдения за диагностикой этого же заболевания на амбулаторно-поликлиническом этапе рисуют действительно неутешительную картину. Так, неоднократно констатировалось, что БП в России остается нераспознанной неврологами общей практики в 21% случаев наряду с гипердиагностикой у ~ 30% пациентов [4, 5]. Эти данные хорошо коррелируют, например, с результатами исследования, проведенного в 2009 г. в Германии [6], согласно которому только 53% неврологов были знакомы с дифференциально-диагностическими критериями БП. По данным Хьюза с соавторами посмертное вскрытие больных с БП не подтверждало почти 24% прижизненных диагнозов, выставленных опять-таки неврологами общей практики, наиболее часто обнаруживая прогрессирующий надъядерный паралич, мультисистемную атрофию и болезнь Альцгеймера [7]. Популяционное исследование с использованием критериев Банка Головного Мозга Общества БП Великобритании обнаружило неверный диагноз, по крайней мере, у 15% пациентов, наблюдавшихся якобы по поводу БП, в то время как 19% тех, кто на самом деле имел БП, ошибочно лечились совсем от других расстройств [8]. К счастью, частота диагностических ошибок у специалистов-паркинсологов не превышает 8% [9], но по-прежнему остаётся заметной. В российских же реалиях проблема ошибочного диагноза на поликлиническом этапе приобретает особую остроту ещё и в связи с поздней обращаемостью больных или необращаемостью потенциальных пациентов вообще.

*Цель работы:* обсуждение ключевых аспектов выявляемости БП неврологами амбулаторной практики.

**Методы.** Фактологическая основа исследования — данные консультативного приема больных с синдромом паркинсонизма в Клинике нервных болезней Саратовского государственного медицинского университета им. В.И. Разумовского. В период с января 2008 г. по декабрь 2011 г. включительно сотрудниками университетской кафедры неврологии ФПК и ППС осмотрено 603 пациента с подозрением на паркинсонизм. Из поликлиник, в основном неврологами, на консультацию для уточнения диагноза или коррекции терапии были направлены 504 человека (83,6%), ещё 99 (16,4%) обратились самостоятельно.

Диагноз БП выставлялся клинически на основе анамнеза и текущего неврологического статуса в соответствии с критериями Банка Головного Мозга Общества БП Великобритании [10], Национального Института Неврологических Расстройств и Инсульта (NINDS USA, 1999) [11] и рекомендаций Американской академии неврологии по диагностике и лечению БП (2006) [12]. В ряде случаев лишь 2–3-летнее динамическое наблюдение за клиническими проявлениями патологического процесса и эффективностью патогенетической терапии позволило уточнить нозологическую форму заболевания.

**Результаты.** По данным лечащих врачей поликлиник у 354 пациентов наблюдалась БП, у 120 — хроническая ишемия головного мозга (ХИГМ) с паркинсонизмом. Другие нозологические формы с синдромом паркинсонизма даже и не предполагались. Таким образом, направительный диагноз имели 474 (78,6%) пациента, примерно каждый пятый обратившийся больной (129/603) вызывал затруднение у врача в амбулаторном звене.

В целом синдромальный диагноз «паркинсонизм / экстрапирамидный синдром» был правильно установлен неврологами почти ¼ контингента больных (437/603). Однако тщательный клинический осмотр, наблюдение, лабораторные анализы и дополнительно по мере необходимости методы нейровизуализации позволили существенно уточнить нозологию двигательных расстройств у 30,80% (146/474) пациентов из поликлиник.

Так, среди пациентов, наблюдавшихся по поводу ХИГМ с синдромом паркинсонизма (табл. 1), оказалось 59,17% (71/120) случаев БП, 25,83% (31/120) сосудистого паркинсонизма (СП), 3,33% (4/120) психогенного паркинсонизма и 6,67% (8/120) из группы редких нейродегенеративных заболеваний с синдромом паркинсонизма.

Таблица 1

## Направительный диагноз: ХИГМ

Код по МКБ10	n	%
Болезнь Паркинсона	71	59,17
Вторичный паркинсонизм	33	27,5
сосудистый паркинсонизм	31	25,83
паркинсонизм при нормотензивной гидроцефалии	2	1,67
Нейродегенеративные заболевания из группы паркинсонизм-плюс	6	5,00
мультисистемная атрофия	3	2,50
прогрессирующий надъядерный паралич	2	1,67
неуточненный паркинсонизм	1	0,83
Без паркинсонизма	10	8,33
психогенный паркинсонизм	4	3,33
ДЭП*без паркинсонизма	6	5,00
Всего	120	100,00

Примечание: — ДЭП (дисциркуляторная энцефалопатия).

Подобная ситуация наблюдалась и для поликлинического диагноза БП (табл. 2), который был пересмотрен у 57 больных. Однако диагностические ошибки в данной группе пациентов были допущены прежде всего в отношении эссенциального тремора (ЭТ) — 8,19% (29/354), нейродегенеративных забо-

леваний из группы «паркинсонизм-плюс» — 3,39% (12/354), вторичного и психогенного паркинсонизма — по 1,98% (7/354) каждый.

В тех случаях, когда больные без диагноза (~ 1/5 контингента (129/603)) (табл. 3) направлялись из поликлиник или обращались самостоятельно, уже неоднократно посетив врача, были не распознаны экстрапирамидные синдромы, характерные для клинической картины нейродегенераций из группы «паркинсонизм-плюс» (19,37%), ЭТ (35,66%) и опять же БП (30,23%).

В результате на амбулаторно-поликлиническом этапе наиболее частой ошибкой была невыявляемость БП (гиподиагностика) у 48,63% (71 из 146 измененных диагнозов) пациентов. Все эти больные имели ошибочный диагноз ХИГМ с синдромом паркинсонизма, который в очередной раз убеждал в распространенности гипердиагностики сосудистого паркинсонизма и среди врачей общей практики, и среди неврологов [13]. Вообще СП был подтвержден только в 25,83% (31/120) случаев. Другая же категория больных — 39,04% (57/146) — с ложноположительным диагнозом БП указывала теперь на гипердиагностику этого распространенного заболевания и по-прежнему характеризовала всё ту же невыявляемость БП, но уже с других позиций. Заметим, что среди больных с измененным впоследствии «очевидным» синдромальным диагнозом у 32,88% (48/146) паркинсонизма как такового не было вообще. Чаще всего это были больные с ЭТ — 19,86% (29/146) и психогенным паркинсонизмом — 7,53% (11/146).

**Обсуждение.** Совокупная нераспознаваемость БП в обследуемой когорте больных в абсолютном выражении достигла 110 больных: 71 пациент с ошибочным диагнозом ХИГМ и 39 недиагностированных вовсе случаев. Стандартизация этой характеристики на 100 000 человек по численности населения Саратова в 2009 г. (831 000 чел.) приводит к значению показателя нераспознаваемости БП, равному 13. Выбор 2009 г. в качестве основания для этого и последующих расчетов объясняется фактом максимальной выявляемости БП (~85%) в нашем исследовании к этому году. За два последующих года благодаря совместным усилиям специалистов кафедры и неврологов амбулаторного звена выявляемость БП в Саратове достигла практически пороговых значений, и численность контингента больных к концу 2011 г. стала определяться лишь естественными факторами — заболеваемостью и смертностью (рис. 2).

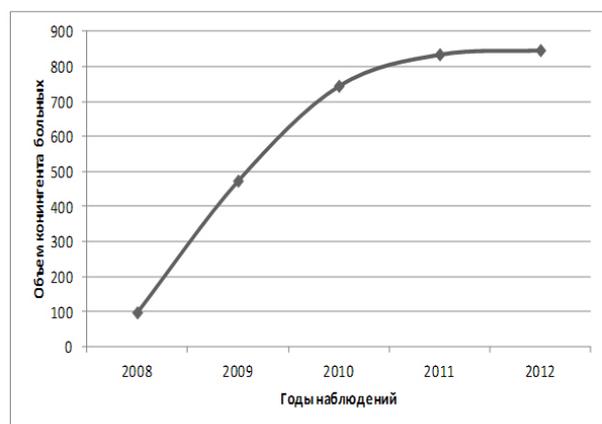


Рис. 2. Изменение численности контингента больных БП в Саратове за период исследования.

Таблица 2

Направительный диагноз: БП		
Код по МКБ10	п	%
Болезнь Паркинсона	297	83,90
Вторичный паркинсонизм	7	1,98
сосудистый паркинсонизм	1	0,28
токсический паркинсонизм	3	0,85
лекарственный паркинсонизм	3	0,85
Нейродегенеративные заболевания из группы паркинсонизм-плюс	12	3,39
прогрессирующий надъядерный паралич	1	0,28
деменция с тельцами Леви	3	0,85
неуточненный паркинсонизм	4	1,13
мультисистемная атрофия	4	1,13
Без паркинсонизма	38	10,73
психогенный паркинсонизм	7	1,98
ЭТ	29	8,19
ДЭП без паркинсонизма	2	0,56
Всего	354	100,00

Таблица 3

Без направительного диагноза		
Код по МКБ10	п	%
Болезнь Паркинсона	39	30,23
Вторичный паркинсонизм	8	6,21
токсический паркинсонизм	3	2,33
лекарственный паркинсонизм	4	3,10
паркинсонизм при нормотензивной гидроцефалии	1	0,78
Нейродегенеративные заболевания из группы паркинсонизм-плюс	25	19,37
болезнь Фара	3	2,33
гепатолентикулярная дегенерация	6	4,65
ювенильный вариант болезни Гентингтона	3	1,55
прогрессирующий надъядерный паралич	1	0,78
деменция с тельцами Леви	7	5,43
гемипаркинсонизм-гемиатрофия	1	0,78
БАС-паркинсонизм	2	1,55
лобно-височная деменция-паркинсонизм	1	0,78
деменция альцгеймеровского типа + деменция с тельцами Леви	1	0,78
Без паркинсонизма	57	44,19
психогенный паркинсонизм	5	3,88
ЭТ	46	35,66
ДЭП без паркинсонизма	6	4,65
Всего	129	100,00

Однако даже такую предельную выявляемость БП вряд ли можно считать абсолютно полной, ведь в большинстве случаев БП диагностируется не сразу при ее появлении, а спустя некоторое время, когда

больной начинает сам замечать нарастающий двигательный дефект, и нередко уже после настойчивого внимания окружающих. Этим больным диагноз мог быть поставлен и ранее, если бы они своевременно обратились к специалисту, не надеясь на преходящий характер незаметно накапливающихся изменений.

Объективный вклад необрацаемости в диагностику БП наиболее легко оценить из распределения наблюдаемых отсроченностей клинического диагноза, используя диаграмму Парето. Главная особенность диаграммы — одновременное накопление ранжированных в порядке убывания данных, в нашем случае это численность групп с различными периодами отсроченности установления диагноза БП в годах (рис. 3), от 8 месяцев (первая точка 0 лет на оси абсцисс) до 11 лет (точка 11) у 407 больных.

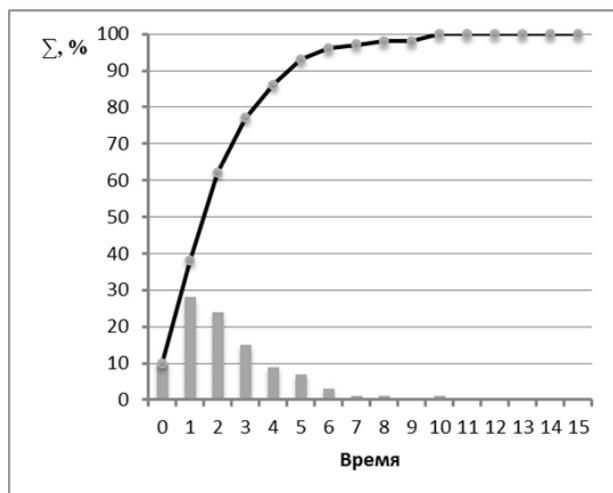


Рис. 3. Частотное распределение отсроченностей клинического диагноза БП

Согласно диаграмме ~ 60% осмотренных больных с БП обратились в первые два года заболевания. Ещё ~ 16% пациентов пришли только через три года, а далее постепенно нарастающая отсроченность уже слабо влияла на характер кумулятивной кривой. Трехлетняя необрацаемость, по сути, первая точка отклонения начального участка кривой от линейности — точка, до которой диагностируется почти 2/3 больных, поэтому, на наш взгляд, к поздней диагностике БП следует относить все случаи с отсроченностью клинического диагноза более двух лет. Таких случаев в нашем исследовании оказалось 38,82% (158/407), при этом возрастных или фенотипических доминант в различные периоды отсроченности диагноза не наблюдалось.

Стандартизация обсуждаемой характеристики на 100 000 человек по численности населения Саратова в 2009 г. приводит к значению показателя необрацаемости пациентов с БП, равному 19.

Заключая обсуждение острейших проблем диагностики БП, приведем стандартизованный показатель верифицируемости этого заболевания на амбулаторно-поликлиническом этапе в Саратове: 36 чел./100 000 населения. БП, как и можно было бы предположить, лучше всего распознается при смешанных клинических формах, начиная со второй стадии — стадии уже заметно выраженных двухсторонних проявлений чаще с умеренным темпом прогрессирувания. И окончательно для полно-

ты сравнения с данными литературы «воздвигнем» свою пирамиду «оперативности» диагностики БП в Саратове (рис. 4) и заметим, что её уровни неплохо согласуются с общепризнанным мнением известных российских коллег. В свою очередь, законченность и обоснованность наших построений позволяют нам оценить распространенность БП по обрацаемости в Саратове. Данный показатель легко получается простым суммированием уровней в «собственной» пирамиде и оказывается равным 68 чел./100 000 населения Саратова.



Рис. 4. «Оперативность» диагностики БП в Саратове

**Заключение.** Сегодня при верификации БП на амбулаторно-поликлиническом уровне неврологи допускают ~ в  $\frac{1}{5}$  случаев диагностические ошибки (128/603) и оставляют без предварительного диагноза ~ каждый из 10 случаев БП (39/407). Пациенты заметно озабочены низкой результативностью амбулаторного звена и ~ в  $\frac{1}{6}$  случаев (99/603) обращаются на консультативный приём сами.

Изложенными суждениями обусловлена востребованность у населения крупных городов кабинетов лечения экстрапирамидных расстройств (КЛЭР), адресная реализация специализированной помощи в которых способствовала бы своевременной диагностике БП, её адекватному лечению и направленной медико-социальной реабилитации больных.

**Конфликт интересов.** Работа выполнена в соответствии с планом научно-исследовательских работ кафедры неврологии ФПК и ППС им. К.Н. Третьякова СГМУ.

#### Библиографический список

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. Левин О. С. Клиническая эпидемиология болезни Паркинсона // *Болезнь Паркинсона и расстройства движений: рук-во для врачей: по матер. II нац. конгресса / под ред. С. Н. Иллариошкина, О. С. Левина. М., 2011. С. 5–9.*
4. Обухова А. В., Артемьев Д. В. Паркинсонизм на специализированном амбулаторном приеме (опыт работы специализированного консультативного приема больных с паркинсонизмом) // *Неврол. журн.* 2009. Т. 14, № 6. С. 48–54.
5. Шиндряева Н. Н. Анализ работы регионального кабинета по оказанию помощи больным с экстрапирамидной патологией // *Аспирантский вестник Поволжья.* 2010. № 3/4. С. 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. Psychiatr. 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 // Bolezni' 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. Psychiatr. 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. Bolezni' 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.