

Осос Е.Л., Лихачев С.А., Куликова С.Л., Гвищ Т.Г.
Республиканский научно-практический центр неврологии и нейрохирургии,
Минск, Беларусь

Кризовые состояния при миастении

Введение. Миастения (М) – аутоиммунное антитело-индуцированное заболевание, характеризующееся слабостью и утомляемостью поперечно-полосатой мускулатуры. Наиболее грозным осложнением М являются кризы, требующие госпитализации пациента в отделение интенсивной терапии и проведения неотложных мероприятий. Кризы продолжают оставаться недостаточно изученными, плохо прогнозируемыми и наиболее трудными в ведении состояниями.

Цель исследования: проанализировать факторы, провоцирующие развитие кризов при М, клиническое течение, уточнить частоту встречаемости и летальных исходов.

Материалы и методы. Проанализированы истории болезни 1082 пациентов с М, состоящих на учете в Республиканском миастеническом центре РНПЦ неврологии и нейрохирургии. Из них 31 (2,3 %) пациент находился в отделениях интенсивной терапии и реанимации учреждений здравоохранения Беларуси в связи с развившимися кризовыми состояниями.

Результаты и обсуждение. Средний возраст пациентов составил $42 \pm 5,6$ года. Большинство представлено женщинами – 24 (77,4%) пациента. Реже были подвержены кризам мужчины – 7 (22,6%) человек. Степень тяжести в 100% случаев соответствовала 5-й по классификации MGFA. Минимальная степень тяжести у пациентов анализируемой группы распределилась следующим образом: медикаментозная ремиссия была отмечена у 4 (12,9 %) пациентов, 1 – у 1 (3,2%), 2a – у 2 (6,4%), 2b – у 13 (41,9%), 3a – у 3 (9,7%), 3b – у 7 (22,6%), 4a – у 1 (3,2%) человека. Предшествующая развитию кризов терапия в 64,5% (21 человек) случаев была представлена сочетанием антихолинэстеразных (АХЭП), глюкокортикостероидных (ГКС) препаратов и цитостатиков, что связано с тяжелым течением заболевания. Тимэктомия была выполнена 16 (51,6%) пациентам.

Классический миастенический криз имел место у 2 (6,5%) пациентов, смешанный – у 48 (93,5%).

В клинической картине преобладали дыхательные нарушения, дисфагия, дисфония, которые имели место у 100% пациентов с кризами. Птоз диагностирован у 17 (54,8%), глазодвигательные нарушения – у 15 (48,4%), слабость мимической мускулатуры – у 26 (83,9%), слабость мышц шеи – у 29 (93,5%), слабость в конечностях – у 30 (96,8%), туловищная слабость – у 16 (51,6%) человек. Перевод на ИВЛ потребовался в 67,7% (21 человек) случаев.

Пульс-терапия ГКС проведена 100% пациентов. В 70,9% (22 человека) случаев были применены экстракорпоральные методы лечения (плазмаферез), в 6,4% (2 человека) – внутривенное введение человеческого иммуноглобулина в дозе 400 мг на 1 кг массы тела ежедневно в течение 5 дней.

Провоцирующими факторами развития кризов явились: инфекции – у 16 (51,6%), оперативное вмешательство – у 5 (16,1%), самостоятельная отмена или снижение дозы лекарственных средств – у 5 (16,1%), прием лекарственных средств, противопоказанных при миастении, – у 3 (9,7%), беременность и роды – у 1 (3,2%), отказ применять ГКС для достижения компенсации – у 1 (3,2%) пациента.

Летальный исход наступил у 3 пациентов (9,6%).

Заключение. Наличие тяжелой сопутствующей патологии, низкая приверженность пациентов к лечению способствуют развитию кризов у пациентов с М. Назначение патогенетической терапии с проведением высокотехнологичных методов лечения позволит уменьшить частоту возникновения тяжелых проявлений М, в том числе кризовых состояний.

Контакты: elena-osos@mail.ru
