

Клинический опыт ведения кризов у больных миастениями в Красноярском крае

Научный руководитель – Исаева Наталья Викторовна

Гасымлы Э.Д.¹, Андон Ю.Н.¹

1 - Красноярский государственный медицинский университет имени профессора В.Ф. Войно-Ясенецкого, Красноярск, Россия

Миастения представляет собой наиболее распространенную нервно-мышечную патологию. Преимущественно страдают люди молодого возраста. Заболевание имеет прогрессирующий характер, неуклонно приводит к нарушению трудоспособности, снижению общего качества жизни больных, что обуславливает медицинскую и социальную значимость проблемы.

Реализация комплексного междисциплинарного подхода в лечении больных миастениями позволяет существенно снизить летальность, продлить жизнь пациентов и улучшить ее качество.

Наиболее грозным осложнением миастении является развитие кризов. Организация экстренной помощи больным с миастенией на территории Красноярского края включает отделения неврологии многопрофильных больниц (ПСО, межрайонные центры, районные больницы, а также краевую клиническую больницу (отделение для больных ОНМК РСЦ, ОАР №1).

Целью настоящего исследования является анализ опыта работы Краевой клинической больницы по ведению больных с декомпенсацией миастении.

Материалы и методы

Нами изучались случаи декомпенсации миастении с развитием угрожающих жизни состояний (кризы), поступившие в Краевую клиническую больницу. Проводился ретроспективный анализ каждого клинического случая. Полученные результаты подверглись статистическому анализу.

Результаты

Своевременно диагностировано и пролечено 35 пациента, 27 (77,1%) женщин и 8 (22,8%) мужчин. В возрасте до 40 лет - 19 (54,3%) пациентов, свыше 40 лет - 16 (45,7%) больных.

Наиболее значимым фактором риска при развитии дыхательных и глотательных нарушений стали острые вирусные инфекции - 15 (42,9%) человек, вторым по значимости фактором риска развития криза стала отмена или снижение дозы ГКС - 4 (11,4%) человека, прививки стали причиной ухудшения состояния у 2 (5,7%). Такую же долю имеет количество больных декомпенсацией миастении, у которых произошло на фоне психоэмоциональных переживаний - 2 (5,7%) человека. Криз как дебют миастении - 2 (5,7%) человека. Практически у трети пациентов точной причины не установлено - у 10 (28,6%) человек.

У всех пациентов миастения носила генерализованный характер.

На момент госпитализации продолжительность заболевания от нескольких месяцев до 2-х лет - у 12 (34,3%) человек, с 2 до 5 лет - 12 (34,3%), 5-10 лет - 11 (31,4%) человек. Данные показатели совпадают с общелитературными данными о частоте встречаемости миастении в дебюте заболевания. Преимущественное большинство пациентов принимали симптоматическую терапию антихолинэстеразными препаратами - 21 (60%) человек. Патогенетическую терапию глюкокортикостероидами (преднизолон, метипред) в сочетании с

симптоматической терапией получали 11 (31,4%) пациентов. Прогрессирующее течение заболевания на фоне двойной иммуно-супрессивной терапии (АХЭП + ГКС + цитостатики) имелось у 3 (8,6%).

Среди всех пациентов преобладали пациенты с мастеническим кризом - у 26 (74,3%) человек; четверть пациентов имели смешанный криз.

Учитывая особенности течения забродения, вариовали подходы к терапии криза. При оценке объемов оказываемой помощи нами выделены следующие особенности:

- Пульс-терапию с последующим переходом на пероральные формы ГКС 15 (42,8%) больных;
- Плазмообмен получили 6 (17,1%) человек, плазмообмен в сочетании с ГКС - 5 больных (14,3%);
- ГКС+плазмообмен + ВВИГ - 7 (20,0%) пациентов;
- ГКС+плазмообмен+ВВИГ+цитостатики - 2 (5,8%) пациента

В 65,7% случаев удавалось компенсировать состояние больных в сроки меньше 20 дней, лишь 34,3% сроки госпитализации составляло больше 20 дней. В стационаре погиб 1 человек - ввиду развития тромбоэмболии легочной артерии

Выводы

Анализ работы краевой клинической больницы позволил выделить ряд проблем, связанных с диагностикой и лечением миастении. А также выявить основные факторы риска способствующие ухудшению состояния.

Введение комплексного мультидисциплинарного подхода в лечении больных позволило значительно увеличить процент достижения ремиссии и стабилизации состояния, увеличить длительность и качество жизни больных миастенией, минимизировать летальность от кризов.