

УДК 616-009.17-073.7 (575.2) (04)

ДЕКРЕМЕНТ-ТЕСТ ПРИ ПРОГРЕДИЕНТНОМ ТЕЧЕНИИ МИАСТЕНИИ

А.М. Мурзалиев, Т.О. Мусабекова, Н.Ш. Усенова

Рассматриваются величины декремент-теста при прогрессирующей форме миастении, впервые диагностированной без ранее проводимого лечения в сравнении с пациентами с установленным диагнозом на фоне базисного лечения.

Ключевые слова: прогрессивная миастения; декремент-тест; впервые выявленная миастения.

Декремент-тест при прогрессивном течении миастении. Миастения – заболевание относительно редкое, хотя существует достаточно оснований считать, что оно наблюдается значительно чаще, чем считали ранее. Это связано с тем, что в последнее десятилетие намечается отчетливая тенденция к росту заболеваемости во всех возрастных группах. Распространенность миастении в настоящее время по данным А.Г. Санадзе (2003 г.) составляет 10–24 человек на 100 000 населения [1]. Болезнь поражает преимущественно лиц молодого возраста, существенно ограничивая их жизнедеятельность и нередко угрожая самой жизни. По данным ученых Всероссийского миастенического центра за последние 50 лет рост заболеваемости миастенией прогрессивно увеличился с 3,1 до 14,2–20,3 случаев на 100 000 населения [2]. Эта цифра может быть и выше, так как есть формы заболевания, которые протекают легко, и больные не обращаются к врачу. С другой стороны, многие врачи не диагностируют это заболевание в связи с его относительной редкостью и спецификой клинических симптомов, а также отсутствием “органической” неврологической симптоматики. Начало заболевания не зависит от возраста человека: это может быть и ребенок, и старый человек. В возрасте до 40 лет женщины болеют чаще мужчин в 3–4 раза. Основную группу риска составляют пациенты со злокачественным и прогрессивным течением болезни.

При прогрессивной форме течения дебют заболевания приходится на третье десятилетие жизни. Клиника болезни начинается с проявления глазодвигательных и бульбарных расстройств с генерализацией процесса в срок от 6 месяцев до одного года. Эта форма заболева-

ния возникает в основном после перенесенных инфекционных заболеваний, ОРВИ.

Злокачественная форма течения отмечается у молодых девушек в возрасте от 20 до 29 лет. Генерализация процесса и дыхательные расстройства происходят в различные сроки – от 2 недель до 2 месяцев – и наиболее часто сочетаются с тимомами [1].

Современные исследования в области изучения миастении, показали, что поставить или опровергнуть диагноз заболевания тяжелее всего в ситуации, когда выявляемые клинические признаки болезни недостаточны. Не обнаружив тот или иной симптом заболевания, врач, как правило, приходит к неправильному заключению, которое, в свою очередь, является причиной неадекватной терапии [1]. Согласно рекомендациям Всероссийского миастенического центра (2003 г.) для достоверной постановки диагноза необходимо наличие трех критериев из четырех. Среди клинических, иммунологических и фармакологических критериев выявление декремент-теста является одним из основных. Этот метод исследования является доступным и неинвазивным, что очень важно при быстрых сроках прогрессирования.

Декремент-тест – это электрофизиологический метод, с помощью которого оценивают состояние нервно-мышечной передачи. Тест основан на том, что в ответ на ритмическую стимуляцию нерва выявляется феномен снижения амплитуды М-ответа, ее декремента. Исследование позволяет определить тип нарушения нервно-мышечной передачи, оценить тяжесть поражения и его обратимость в процессе фармакологических тестов, а также эффективность лечения.

Декремент-тест проводится только в наиболее ослабленных мышцах, как правило,

в дельтовидной, круговой глаза, трехглавой и четырехглавой. Стимулируется регионарный нерв частотой тока в 3 Гц и измеряется процентное отношение падения амплитуды пятого мышечного ответа к первому в серии из пяти стимулов. Ритмическая стимуляция проводится в исходном состоянии сразу после физической нагрузки на исследуемую мышцу и через две минуты после нагрузки. Исследование необходимо проводить на фоне отмены антихолинэстеразных препаратов в течение 12–24 часов, в сомнительных случаях более продолжительное время. В типичных случаях выявляется декремент амплитуды М-ответа, превышающий 10 %, с феноменами постактивационного облегчения в виде увеличения амплитуды М-ответа и уменьшения ее декремента, а также посттетаническим истощением, проявляющимся в падении амплитуды и нарастании декремента. Большое значение для диагностики имеет обратимость электрофизиологических феноменов на фоне приема антихолинэстеразных препаратов: нарастание амплитуды М-ответа и уменьшение декремента. Декремент обычно соответствует степени снижения мышечной силы и наиболее выражен при мышечной силе, равной одному баллу и составляет 50–90 %. При мышечной силе, равной четырем баллам, величина декремента равна 15–20 %. При парезах умеренной степени, равной трем баллам, величина декремента равна 30–50 %. При несоответствии величин диагноз миастении ставится под сомнение [2, 3].

Цель исследования – сравнить величину декремент-теста у пациентов, с впервые выявленной прогрессивной формой миастении и у пациентов, которым был установлен диагноз ранее и была проведена патогенетическая терапия.

Задачами данного исследования являются:

1. Определение показателей декремент-теста у больных с прогрессивной миастенией, впервые диагностированной.

2. Сравнение величины декремент-теста у пациентов с впервые выявленной прогрессивной формой миастении и у пациентов, которым ранее был установлен диагноз ранее и проведена патогенетическая терапия.

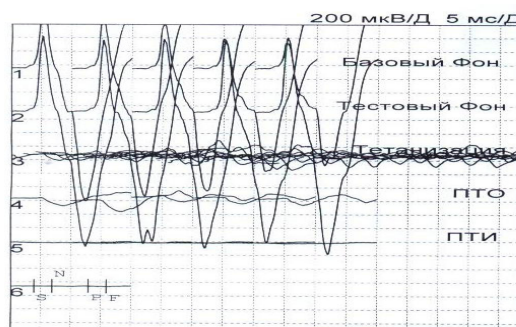
3. Определение соответствия величины декремент-теста и степени снижения мышечной силы по 5-балльной системе.

Материалы и методы. Обследованы 9 пациентов женского пола в возрасте от 19 до 37 лет, и один пациент мужского пола в возрасте 44 года с клиническим диагнозом “Миастения, генерализованная форма с нарушением глотания

и дыхания, прогрессивное течение”. Из этой группы четыре пациента поэтапную, базисную терапию не получали и находились на стадии обследования, пятеро были направлены на повторное исследование для уточнения динамики состояния. Исследование проводилось на электромиографе “Нейромиан” (г. Таганрог, Россия. Год выпуска 2009. Серия А-1879-02-РЭ).

Исследовался декремент-тест трехглавой и четырехглавой мышц в режиме стимуляции 3 Гц из серии в пять стимулов, с измерением в процентах отношения падения амплитуды пятого мышечного ответа к первому.

Результаты исследований. У всех впервые диагностированных пациентов с прогрессивной миастенией и не получавших антихолинэстеразные препараты ранее, декремент-тест был равен 30 %. При этом у данной категории больных, мышечная сила скелетной мускулатуры составила три балла. У группы пациентов с таким же диагнозом, получавших патогенетическую терапию ранее, величина декремент-теста соответствовала 13 %, причем у одного пациента с гормонозависимой формой декремент-тест составил 19 %. При исследовании на соответствие мышечной силы и декремент-теста у этой группы пациентов, результаты были пропорциональны (см. рисунок).



Электромиограмма больного с впервые выявленной прогрессивной миастенией

Выводы

1. У пациентов с впервые выявленной прогрессивной миастенией без проведения базисной терапии декремент-тест составил 30 %.

2. Величина декремент-теста у пациентов, которым ранее был установлен диагноз и проведена патогенетическая терапия, составила 13 %, что свидетельствует о недостаточной компенсации двигательного дефицита.

3. У больных с впервые диагностированной прогрессивной миастенией, величина декре-

мент-теста полностью соответствовала оценке мышечной силы и составила три балла.

Таким образом, в результате проведенных исследований выявлено, что величина декремент-теста у пациентов с впервые выявленной прогрессивной миастенией составляет 30 %. Выявлено также, что на фоне проводимой терапии, у пациентов с установленным диагнозом этой же формы, динамика электромиографической картины была незначительна и составляла 13 %. У всех 9 пациентов в исследованной группе величина декремента соответствовала величине мышечной силы.

В заключение необходимо подчеркнуть, что генерализация процесса при прогрессивной

миастении наступает уже в первые 6 месяцев и часто сочетается с тимоматами, что требует своевременного и качественного выполнения диагностического алгоритма в целях снижения частоты осложнений и инвалидизации пациентов.

Литература

1. *Гехт Б.М., Санадзе А.Г.* Миастения: диагностика и лечение // Неврологический журнал. 2003. Т. 8. Приложение 1. С. 8–12.
2. *Кузин М.И., Гехт Б.М.* Миастения. М., 1996. С. 120–121.
3. *Септ Е.К., Ланцова В.Б.* Клиника, диагностика и лечение миастении. М., 2008. С. 22–24.