

Клінічний випадок коморбідності міастенії та паркінсонізму

Автор – лікар-інтерн М.С. Марчук

Науковий керівник – д.мед.н., проф. О.А. Мяловицька

Кафедра неврології

Національний медичний університет ім. О.О. Богомольця, м. Київ, Україна

Київська міська клінічна лікарня №4 м. Києва

Завідувач кафедри - д.мед.н., проф. Л.І. Соколова

Мета: Визначення оптимальної тактики лікаря у разі діагностики та терапії пацієнтів з коморбідністю міастенії та ідіопатичного паркінсонізму.

Методи: Розгляд медичної документації, об'єктивне обстеження та клінічний розбір хворої.

Результати: Хвора Р., 1976 р.н., жителька Донецької області, м. Костянтинівки, 23.05.2018 була госпіталізована в лікувально-діагностичний центр м. Краматорська зі скаргами на нечіткість зору, утруднене ковтання, тремор верхніх кінцівок, неможливість пересуватися без сторонньої допомоги через слабкість нижніх кінцівок, швидку втомлюваність. Неврологічний статус: В свідомості. Очні щілини D>S, двобічна слабкість конвергенції. Асиметрія носогубних складок. Язик при висовуванні по середній лінії. Знижений глотковий та піднебінний рефлекс. Підвищення тону м'язів за пластичним типом, брадикінезія, дрібноамплітудний тремор спокою. Сухожилкові та періостальні рефлекс з кінцівок D=S, підвищені. Хиткість в позі Ромберга. Встановлений діагноз: синдром паркінсонізму та астено-неворотичний синдром. Призначені препарати включали пірибедил, амантадину гідрохлорид, сульпирид, мебікар, на фоні яких наростала слабкість та порушення ковтання, що не вкладалося в клінічну картину паркінсонізму. Цей факт спонукав провести фармакологічну пробу з прозеріном, нейровізуалізацію та електронейроміографічне (ЕНМГ) обстеження.

Результати: За результатами обстежень: прозеринова проба позитивна; магнітно-резонансних ознак вогнищевої патології головного мозку не виявлено; комп'ютерно-томографічні ознаки гіперплазії тимусу; ЕНМГ ознаки зниження надійності нервово-м'язової провідності в колових м'язах очей, характерне для міастенії; антитіла до ацетилхолінових рецепторів — 0,19 (N<0,4 нмоль/л), на підставі чого встановлено діагноз: Міастенія (на фоні тимоми), клас 2A за Міжнародною школою Американського фонду міастенії (Myasthenia Gravis Foundation of America — MGFA), серонегативна форма. Ідіопатичний паркінсонізм, брадикінетико-ригідно-тремтяча форма, II стадія за шкалою Хена-Яра. Після призначення пірибедилу, піридостигміну, метилпреднізолону було досягнуто регресу м'язової слабкості та паркінсонічних проявів.

Висновки: Акцентування уваги лікаря на клінічних проявах коморбідної патології, яка не завжди співвідноситься з типовою клінічною картиною, спонукає використовувати методи специфічної діагностики та дозволяє встановити обґрунтований діагноз, а відтак обирати оптимальну ефективну терапевтичну тактику. Наявність коморбідності міастенії та паркінсонізму обумовлює необхідність детального аналізу компонентів медикаментозної терапії з метою уникнення ятрогенії.