

Романова Т.В., Якунина А.В.

ГБОУ ВПО «Самарский государственный медицинский университет» Минздрава России,
Самара, Россия
443099, Самара, ул. Чапаевская, 89

Случай успешного лечения эпилепсии и миастении у молодой пациентки

Эпилепсия относится к заболеваниям, при которых отмечается высокий уровень коморбидности с другой патологией. Сложности ведения пациентов с наличием двух хронических болезней, требующих постоянного лечения, связаны с возможным влиянием терапии одного заболевания на течение другого, ухудшением общего прогноза и качества жизни больных. Данное клиническое наблюдение демонстрирует сочетание двух самостоятельных неврологических заболеваний — эпилепсии и миастении. Лечение обоих заболеваний в данном случае оказалось успешным. Проводимое по поводу одного заболевания лечение не усугубило течение другого. В результате проведенной терапии удалось добиться полной ремиссии в отношении как эпилепсии, так и миастении.

Ключевые слова: эпилепсия; миастения; коморбидность; лечение.

Контакты: Татьяна Валентиновна Романова; tvrom63@mail.ru

Для ссылки: Романова ТВ, Якунина АВ. Случай успешного лечения эпилепсии и миастении у молодой пациентки. *Неврология, нейропсихиатрия, психосоматика*. 2016;(спецвыпуск 1):66–68.

A case of successful treatment for epilepsy and myasthenia in a young female patient

Romanova T.V., Yakunina A.V.

Samara State Medical University, Ministry of Health of Russia, Samara, Russia

89, Chapaevskaya St., Samara 443099

Epilepsy belongs to the diseases that show the high rate of comorbidity with another abnormality. The complexities of management of patients with two chronic diseases who need continuous treatment are related to the possible impact of therapy for one disease on the course of the other, to worse overall prognosis, and to poorer quality of life in the patients. This clinical case demonstrates the concurrence of the two independent neurological diseases — epilepsy and myasthenia. The treatment of both diseases in this case has proven successful. The treatment performed for one disease has failed to aggravate the course of the other. The performed therapy could achieve a complete remission in both epilepsy and myasthenia.

Keywords: epilepsy; myasthenia; comorbidity; treatment.

Contact: Tatiana Valentinovna Romanova; tvrom63@mail.ru

For reference: Romanova TV, Yakunina AV. A case of successful treatment for epilepsy and myasthenia in a young female patient. *Neurologiya, neiropsikhiatriya, psikhosomatika = Neurology, neuropsychiatry, psychosomatics*. 2016; (Special Issue 1):66–68.

DOI: <http://dx.doi.org/10.14412/2074-2711-2016-1S-66-68>

Эпилепсия относится к заболеваниям, при которых отмечается высокий уровень коморбидности с другой патологией [1–4]. Результаты исследований показывают, что пациенты с эпилепсией в 2–5 раз чаще страдают мигренью, сахарным диабетом, переломами костей, цереброваскулярными и кардиоваскулярными заболеваниями, язвой желудка, желудочно-кишечными кровотечениями, болезнями легких, синдромом хронической усталости, депрессией, тревогой, расстройствами личности, прогрессирующими когнитивными расстройствами [2, 4]. Кроме того, клиническая ситуация может быть осложнена тем, что у пациента с эпилепсией могут возникнуть другие заболевания по принципу случайного совпадения. Эпилепсия, будучи достаточно распространенной патологией, может сочетаться и с редкими трудно курабельными заболеваниями, такими как миастения, боковой амиотрофический склероз и др. Непредвиденность данного обстоя-

тельства может создать дополнительные трудности в диагностике и тактике лечения. В нашем наблюдении эпилепсия сочеталась с генерализованной миастенией.

Миастения — это хроническое аутоиммунное заболевание, при котором поражаются нервно-мышечные синапсы [5]. В результате нарушения нервно-мышечной передачи у пациентов развиваются слабость и патологическая утомляемость поперечно-полосатых мышц. По мере прогрессирования болезни в патологический процесс вовлекается все больше мышечных групп, возникают не только затруднения общей двигательной активности, но и трудности глотания и жевания пищи, расстройства речи, дыхательные нарушения. Заболевание поражает лиц всех возрастных групп, часто встречается в молодом возрасте, носит прогрессирующий характер, может приводить к нарушению трудоспособности и способности к самообслуживанию [5, 6]. Миастения относится к редким заболеваниям, распространенность ко-

леблется от 14 до 24 случаев на 100 тыс. населения [7]. Тем не менее в последние годы во всем мире отмечается рост числа больных миастенией, что может быть связано с общим нарастанием аутоиммунной патологии, увеличением длительности жизни больных миастенией и улучшением диагностики данного заболевания [7, 8].

Наличие у пациентов миастении не исключает возможности развития у них и других сопутствующих заболеваний. Коморбидность миастении с другими аутоиммунными заболеваниями составляет 10–18% и чаще встречается у женщин с серопозитивной миастенией [5, 9, 10]. Сочетание миастении и эпилепсии описано в единичных исследованиях. В монографии Р.П. Лайсека и Р.Л. Барчи (1984) приводятся данные о двух больших выборках, где сочетание миастении и эпилепсии составило 2,3 и 3,5% [5]. В Самарском областном миастеническом центре наблюдаются три пациентки с сочетанием эпилепсии и миастении, что составляет 0,9% всех больных миастенией, состоящих на учете. Во всех трех случаях развитие эпилепсии предшествовало развитию миастении. С учетом того факта, что в популяции в целом эпилепсия развивается у 1% населения, такое сочетание можно считать случайным.

Сложности ведения пациентов с наличием двух хронических заболеваний, требующих постоянного лечения, связаны с возможным влиянием терапии одного заболевания на течение другого, ухудшением общего прогноза и качества жизни больных. Практикующие врачи испытывают сложности в диагностике, подборе терапии, оценке эффективности лечения при развитии второго, особенно редкого, заболевания на фоне уже существующей патологии.

Приводим случай успешного лечения эпилепсии и миастении у молодой женщины.

Пациентка К., 1981 года рождения. С июля 2006 г. наблюдается в Самарском противосудорожном центре по поводу криптогенной фокальной (височной) эпилепсии. Больна с 19 лет (2000 г.), когда впервые стали возникать вегетативно-висцеральные приступы в виде «накатывания» ощущения тошноты вне связи с приемом пищи, затем присоединились приступы с подобным началом и отключением сознания в течение 1–1,5 мин с постприступной спутанностью сознания. К неврологу пациентка обратилась в 2002 г., когда через 6 мес от начала заболевания у нее впервые в жизни развился вторично-генерализованный тонико-клонический судорожный приступ. Пациентке были проведены компьютерная томография (КТ) головного мозга (органической патологии не выявлено) и электроэнцефалография (ЭЭГ; выявлен фокус эпилептиформной активности в правой теменно-затылочно-височной области). Был поставлен диагноз височной эпилепсии и назначен финлепсин. На фоне приема низких доз финлепсина (200–300 мг/сут) у пациентки повторилось еще два вторично-генерализованных приступа, с более редкой частотой возникали и вегетативно-висцеральные припадки с переходом в сложные фокальные приступы. После увеличения дозы финлепсина до 600 мг/сут все виды приступов полностью были купированы.

К эпилептологу пациентка впервые обратилась, находясь уже в течение 4 лет в состоянии медикаментозной ремиссии эпилептических приступов. При проведении магнитно-резонансной томографии (МРТ) головного мозга органической патологии не выявлено. На ЭЭГ головного мозга сохранялась эпилептиформная активность в правой височной области в виде единичных острых волн. Пациентке было рекомендовано

продолжить прием финлепсина-ретард в прежней дозировке 600 мг/сут с последующим ЭЭГ-контролем через 6–8 мес. К эпилептологу с тех пор активно не обращается в связи с отсутствием приступов.

В Самарском областном миастеническом центре больная наблюдается с марта 2010 г. с диагнозом «миастения, генерализованная форма с бульбарными нарушениями». Первые симптомы миастении возникли осенью 2009 г., когда появились слабость и утомляемость в мышцах рук и ног. В дальнейшем присоединился флюктуирующий птоз левого верхнего века, а также дисфония и дизартрия после речевой нагрузки (работа женщины связана с голосовой нагрузкой). На момент осмотра в Самарском областном миастеническом центре тяжесть проявлений миастении по шкале MGFA достигала степени 3В (средняя степень тяжести с бульбарными нарушениями). Прозериновая проба была положительной.

Исследование нервно-мышечной передачи (декремент-тест) проведено 22.03.2010. Заключение: выявлено нарушение нервно-мышечной передачи миастенического типа с проксимальных и дистальных мышц рук в виде наличия декремента М-ответа до 50% по амплитуде и до 66% по площади, с наличием феноменов посттетанического облегчения и истощения. После введения прозерина степень декремента уменьшилась до 18% по амплитуде и 23% по площади.

КТ средостения выполнена 21.05.2010. Заключение: признаки тимомы малых размеров.

Исследование антител к ацетилхолиновым рецепторам иммуноферментным методом 21.10.2010: 24,55 нмоль/л (норма — до 0,45 нмоль/л).

Был назначен калимин в дозе 180 мг/сут с хорошим положительным эффектом, но без полной компенсации симптомов. В мае 2010 г. начат курс иммуносупрессивной терапии метилпреднизолоном в дозе 0,8 мг/кг с постепенным снижением в течение 6 мес. На фоне терапии метилпреднизолоном состояние улучшилось до степени 2А по шкале MGFA (легкая степень без бульбарных нарушений). Потребность в калимине уменьшилась до 90 мг/сут.

14.12.2010 в торакальном отделении Самарской областной клинической больницы им. М.И. Калинина была проведена видеоторакоскопическая тимэктомия. Гистология: лимфоидная гиперплазия вилочковой железы. В предоперационном периоде пациентка была проконсультирована эпилептологом: эпилептические приступы не повторялись с 2002 г., пациентка самостоятельно снизила дозу финлепсина-ретард до 400 мг/сут.

После операции состояние постепенно улучшалось. Иммуносупрессивную терапию не получала. Калимин продолжала принимать около двух лет после операции в постепенно уменьшающейся дозе. Эффект операции можно охарактеризовать как существенное улучшение через 1 год после операции и как полную безмедикаментозную ремиссию через 3 года после операции.

Проведено повторное исследование уровня антител к ацетилхолиновым рецепторам 12.11.2011 (1 год после операции): 20,20 нмоль/л.

В настоящее время женщина чувствует себя практически здоровой, успешно продолжает профессиональную деятельность, планирует беременность и роды. В течение последних 2 лет продолжала самостоятельно снижать дозу финлепсина, к моменту написания статьи не принимает противоэпилептический препарат свыше 2 мес.

Данное клиническое наблюдение демонстрирует сочетание двух самостоятельных неврологических заболеваний — эпилепсии и миастении. Течение обоих заболеваний у женщины можно назвать благоприятным, взаимно неотягощенным. На фоне приема невысоких доз карбамазепина (финлепсин-ретард) у пациентки достаточно быстро была достигнута стой-

кая многолетняя (12 лет) медикаментозная ремиссия эпилептических приступов. К сожалению, не представилось возможным судить о полноте ремиссии в связи с нежеланием женщины проходить пролонгированное ЭЭГ-обследование. Ни дебютировавшая миастения, ни проводимое по поводу миастении лечение не усугубили течения эпилепсии.

ЛИТЕРАТУРА

1. Меликян ЭГ, Гехт АБ. Влияние коморбидных расстройств на качество жизни больных эпилепсией. Журнал неврологии и психиатрии им. С.С. Корсакова. 2011;(1):91-7 [Melikyan EG, Guecht AB. Effect of comorbidity on quality of life of patients with epilepsy. *Zhurnal nevrologii i psikhiatrii im. S.S. Korsakov = S.S. Korsakov Journal of Neurology and Psychiatry*. 2011;(1):91-7 (In Russ.)].
2. Elliott JO, Lu B, Shneker B, et al. Comorbidity, health screening, and quality of life among persons with a history of epilepsy. *Epilepsy Behav*. 2009;14(1):125-9. doi: 10.1016/j.yebeh.2008.10.013
3. Gaitatzis A, Carroll K, Majeed A, et al. The epidemiology of the comorbidity of epilepsy in the general population. *Epilepsia*. 2004;45(12):1613-22. doi: 10.1111/j.0013-9580.2004.17504.x
4. Strine TW, Kobau R, Chapman DR, et al. Psychological distress, comorbidities, and health behaviors among US adults with seizures. *Epilepsia*. 2005;46(7):1133-9. doi: 10.1111/j.1528-1167.2005.01605.x
5. Лайсек РП, Барчи РЛ. Миастения. Москва: Медицина; 1984. 272 с. [Laysek RP, Burch RL. *Miasteniya* [Myasthenia gravis]. Moscow: Medicine; 1984. 272 p].
6. Санадзе АГ. Миастения и миастенические синдромы. Москва: Литтерра; 2012. 255 с. [Sanadze AG. *Miasteniya i miastenicheskie sindromy* [Myasthenia gravis and myasthenic syndromes]. Moscow: Litterra; 2012. 255 p].
7. Carr AS, Cardwell CR, McCarron PO, et al. A systematic review of population based epidemiological studies in Myasthenia Gravis. *BMC Neurol*. 2010;10:46. doi: n 10.1186/1471-2377-10-46
8. Повереннова ИЕ, Романова ТВ. Организация помощи больным миастенией в условиях регионального центра. Аллергология и иммунология. 2012;13(1):87-8 [Poverennova IE, Romanova TV. Organization of care for patients with myasthenia gravis in a regional center. *Allergologiya i immunologiya = Allergology and Immunology*. 2012;13(1):87-8 (In Russ.)].
9. Kaminski HJ. Myasthenia gravis and related disorders. Springer Verlag; 2008. 310 p.
10. Mao ZF, Yang LX, Mo XA, et al. Frequency of autoimmune diseases in myasthenia gravis: a systematic review. *Int J Neurosci*. 2011;121(3):121-9. doi: 10.3109/00207454.2010.539307

Исследование не имело спонсорской поддержки. Авторы несут полную ответственность за предоставление окончательной версии рукописи в печать. Все авторы принимали участие в разработке концепции статьи и написании рукописи. Окончательная версия рукописи была одобрена всеми авторами.