

О. Е. Тимошенко

Учреждение образования

«Гомельский государственный медицинский университет»

г. Гомель, Республика Беларусь

ПОДБОР АНТИГИПЕРТЕНЗИВНОЙ ТЕРАПИИ У ПАЦИЕНТА С ГЛАЗНОЙ ФОРМОЙ МИАСТЕНИИ (СЛУЧАЙ ИЗ КЛИНИЧЕСКОЙ ПРАКТИКИ)

Введение

Сложность подбора антигипертензивной терапии у пациентов обусловлена как самим течением заболевания, так и сопутствующей патологией. Имеющиеся у пациента заболевания ограничивают применение ряда лекарственных средств, используемых для лечения артериальной гипертензии.

Миастения – это заболевание аутоиммунного характера, при котором поражается передача нервного импульса в периферической части нервно-мышечного аппарата. В связи с этим появляются быстрая мышечная утомляемость и слабость скелетной мускулатуры [1].

Глазная форма миастении – форма, при которой повреждаются черепно-мозговые нервы. Характерны птоз (опущение века), диплопия (двоение картинки перед глазами), проблемы с открытием глаз и зажмуриванием.

Данная форма характеризуется чаще всего поражением только наружных мышц глаза. Она встречается у 15% пациентов.

Миастения развивается в результате аутоиммунной атаки на постсинаптические ацетилхолиновые рецепторы, вследствие чего нарушается нервно-мышечная передача. Причина образования аутоантител неизвестна, но заболевание связывают с патологией тимуса, аутоиммунным тиреоидитом и другими аутоиммунными нарушениями.

У большинства пациентов с миастенией гравис вырабатываются антитела к рецепторам ацетилхолина; эти антитела связываются с рецепторами на постсинаптической мембране в нервно-мышечном синапсе и прерывают нервно-мышечную передачу.

Провоцирующими факторами являются: перенесенная инфекция, хирургическое лечение, прием некоторых лекарственных средств, таких как аминогликозиды, хинин, сульфат магния, прокаинамид, блокаторы кальциевых каналов, ингибиторы иммунных контрольных точек [2].

У пациентов с миастенией в зависимости от ее формы имеется ряд ограничений по применению некоторых лекарственных средств.

Пациентам с тяжелой формой миастении рекомендовано избегать приема бета-блокаторов, особенно атенолола, пропранолола, карведилола, бло-

каторов кальциевых каналов, особенно верапамила, диуретиков, петлевых, тиазидных, тиазидоподобных. У пациентов с легкими формами миастении назначение данных групп препаратов не противопоказано, однако может привести к усилению симптомов заболевания. Применение препаратов, содержащих магний, запрещено [3].

Случай из клинической практики

Пациент М., 74 года, состоит на диспансерном учете у невролога с 2018 г. по поводу глазной формы миастении, принимает пиридостигмина бромид в дозировке 100 мг ½ таблетки 4 раза в день. Страдает артериальной гипертензией длительно, более 10 лет, установлен диагноз: «Артериальная гипертензия 2 риск 3, Н0». По поводу данного заболевания принимал рамиприл в дозировке 5 мг 2 раза в сутки. С 25 лет у пациента отмечается снижение частоты сердечных сокращений, в последние 5–7 лет она составляет 45–50 уд./мин, по данным холтеровского мониторирования и последующей консультации аритмолога проведение имплантации ИВР не показано. Также наблюдается урологом по поводу доброкачественной гиперплазии предстательной железы, лекарственных средств по данному заболеванию не принимает.

На момент осмотра отмечает редкие эпизоды птоза правого века в вечернее время, не чаще 2 раз в месяц, как правило – после сверхобычной физической нагрузки, либо после плохого сна в предшествующую эпизоду ночь. Обратился к терапевту 08.04.2024 в связи с повышением артериального давления до цифр систолического артериального давления 160–170 и диастолического 90–100 мм рт.ст., подъем артериального давления сопровождается головной болью, общей слабостью, также отмечает трудности при мочеиспускании, необходимость сделать усилие для начала мочеиспускания.

Объективно: состояние удовлетворительное. Кожные покровы и видимые слизистые бледно-розовые чистые, в легких дыхание ослабленное везикулярное, хрипов нет, частота дыхания 17 в минуту. Тоны сердца приглушены ритмичны, ЧСС 43 уд./мин. АД на правой руке 150/90 мм рт.ст., на левой руке 145/90 мм.рт.ст. Границы сердца не расширены. Живот при пальпации мягкий, безболезненный, печень по краю реберной дуги. Симптом Пастернацкого отрицательный с обеих сторон, мочеиспускание затруднено, отмечает удлинение процесса мочеиспускания, стул 1 раз в сутки оформленный, без патологических примесей. Отеков нет.

Проведены обследования: общий анализ крови от 10.04.2024 – эритроциты – $4,3 \times 10^{12}/л$, гемоглобин – 143 г/л, тромбоциты – $184 \times 10^9/л$, лейкоциты – $4,96 \times 10^9/л$, эозинофилы – 4%, лимфоциты – 27%, моноциты – 11%, нейтрофилы – 55% СОЭ – 4 мм рт.ст. *Общий анализ мочи* от 10.04.2024 – цвет: соломенно-желтая, относительная плотность – 1006, ре-

акция – кислая, прозрачная, сахар – отрицательно, белок не выявлен, эпителий плоский – 2–3 в поле зрения, лейкоциты 2–3 в поле зрения, эритроциты – 0–1 в поле зрения. *Биохимический анализ крови* от 10.04.2023 – общий белок – 66 г/л, мочевины – 5,6 ммоль/л, креатинин – 105 мкмоль/л, мочевая кислота – 280 мкмоль/л, холестерин – 5,9 ммоль/л, ХС ЛПНП – 4,53 ммоль/л, ХС ЛПВП – 1,0 ммоль/л, к/а – 4,9, триглицериды – 2,1 ммоль/л, билирубин – 6,6 мкмоль/л, глюкоза – 5,9 ммоль/л, АСТ – 37 Ед/л, Алт – Ед/л, кальций – 2,44 ммоль/л, натрий 141 – ммоль/л, калий – 4,2 ммоль/л, хлор – 109 ммоль/л. *ЭКГ* от 10.04.2024 – ритм синусовый, ЧСС – 47 уд./мин, нормальное положение ЭОС. *Заключение:* синусовая брадикардия. *Флюорография* от 24.06.2023 – возрастные изменения. Рекомендовано: диета, модификация образа жизни, прием рамиприла 5 мг 2 раза в день, нифедипин 30 в обед, розувастатин 10 мг вечером, консультация уролога, повторный осмотр через 2 нед.

Пациент обратился 15.04.2024. Отмечает опущение правого века, двоение в глазах на фоне приема нифедипина 30 мг в течение 3–4 дней, в связи с чем самостоятельно прекратил прием данного лекарственного средства.

Объективно: состояние удовлетворительное. Определяется птоз правого века. Кожные покровы и видимые слизистые бледно-розовые, чистые, в легких дыхание ослабленное везикулярное, хрипов нет, частота дыхания 17 в минуту. Тоны сердца приглушены, ритмичны, ЧСС 43 уд./мин. АД на правой руке 150/90 мм рт.ст., на левой руке 145/90 мм рт.ст. Границы сердца не расширены. Живот при пальпации мягкий безболезненный, печень по краю реберной дуги. Симптом Пастернацкого отрицательный с обеих сторон, мочеиспускание затруднено, отмечает удлинения процесса мочеиспускания, стул 1 раз в сутки оформленный, без патологических примесей. Отеков нет.

Проведена коррекция лечения. Рекомендовано: рамиприл 5 мг 2 раза в день, индапамид 2,5 мг утром, розувастатин 10 мг 1 раз в день вечером.

Консультация уролога 19.04.2024. Выставлен диагноз: «Доброкачественная гиперплазия предстательной железы». Рекомендован прием силодозина 8 мг 1 раз в день.

Пациент обратился 20.04.2024 с жалобами на опущение века, усиление двоения в глазах, повышение артериального давления до 160/90 мм рт.ст., ЧСС 50 уд./мин. Рекомендовано прекратить прием индапамида, назначен спиронолактон 25 мг утром, под контролем электролитов крови (калий).

Повторный прием 08.05.2024. На фоне назначенной терапии цифры АД до 140/90 мм рт.ст., отмечает возникновение эпизодов двоения в глазах, птоза после сверхобычной физической нагрузки. Биохимический анализ крови от 08.05.2024: калий – 4,8 ммоль/л.

Повторный осмотр через 3 мес., 11.08.2024. Жалоб на момент осмотра не предъявляет.

Объективно: состояние удовлетворительное. Кожные покровы и видимые слизистые бледно-розовые, чистые, в легких дыхание ослабленное везикулярное, хрипов нет, частота дыхания – 18 в минуту. Тоны сердца приглушены ритмичны, ЧСС 48 уд./мин. АД на правой руке 125/80 мм рт.ст., на левой руке 120/75 мм рт.ст. Границы сердца не расширены. Живот при пальпации мягкий безболезненный, печень по краю реберной дуги. Симптом Пастернацкого отрицательный с обеих сторон, мочеиспускание свободное, безболезненное, стул 1 раз в сутки оформленный, без патологических примесей. Отеков нет.

Выводы

В данном клиническом случае описана отрицательная динамика течения глазной формы миастении на фоне приема блокатора кальциевых каналов, тиазидоподобных диуретиков. Назначение данных препаратов пациентам с миастенией не противопоказано, но в ряде случаев приводит к отрицательной динамике течения основного заболевания. Пациенту не рекомендовался прием бета-блокаторов ввиду наличия синусовой брадикардии, а также возможного ухудшения течения миастении. В данном случае ввиду доброкачественной гиперплазии предстательной железы рекомендован антагонист $\alpha 1A$ -адренорецепторов, данный препарат обладает селективным действием, однако побочным эффектом в ряде случаев бывает снижение артериального давления, с чем, предположительно, и связан успех стабилизации цифр артериального давления. Следует отметить, что снижения частоты сердечных сокращений у данного пациента на фоне приема данного лекарственного средства не отмечалось.

СПИСОК ИСПОЛЬЗОВАННОЙ ЛИТЕРАТУРЫ

1. *Тарловская, Е. И.* Коморбидность и полиморбидность – современная трактовка и насущные задачи, стоящие перед терапевтическим сообществом / Е. И. Тарловская // Кардиология. – 2018. – Т. 58, № 9. – С. 29–38.
2. *Санадзе, А. Г.* Миастения и миастенические синдромы : руководство / А. Г. Санадзе. – М. : ГЭОТАР-Медиа, 2019. – 256 с.
3. *Лобзин, С. В.* Миастения: диагностика и лечение / С. В. Лобзин ; под ред. С. В. Лобзина. – СПб. : СпецЛит, 2015. – 160 с.