

Оригинальная статья
<https://doi.org/10.22448/AMJ.2025.2.56-60>
EDN: <https://elibrary.ru/NLHYQH>

Интенсивная терапия у пациента миастенией в сочетании с эндемическим зобом (клиническое наблюдение)

Сергей Васильевич Ходус, Ирина Владимировна Барабаш,
Анатолий Александрович Стукалов, Анатолий Павлович Ельчин

Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования «Амурская государственная медицинская академия» Министерства здравоохранения Российской Федерации, Благовещенск, Российская Федерация

АННОТАЦИЯ

В статье представлены современные данные по эпидемиологии, патогенезу, диагностике и интенсивной терапии миастении, а также описано клиническое наблюдение пациентки миастенией в сочетании с эндемическим зобом. Особое внимание уделено роли плазмафереза, внутривенного применения иммуноглобулина и кортикостероидов в лечении острого состояния.

Ключевые слова: миастения; миастенический криз; аутоиммунные заболевания; иммуноглобулин; кортикостероиды

Финансирование. Исследование не имело спонсорской поддержки.

Конфликт интересов. Авторы заявляют об отсутствии конфликта интересов.

Для цитирования: Ходус С.В., Барабаш И.В., Стукалов А.А., Ельчин А.П. Интенсивная терапия у пациента миастенией в сочетании с эндемическим зобом (клиническое наблюдение) // Амурский медицинский журнал. 2025. Т. 13, № 2. С. 56–60.

DOI: <https://doi.org/10.22448/AMJ.2025.2.56-60>

EDN: <https://elibrary.ru/NLHYQH>

Статья поступила: 16.09.2025. Принята к публикации: 24.11.2025.

Original Study Article
<https://doi.org/10.22448/AMJ.2025.2.56-60>
EDN: <https://elibrary.ru/NLHYQH>

Intensive Care Management of Myasthenia Gravis Complicated by Endemic Goiter (A Clinical Case)

Sergey V. Khodus, Irina V. Barabash, Anatoly A. Stukalov, Anatoly P. Yelchin

Amur State Medical Academy of the Ministry of Healthcare of the Russian Federation, Blagoveshchensk, Russian Federation

ABSTRACT

This article presents up-to-date information on the epidemiology, pathogenesis, diagnosis, and intensive care management of myasthenia gravis, along with a clinical case of a female patient with myasthenia gravis coexisting with endemic goiter. Particular emphasis is placed on the therapeutic roles of plasmapheresis, intravenous immunoglobulin, and corticosteroids in the treatment of acute myasthenic exacerbations.

Keywords: myasthenia gravis; myasthenic crisis; autoimmune disorders; immunoglobulin; corticosteroids

Funding. The study was not sponsored.

Conflict of interest. The authors declare no conflicts of interest.

For citation: Khodus S.V., Barabash I.V., Stukalov A.A., Yelchin A.P. Intensive Care Management of Myasthenia Gravis Complicated by Endemic Goiter (A Clinical Case). *Amur Medical Journal*. 2025; 13 (2): 56–60.

DOI: <https://doi.org/10.22448/AMJ.2025.2.56-60>

EDN: <https://elibrary.ru/NLHYQH>

Article received: 16.09.2025. Article accepted: 24.11.2025.

ВВЕДЕНИЕ

Миастения (*myasthenia gravis*, болезнь Эрба–Гольдфлама) – хроническое аутоиммунное заболевание нервно-мышечной системы, при котором происходит нарушение передачи нервных импульсов в синапсах вследствие аутоиммунного поражения ацетилхолиновых рецепторов [1, 2]. Это приводит к характерной мышечной слабости и быстрой утомляемости. Заболевание считается редким, однако в последние годы отмечается рост заболеваемости, связанный с улучшением диагностики и увеличением продолжительности жизни пациентов.

Тяжелой степенью миастении считается миастенический криз, сопряженный с выраженными дыхательными и бульбарными нарушениями, требующими мероприятий интенсивной терапии и дыхательной реанимации¹.

Распространенность миастении в мире составляет от 5 до 30 случаев на 100 тыс. населения, при этом ежегодно регистрируется 0,3–2,8 новых случаев на 100 тыс. человек [3, 4]. У женщин заболевание чаще развивается в возрасте 20–40 лет, тогда как у мужчин пик заболеваемости приходится на период после 50 лет [4–6]. Примерно в 85–90% случаев выявляется серопозитивная форма с антителами к ацетилхолиновым рецепторам или мышечно-специфической тирозинкиназе.

Особенностью миастении является ее частая ассоциация с патологией тимуса – у 10–15% пациентов обнаруживается тимома, а у 65% – гиперплазия вилочковой железы [1, 2]. Не менее важной становится связь с заболеваниями щитовидной железы, которая наблюдается у значительной части больных. Диффузный токсический зоб встречается у 5–10% пациентов с миастенией, гипотиреоз – у 3–8%, а аутоиммунный тиреоидит – у 5–15%. Узловые образования щитовидной железы различного генеза диагностируют у 10–20% больных [7, 8]. Наличие сопутствующей патологии щитовидной железы существенно влияет на течение миастении [9].

Гипертиреоз, характерный для **болезни Грейвса** (Базедова болезнь, токсический зоб – наследственное аутоиммунное заболевание, которое может развиваться в любом возрасте и может усиливать мышечную слабость, снижать эффективность терапии) [4, 7], нередко маски-

рует симптомы миастении, затрудняя диагностику [6]. Сочетание с аутоиммунными тиреопатиями часто приводит к более тяжелому течению заболевания. В связи с этим всем пациентам с миастенией рекомендуется проведение комплексного обследования щитовидной железы, включая определение уровня тиреоидных гормонов, ультразвуковое исследование и при необходимости сцинтиграфию. Особого внимания требуют пациенты с уже диагностированными заболеваниями щитовидной железы, у которых риск развития миастении значительно повышен.

ОПИСАНИЕ КЛИНИЧЕСКОГО НАБЛЮДЕНИЯ

Проведен ретроспективный анализ истории болезни *пациентки Ш.*, 39 лет, находившийся на лечении в ГАУЗ АО «Амурская областная клиническая больница» (АОКБ) с 26.10.2024 по 08.11.2024.

Пациентка поступила 26.10.2024 в 00:03 часов в приемно-диагностическое отделение (ПДО) АОКБ с жалобами на отсутствие голоса, периодичное повышение температуры до 37,2 °С и слабость.

Анамнез заболевания: болеет с 2003 г. В сентябре 2004 г. поставлен диагноз: миастения, назначена адаптивная химио-эндокринная профилактика. С конца 2004 г. начата терапия глюкокортикостероидами (ГКС). В марте 2006 г. в Московской медицинской академии им. И.М. Сеченова проведена тимэктомия. Диагноз: миастения подтвержден 01.06.2010, когда выявлено повышение концентрации антител к ацетилхолиновым рецепторам. Несколько раз проводилось внутривенное введение иммуноглобулина. В связи с наличием побочных эффектов терапии ГКС (остеопороз и катаракта) с лета 2010 г. к терапии добавлен иммунодепрессант «Азатиоприн», в последствии отмененный в апреле 2012 г., и начато постепенное снижение дозы ГКС.

Ухудшение состояния 24.10.2024, когда отметила бульбарные нарушения, общую мышечную слабость, за помощью не обращалась.

25.10.2024 симптомы прогрессировали, ближе к вечеру вызвала бригаду скорой медицинской помощи, была оказана терапия в объеме внутривенного введения атропина с прозерином и доставлена в ПДО АОКБ.

Сопутствующий фон: диффузный узловой зоб, терапию не получала. Состояние эутериоза, в связи с чем оперативное лечение не было показано.

¹ Щербакова Н.И., Павлова Е.М., Пирадов М.А. и др. Неотложные состояния при миастении // Неотложные состояния в неврологии. Труды II Национального конгресса «Неотложные состояния в неврологии». Москва, 2011. С. 92–100.

При объективном осмотре: положение активное. Состояние средней степени тяжести. Сознание ясное, адекватно, ориентирована, команды выполняет. Жалобы на нарушение глотания, общую слабость, усталость при разговоре, периодически отвечает на вопросы письменно. Гемодинамически стабильна. Дыхание самостоятельное, эффективное на фоне атмосферного воздуха. Язык в полости рта. Отмечается ретрогения нижней челюсти. Живот мягкий, безболезненный. Перистальтика выслушивается. Мочится самостоятельно. Отеков нет. Артериальное давление – 130/88 мм рт. ст., частота сердечных сокращений – 70 в минуту, SpO₂ – 94%, частота дыхательных движений – 12–14 в минуту.

При поступлении в стационар получены следующие результаты дополнительных методов обследования:

- Компьютерная томография грудной клетки: Смешанная эмфизема легких. Выраженная диффузно-узловая гиперплазия щитовидной железы.
- Электрокардиография: синусовый ритм с частотой сердечных сокращений – 63 в минуту. Повышена нагрузка на правый желудочек. Обменные изменения в миокарде.

Назначена консультация невролога и оториноларинголога.

Лабораторная диагностика: полностью компенсирована.

В ПДО АОКБ поставлен диагноз:

Основной: миастения, генерализованная форма. Рефрактерное течение. Степень тяжести IVb–V по Международной шкале оценки тяжести миастении гравис. Холинергический криз (?). Бульбарный синдром с выраженной гиперсаливацией. Двусторонний прозопарез, проксимальный тетрапарез до 2–3 баллов.

Сопутствующий: эндемический зоб, связанный с йодной недостаточностью, неуточненный.

Из ПДО пациентка переведена в отделение реанимации № 1. В условиях палаты реанимации и интенсивной терапии больной назначена следующая медикаментозная интенсивная терапия: адаптивная химио-эндокринная профилактика, пульс-терапия ГКС, миастеническая капельница (раствор глюкозы с калием, аскорбиновой кислотой и витамином B1).

На следующий день, учитывая нарастание симптоматики миастенического криза (прогрессирование мышечной слабости, затруднение словесного контакта, только письмен-

ный, гиперсаливации, выраженной слабости) и дыхательной недостаточности (SpO₂ 90–92%, включение вспомогательной мускулатуры в акт дыхания), под медикаментозной седацией выполнена назотрахеальная интубация и проведена санация трахеобронхиального дерева. Проводилась респираторная поддержка аппаратом *Hamilton-G5* в режиме SPONT (PSV). Также выполнено 2 плановых сеанса плазмафереза 1,0–1,5 объема циркулирующей плазмы с замещением альбумином [10], высокодозная иммуноглобулинотерапия.

Через 10 дней проведения медикаментозной и респираторной терапии пациентке выполнена прозериновая проба, по результатам которой она была экстубирована. Состояние в течении суток оставалось стабильно удовлетворительным, на следующий день пациентка была переведена в отделение неврологии.

Пациентка выписана 08.11.2024 в удовлетворительном состоянии, без признаков дыхательной недостаточности и клинических проявлений миастении с рекомендациями: наблюдение у врача невролога по месту жительства.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

У пациентов с миастенией часто выявляется сопутствующая патология щитовидной железы, что существенно отягощает течение основного заболевания. Наличие аутоиммунного тиреоидита или диффузного токсического зоба способствует более быстрому прогрессированию нервно-мышечных нарушений и повышает риск развития резистентных к терапии форм. Особую сложность в клинической практике представляет дифференциальная диагностика между проявлениями миастении и симптомами тиреоидной дисфункции, что требует комплексного лабораторного и инструментального обследования [8, 11].

Прогрессирующее течение заболевания на фоне сочетанной аутоиммунной патологии диктует необходимость тщательного динамического наблюдения и индивидуального подхода к терапии с учетом всех компонентов заболевания.

Этическая экспертиза. Публикация исследования одобрена на основании решения этического комитета ФГБОУ ВО Амурская ГМА Минздрава России (протокол № 7/1-9 от 01.12.2025).

Ethics approval. The publication was approved by the local Ethics Committee of the Amur State Medical Academy of the Ministry of Health of the Russian Federation (Protocol No. 7/1-9 dated December 1, 2025).

Вклад авторов. Концепция и дизайн работы — Ходус С.В., Барабаш И.В.; сбор и анализ материала — Ходус С.В., Барабаш И.В., Стукалов А.А., Ельчин А.П.; написание текста — Ходус С.В., Барабаш И.В.; редактирование — Ходус С.В., Барабаш И.В. Все авторы прочитали и одобрили окончательную версию статьи.

Authors' contributions. Concept and design working — Khodus S.V., Barabash I.V.; collection and analysis of the material — Khodus S.V., Barabash I.V., Stukalov A.A., Yelchin A.P.; writing the text — Khodus S.V., Barabash I.V.; editing — Khodus S.V., Barabash I.V. All authors read and approved the final version of the manuscript to be submitted for publication.

Сведения об авторах

Ходус Сергей Васильевич (Sergey V. Khodus) — к.м.н., доцент, заведующий кафедрой анестезиологии, реанимации, интенсивной терапии и скорой медицинской помощи ФГБОУ ВО Амурская ГМА Минздрава России, Благовещенск, Российская Федерация
E-mail: s.khodus@yandex.ru

Автор для корреспонденции: *Барабаш Ирина Владимировна (Irina V. Barabash)* — ассистент кафедры анестезиологии, реанимации, интенсивной терапии и скорой медицинской помощи ФГБОУ ВО Амурская ГМА Минздрава России, Благовещенск, Российская Федерация
E-mail: barabashiri@rambler.ru

Стукалов Анатолий Александрович (Anatoly A. Stukalov) — к.м.н., доцент кафедры анестезиологии, реанимации, интенсивной терапии и скорой медицинской помощи ФГБОУ ВО Амурская ГМА Минздрава России, Благовещенск, Российская Федерация

Ельчин Анатолий Павлович (Anatoly P. Yelchin) — ФГБОУ ВО Амурская ГМА Минздрава России, Благовещенск, Российская Федерация

ЛИТЕРАТУРА

1. Punga A.R., Maddison P., Heckmann J.M., et al. Epidemiology, diagnostics, and biomarkers of autoimmune neuromuscular junction disorders // *Lancet Neurology*. 2022. Vol. 21, N 2. P. 176–188. DOI: [https://doi.org/10.1016/S1474-4422\(21\)00297-0](https://doi.org/10.1016/S1474-4422(21)00297-0)
2. Пипия Н.С., Танцоров А.А. Миастения: клинические аспекты и дифференциальная диагностика // *Журнал неврологии и психиатрии им. С.С. Корсакова*. 2018. Т. 118, № 5. С. 78–85.
3. Bubuioc A-M., Kudebayeva A., Turuspekova S., et al. The epidemiology of myasthenia gravis // *Journal of Medicine and Life*. 2021. Vol. 14, N 1. P. 7–16. DOI: <https://doi.org/10.25122/jml-2020-0145>
4. Carr A.S., Cardwell C.R., McCarron P.O., McConville J. A systematic review of population based epidemiological studies in Myasthenia Gravis // *BMC Neurology*. 2010. N 10: 46. DOI: <https://doi.org/10.1186/1471-2377-10-46>
5. Alhaidar M.K., Abumurad S., Soliven B., Rezanian K. Current Treatment of Myasthenia Gravis // *Journal of Clinical Medicine*. 2022. Vol. 11, N 6. P. 1597. DOI: <https://doi.org/10.3390/jcm11061597>

6. Завалишин И.А., Переседова А.В. Современные подходы к диагностике и лечению миастении // *Неврологический журнал*. 2015. Т. 20, № 3. С. 15–22.
7. Sussman J., Farrugia M.E., Maddison P., et al. Myasthenia gravis: Association of British Neurologists' management guidelines // *Practical Neurology*. 2015. Vol. 15, N 3. P. 199–206. DOI: <https://doi.org/10.1136/practneurol-2015-001126>
8. Куташов В.А., Бойко А.Н. Миастения: современные аспекты патогенеза и лечения // *Неврология, нейропсихиатрия, психосоматика*. 2019. Т. 11, № 2. С. 12–18.
9. Мендибаев М.С., Лыхин В.Н., Работинский С.Е., Агеев П.В. Экстракорпоральное очищение крови в интенсивной терапии. Москва: ГЭОТАР-Медиа, 2024. 368 с.
10. Лобзин В.С., Сайкова Л.А., Полякова и др. Критерии тяжести и прогноза течения миастении // *Журнал невропатологии и психиатрии*. 1985. Т. 85, № 11. С. 1625–1631.
11. Скворцова В.И., Иванова Г.Е. Миастения и миастенические синдромы. Москва: ГЭОТАР-Медиа, 2010.

REFERENCES

1. Punga A.R., Maddison P., Heckmann J.M., et al. Epidemiology, diagnostics, and biomarkers of autoimmune neuromuscular junction disorders. *Lancet Neurology*. 2022; 21 (2): 176–188. DOI: [https://doi.org/10.1016/S1474-4422\(21\)00297-0](https://doi.org/10.1016/S1474-4422(21)00297-0)
2. Pipiya N.S., Tantsorov A.A. Myasthenia gravis: clinical aspects and differential diagnosis. *S.S. Korsakov Journal of Neurology and Psychiatry*. 2018; 118 (5): 78–85. (In Russ.)
3. Bubuioc A-M., Kudebayeva A., Turuspekova S., et al. The epidemiology of myasthenia gravis. *Journal of Medicine and Life*. 2021; 14 (1): 7–16. DOI: <https://doi.org/10.25122/jml-2020-0145>
4. Carr A.S., Cardwell C.R., McCarron P.O., McConville J. A systematic review of population based epidemiological studies in Myasthenia Gravis. *BMC Neurology*. 2010; 10: 46. DOI: <https://doi.org/10.1186/1471-2377-10-46>
5. Alhaidar M.K., Abumurad S., Soliven B., Rezanian K. Current Treatment of Myasthenia Gravis. *Journal of Clinical Medicine*. 2022; 11 (6): 1597. DOI: <https://doi.org/10.3390/jcm11061597>
6. Zavalishin I.A., Peresedova A.V. Modern approaches to the diagnosis and treatment of myasthenia gravis. *Neurological Journal*. 2015; 20 (3): 15–22. (In Russ.)
7. Sussman J., Farrugia M.E., Maddison P., et al. Myasthenia gravis: Association of British Neurologists' management guidelines. *Practical Neurology*. 2015; 15 (3): 199–206. DOI: <https://doi.org/10.1136/practneurol-2015-001126>
8. Kutashov V.A., Boyko A.N. Myasthenia gravis: modern aspects of pathogenesis and treatment. *Neurology, neuropsychiatry, psychosomatics*. 2019; 11 (2): 12–18. (In Russ.)
9. Mendibaev M.S., Lykhin V.N., Rabodinsky S.E., Ageev P.V. Extracorporeal blood purification in in-

- tensive care. Moscow: GEOTAR-Media, 2024. 368 p. (In Russ.)
10. Lobzin V.S., Saykova L.A., Polyakova et al. Criteria for the severity and prognosis of myasthenia gravis. *Journal of Neuropathology and Psychiatry*. 1985; 85 (11): 1625–1631. (In Russ.)
11. Skvortsova V.I., Ivanova G.E. Myasthenia gravis and myasthenic syndromes. Moscow: GEOTAR-Media, 2010. (In Russ.)
-
-