

10. Юматова, Е.А. Компьютерная томография в диагностике организуемой пневмонии: автореф. дис. ... канд. мед. наук / Юматова Елена Анатольевна; ГОУ ВПО РГМУ Росздрава. – М., 2010. – 24 с.
11. Бекетова, Т.В. АНЦА-ассоциированные системные васкулиты / Т.В. Бекетова; под ред. Е.Л. Насонова. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2014. – 46 с.

REFERENCES

1. Dobrykh VA, Ukhobotin AS, Sredniy PA, Makarevich AM, Uvarova IV. Povtornaya pnevmoniya (prediktory retsidiva) [Recurrent pneumonia (predictors of relapses)]. Dal'nevostochnyy meditsinskiy zhurnal [Far Eastern Medical Journal]. 2016; 2: 122-127.
2. Ishida T, Tachibana H, Ito A, Ikeda S, Furuta K, Nishiyama A, Noyama M, Tokioka F, Yoshioka H, Arita M. Clinical characteristics of pneumonia in bedridden patients receiving home care: A 3-year prospective observational study. J Infect Chemother. 2015; 21 (8): 587-591.
3. Kevric Ines, Morehead Richard S. Significant Aspirations: Recurrent Pneumoni. The American journal of Medicine. 2013; 126 (11): 956–959.
4. Chubukova OA, Shkarin VV. Osobennosti epidemiologii vnebol'nichnykh pnevmonij s sochetannoj etiologiej [Epidemiology features of community-acquired pneumonia with a combined etiology]. Medicinskij al'manah [Medical Almanac]. 2017; 4 (49): 149-154.
5. Chuchalin AG, Sinopalnikov AI, Kozlov RS et al. Klinicheskie rekomendacii po diagnostike, lecheniyu i profilaktike tyazhelej vnebol'nichnoj pnevmonii u vzroslykh [Clinical Guidelines on Diagnosis, Treatment and Prophylaxis of Severe Community-Acquired Pneumonia in Adults]. Rossijskoe respiratornoe obshchestvo (RRO); Mezhhregional'naya associaciya po klinicheskoj mikrobiologii i antimikrobnoj himioterapii (MAKMAH) [Russian Respiratory Society; Interregional Association for Clinical Microbiology and Antimicrobial Chemotherapy (IACMAC)]. 2014; 82 p.
6. Ryzvanovich YuA, Vovkogon EV. Recidiviruyushchaya kriptogennaya organizuyushchayasya pnevmoniya na fone sarkoidoza legkih [Recurrent cryptogenic organizing pneumonia associated with pulmonary sarcoidosis]. Rossijskij elektronnyj zhurnal luchevoj diagnostiki [Russian electronic journal of radiology]. 2013; 3 (3): 57-62.
7. Baigozina EA, Sovalkin VI, Podgurskaya EP. Differencial'naya diagnostika kriptogennoj organizuyushchejsya pnevmonii u bol'nogo s vtorichnym immunodeficitom. [Differential diagnosis of cryptogenic organizing pneumonia in a patient with secondary immunodeficiency]. Klinicheskaya medicina [Clinical Medicine]. 2012; 11: 62-63.
8. Petrova DV, Komilova TA, Tseymah IYa, Kramar IP, Belyakova II, Sosnova OL, Shoikhet YaN. Osobennosti klinicheskogo techeniya idiopaticeskikh intersticial'nykh pnevmoniy v zavisimosti ot morfologicheskogo varianta [Clinical manifestations of idiopathic interstitial pneumonia depending on its morphological form]. Sibirskij medicinskij zhurnal [Siberian Medical Journal]. 2013; 3: 47-51.
9. Frédérique Capron, David Center, Thomas V. Colby, Jean-François Cordier, Roland M. duBois, American Thoracic Society / European Respiratory Society International Multidisciplinary Consensus Classification of the Idiopathic Interstitial Pneumonias. Am J Respir Crit Care Med. 2002; 165: 277-304.
10. Yumatova EA. Komp'yuternaya tomografiya v diagnostike organizuyushchejsya pnevmonii [Computed tomography in the diagnosis of organizing pneumonia]. Moskva: RGMU [Moscow: The Russian State Medical University]. 2010; 24 p.
11. Beketova TV, Nasonova EL ed. ANCA-associirovannye sistemnye vaskulity [ANCA-associated systemic vasculitis]. Moskva: GEOTAR-Media [Moscow: GEOTAR-Media]. 2014; 46 p.

© И.Ф. Хафизова, А.Р. Галявиева, 2018

УДК 616.74-009.17-06:[616.62+616.352]-008.222

DOI: 10.20969/VSKM.2018.11(5).169-172

ТАЗОВЫЕ НАРУШЕНИЯ ПРИ МИАСТЕНИИ ГРАВИС: КЛИНИЧЕСКОЕ НАБЛЮДЕНИЕ

ХАФИЗОВА ИРИНА ФАРИТОВНА, канд. мед. наук, доцент кафедры неврологии, нейрохирургии и медицинской генетики ФГБОУ ВО «Казанский государственный медицинский университет» Минздрава России, Россия, 420012, Казань, ул. Бутлерова, 49, e-mail: sclerdissem@mail.ru

ГАЛЯВИЕВА АДЕЛЯ РАФКАТОВНА, врач-невролог отделения неврологии № 2 ГАУЗ «Городская клиническая больница № 7», Россия, 420103, Казань, ул. Чуйкова, 54; очный аспирант кафедры неврологии, нейрохирургии и медицинской генетики ФГБОУ ВО «Казанский государственный медицинский университет» Минздрава России, Россия, 420012, Казань, ул. Бутлерова, 49, e-mail: gal-adelya@mail.ru

Реферат. Цель исследования – представить наблюдение тазовых расстройств у пациентки с установленным диагнозом «миастения гравис». **Материал и методы.** Проведено комплексное обследование, выявлены особенности клинического течения и оказания медицинской помощи в ГАУЗ ГКБ № 7 г. Казани у пациентки с миастенией гравис. **Результаты и их обсуждение.** Миастения гравис – это заболевание нервно-мышечного аппарата, связанное с аутоиммунным повреждением антителами постсинаптических ацетилхолиновых рецепторов скелетных мышц, заболевание относится к группе орфанных. Заболеваемость колеблется от 0,3 до 2,8 на 100 000 населения, по некоторым оценкам, она затрагивает более 700 000 человек по всему миру. Распространенность миастении гравис выше у женщин, что характерно для аутоиммунных заболеваний. В классическом варианте заболевание проявляется флюктуирующей слабостью отдельных групп скелетных мышц и может быть различной степени выраженности – от легкой до выраженной, угрожающей жизни пациента. Диагностика миастении гравис является сложной задачей, что обусловлено не только редкой встречаемостью, но и гетерогенной клинической картиной, которая «имитирует» большое количество других заболеваний. Однако нарушение функции тазовых органов в клинической картине миастении гравис встречаются редко. В литературе описаны 7 наблюдений *de novo* нарушения мочеиспускания при миастении гравис и 2 наблюдения с нарушением дефекации. Мы сообщаем о 54-летней женщине с серопозитивной генерализованной миастенией гравис без тимома, у которой на фоне прогрессирования заболевания возникли нарушения функции тазовых органов в виде недержания мочи и анальной инконтиненции. **Выводы.** Приведенное клиническое наблюдение свидетельствует о том, что тазовые нарушения могут быть одним из симптомов миастении гравис, и неврологи должны быть осведомлены об этом редком проявлении заболевания.

Ключевые слова: миастения гравис, тазовые нарушения.

Для ссылки: Хафизова, И.Ф. Тазовые нарушения при миастении гравис: клиническое наблюдение / И.Ф. Хафизова, А.Р. Галявиева // Вестник современной клинической медицины. – 2018. – Т. 11, вып. 5. – С.169–172. DOI: 10.20969/VSKM.2018.11(5).169-172.

PELVIC ORGAN DISORDERS IN PATIENTS WITH MYASTHENIA GRAVIS: CLINICAL CASE PRESENTATION

KHAFIZOVA IRINA F., *C. Med. Sci., associate professor of the Department of neurology, neurosurgery and medical genetics of Kazan State Medical University, Russia, 420012, Kazan, Butlerov str., 49, e-mail: sclerdissem@mail.ru*

GALYAVIEVA ADELYA R., *neurologist of the Department of neurology № 2 of City Clinical Hospital № 7, Russia, 420103, Kazan, Chuikov str., 54; postgraduate student of the Department of neurology, neurosurgery and medical genetics of Kazan State Medical University, Russia, 420012, Kazan, Butlerov str., 49, e-mail: gal-adelya@mail.ru*

Abstract. Aim. The aim of the study was to present the case of pelvic disorders in a patient diagnosed with myasthenia gravis. **Material and methods.** A complex examination was carried out. The features of the clinical course and medical care provided in City Clinical Hospital № 7 in Kazan to a patient with myasthenia gravis were revealed. **Results and discussion.** Myasthenia gravis is a neuromuscular disease associated with autoimmune damage by antibodies against skeletal muscle postsynaptic acetylcholine receptors. The disease belongs to the orphan group. The incidence ranges from 0,3 to 2,8 per 100 000. It is estimated, that the disease has affected more than 700 000 people worldwide. The prevalence of myasthenia gravis is higher in women, which is typical for autoimmune diseases. In classical type, clinical manifestations of the disease are represented by fluctuating muscle weakness in separate skeletal muscle groups. The degree of severity varies from mild to pronounced, which is life-threatening for the patients. Diagnosis of myasthenia gravis is a difficult task not only because of a rare incidence, but also due to a heterogeneous clinical picture that resembles a large number of other diseases. However, the pelvic organ dysfunction is rare in the clinical course of myasthenia gravis. Seven cases of de novo urination disorders in myasthenia gravis and 2 cases of fecal incontinence have been described in literature. Our report is about 54-year-old woman with seropositive generalized myasthenia gravis without thymoma, who presents with impaired pelvic organ function evident as urinary/fecal incontinence. **Conclusion.** The clinical case indicates that pelvic dysfunction can appear as one of the symptoms of myasthenia gravis. So that, neurologists should be aware of this rare manifestation of the disease

Key words: myasthenia gravis, pelvic organ dysfunction.

For reference: Khafizova IF, Galyavieva AR. Pelvic organ disorders in patients with myasthenia gravis: clinical case presentation. The Bulletin of Contemporary Clinical Medicine. 2018; 11 (5): 169–172. DOI: 10.20969/VSKM.2018.11(5).169-172.

Введение. Миастения гравис – аутоиммунное нервно-мышечное заболевание, опосредуемое В-клеточным иммунным ответом, при котором связывание аутоантител с компонентами постсинаптической мембраны, чаще всего с никотиновыми ацетилхолиновыми рецепторами (АХР) [1], клинически проявляется мышечной утомляемостью. Доказано, что кроме Н-ацетилхолиновых рецепторов мишенями аутоиммунного повреждения могут быть и другие структуры постсинаптической мембраны, а именно мышечная специфичная киназа (MUSK), липопротен, связанный с белком 4 (LRP4), или агрин [2, 3]. Заболеваемость колеблется от 0,3 до 2,8 на 100 000 населения и по оценкам затрагивает более 700 000 человек по всему миру [4].

Заболевание проявляется патологической утомляемостью скелетной мускулатуры, особенностью которой является вариабельность и изменяемость в течение дня в зависимости от физической нагрузки.

Тазовые нарушения в форме дисфункции мочевого пузыря и/или анального сфинктера при миастении являются необычными и редко встречающимися проявлениями заболевания. В зарубежной литературе имеются сообщения о недержании мочи у мужчин с миастенией гравис после перенесенной операции с трансуретральной резекцией предстательной железы [5].

Всего описано 6 наблюдений *de novo* у пациентов с приобретенной миастенией в сочетании с дисфункцией мочеиспускания [6, 7] и 1 наблюдение у 6-летнего пациента с врожденной миастенией [8]. Сочетание дисфункции мочеиспускания и дефекации у пациентов с миастенией встречаются еще реже. На сегодняшний день имеется лишь по одному сообщению об анальной инконтиненции (недержание кала) [9] и констипации [10] в сочетании с нарушением мочеиспускания у пациентов с миастенией.

Все доступные наблюдения по дисфункции мочевого пузыря при миастении гравис представлены в *таблице*. Согласно доступным публикациям среди пациентов с миастенией гравис все страдали генерализованной формой заболевания, значительно преобладали женщины. Не выявлено какой-либо зависимости от возраста пациентов с момента заболевания миастенией до появления тазовых нарушений. Дебют тазовых нарушений варьировал от 2 мес до 12 лет с момента манифестации

заболевания. Необходимо отметить, что практически все пациенты страдали от резких позывов к мочеиспусканию с недержанием мочи и последующим чувством неполного опорожнения мочевого пузыря после акта мочеиспускания. Нарушение мочеиспускания было подтверждено урофлуометрическим исследованием. Уродинамические показатели выявляли как атонию мочевого пузыря, так и утомляемость поперечно-полосатого сфинктера уретры. Консервативные методы терапии предусматривали коррекцию дозы кортикостероидов с последующей тимэктомией (в случаях с тимомой) с переменным успехом, альтернативные методы включали методы электростимуляции путем наложения электродов на надлобковую область [8].

Клиническое наблюдение. 54-летняя женщина в апреле 2017 г. начала предъявлять жалобы на слабость при жевании (не могла в полную силу сжать челюсти при жевании твердой пищи), на опущение век, отмечала, что симптомы нарастают во второй половине дня. Ранее не было эпизода гриппоподобного заболевания или диареи. С течением времени появились жалобы на изменение голоса (стал гнусавым), поперхивание жидкостью, общую слабость, появилась трудность при поднимании по лестнице, в связи с чем обратилась за медицинской помощью, начала обследование. На электромиограмме (ЭМГ) зарегистрирован декремент по амплитуде 50,4% (в норме до 10%). Серологическое исследование крови выявило антитела (АТ) к ацетилхолиновому рецептору – 18,340 нмоль/л (норма <0,45), АТ к скелетным мышцам (АStMA), IgG – 1:320 титр (<1:20). Рентгеновская компьютерная томография органов грудной клетки не выявила очаговой и инфильтративной патологии, определялись признаки лимфаденопатии. Была диагностирована генерализованная форма миастении, назначена терапия антихолинэстеразными препаратами (АХЭП) – калимин в дозировке 180 мг/сут, препараты калия, симптомы временно регрессировали. В дальнейшем в связи с неполной компенсацией симптоматики доза АХЭП была увеличена (калимин до 240 мг/сут), положительной динамики не последовало. В августе 2017 г. проведено 3 сеанса плазмафереза, назначена гормонотерапия (преднизолон по схеме: 10 мг через день с последующим увеличением дозы на 5 мг каждые 10 дней до 40 мг в течение 2 мес).

Отчеты о случаях с миастенией и дисфункцией мочевого пузыря

Автор	Пол, возраст	АнтиАХР/АнтиMusk к антителам	Дисфункция	Уродинамические показатели	Лечение
Matsui et al., 1995	Жен., 20 лет	Серонегативная	Недержание мочи	Атония мочевого пузыря	Гормонотерапия, тимэктомия
Sandler et al., 1998	Жен., 39 лет	АТ к АХР	Недержание мочи с последующей задержкой мочи	Арефлексия детрузора	Чистая прерывистая катетеризация
Kaya, Karaman, 2005	Жен., 61 год	Не указано	Частые мочеиспускания, трудности в мочеиспускании, ощущение неполного опорожнения мочевого пузыря	Недостаточность детрузора, повышенная остаточная моча	Чистая прерывистая катетеризация 6 раз в день
Pannek et al., 2009	Муж., 6 лет	Не указано	Недержание мочи, преимущественно ночной энурез	Уменьшение максимальной скорости потока (12 см ³ /с) без признаков детрузорно-сфинктерной дискоординации	Электростимуляция (7 Hz; impulse width 250 ms; Tic* Medizintechnik, Dorsten, Germany) 20 мин дважды в день
Verollet et al., 2010	Жен., 45 лет	АТ к АХР	Недержание мочи	Утомляемость сфинктера	Тимэктомия в перспективе
Marouani I. et al., 2012	Жен., 13 лет	Серонегативная	Поллакиурия и дизурия	Арефлексия детрузора с гиперактивным сфинктером уретры	Прерывистая катетеризация 5 раз в день, тимэктомия
Antoniou et al., 2016	Жен., 21 год	Не указано	Недержание мочи	Экстренные неспровоцированные сокращения мочевого пузыря	Стимуляция прегибального нерва [11]

Примечание. Муж. – мужской пол; Жен. – женский пол; АХР – ацелинхолиновый рецептор; Musk – мышечная специфическая киназа; АТ – антитела.

В октябре 2017 г. (6 мес с начала заболевания) на фоне перенесенной инфекции с последовавшим нарастанием бульбарных нарушений, общей слабости начала предъявлять жалобы на нарушение мочеиспускания – резкий позыв на мочеиспускание, трудности в удержании мочи при позыве, частое недержание мочи, из-за чего вынуждена пользоваться постоянно впитывающими влагу прокладками, а также недержание кала, каломазание. Предполагая возможный побочный эффект АХЭП (калимин) в виде частых позывов на мочеиспускание, с целью дифференциальной диагностики АХЭП на время нахождения в стационаре был отменен. Несмотря на это, нарушение функции тазовых органов не регрессировало. Необходимо отметить, что пациентка принимала АХЭП (калимин) с момента постановки диагноза «миастения гравис», а недержание мочи/кала, частые позывы к мочеиспусканию произошли гораздо позже на фоне прогрессирования и декомпенсации заболевания. В данном наблюдении тазовые нарушения скорее свидетельствовали в пользу симптомов утомляемости, слабости, связанных с миастенией гравис. С целью установления причин тазовых нарушений пациентка была консультирована урологом, проктологом, прошла ряд объективных методов исследования. При урофлуометрии у пациентки произошел импертивный позыв на 100 мл с недержанием; выявлено снижение максимальной скорости мочеиспускания (Q_{max} – 8,2 мл/с, норма – 20 мл/с и более), средней скорости мочеиспускания (Q_{cp} – 4,7 мл/с, норма 10 мл/с и более) при объеме мочеиспускания 58,9 мл. Проведена сфинктерометрия анального сфинктера, данные которой продемонстрировали снижение тонуса до 3 единиц (норма 13), снижение волевого усилия до 7 единиц (норма 31), что соответствует анальной инконтиненции 2–3-й степени. Таким образом, у данной пациентки экстренное неспровоцированное сокращение детрузора с утомляемостью сфинктера уретры сочеталось с утомляемостью анального сфинктера вплоть до арефлексии.

Пациентка получала лечение гормонами (преднизолон мг/кг массы тела), И.Г.Вена (10% из расчета 70 г на курс). Достигнуто общее улучшение состояния, но нарушения тазовых функций сохранились.

Выводы. Миастения гравис является одним из самых распространенных заболеваний нервно-мышечного аппарата, но тазовые нарушения в сочетании с миастенией встречаются крайне редко. Впервые подобные нарушения обнаружили у мужчин с трансуретральной простатэктомией [5]. Позднее, однако, стали описывать наблюдения тазовых расстройств в виде дисфункции мочеиспускания *de novo* у женщин с миастенией гравис, что свидетельствовало либо о худшем прогнозе заболевания, либо о нарастании симптомов. Было выдвинуто предположение, что автономная дисфункция может указывать на подгруппу пациентов с худшим прогнозом [7]. При миастении гравис с антителами против мускариновых рецепторов можно объяснить дисфункцию гладких мышц, включая детрузор [10]. Было предположено, что возникает поражение АХР собственно детрузора или тазовых ганглий [7]. Предположительно недержание кала связано с утомляемостью наружного поперечно-полосатого сфинктера прямой кишки [9].

С учетом редкой встречаемости тазовых нарушений при миастении можно рассуждать о высокой аутоиммунной активности, что предполагает худший прогноз заболевания. Неврологи должны быть осведомлены о таком редком проявлении миастении гравис для дальнейшего адекватного ведения данной группы пациентов.

Прозрачность исследования. Исследование не имело спонсорской поддержки. Авторы несут полную ответственность за предоставление окончательной версии рукописи в печать.

Декларация о финансовых и других взаимоотношениях. Все авторы принимали участие в разработке концепции, дизайна исследования и в написании рукописи. Окончательная версия рукописи одобрена всеми авторами. Авторы не получали гонорар за исследование.

ЛИТЕРАТУРА

1. Sanders, D.B. International consensus guidance for management of myasthenia gravis / D.B. Sanders, G.I. Wolfe // Neurology. – 2016. – Vol. 87, № 4. – P.419–425.

2. Gilhus, N.E. Myasthenia gravis: subgroup classification and therapeutic strategies / N.E. Gilhus, J.J. Verschuuren // Lancet Neurol. – 2015. – Vol. 14. – P.1023–1036.
3. Meriggioli, M.N. Autoimmune myasthenia gravis: emerging clinical and biological heterogeneity / M.N. Meriggioli, D.B. Sanders // Lancet Neurol. – 2009. – Vol. 8, № 5. – P.475–499.
4. The epidemiology of neuromuscular disorders: a comprehensive overview of the literature / J.C.W. Deenen, C.G.C. Horlings, J.J.G.M. Verschuuren, A.L.M. Verbeek // J. Neuromuscul Dis. – 2015. – Vol. 2, № 1. – P.73–85.
5. Khan, Z. Urinary incontinence after transurethral resection of prostate in myasthenia gravis patients / Z. Khan, A. Bhola // Urology. – 1989. – Vol. 34, № 3. – P.168–169.
6. Seronegative myasthenia gravis with bladder dysfunction / I. Marouani, I. Kraoua, H. Benrhouma [et al.] // Rev. Neurol. – 2012. – Vol. 168. – P.299–300.
7. Kaya, C. Case report: A case of bladder dysfunction due to myasthenia gravis / C. Kaya, I. Karaman // Int. Urol. Nephrol. – 2005. – Vol. 37. – P.253–255.
8. Pannek, J. Successful treatment of overactive bladder in a child with myasthenia gravis / J. Pannek, U. Grigoleit // Scand. J. Urol. Nephrol. – 2008. – Vol. 42, № 4. – P.397–398.
9. Berger, A.R. Myasthenia gravis presenting as uncontrollable flatus and urinary/fecal incontinence (letter) / A.R. Berger, M. Swerdlow, S. Herskovitz // Muscle Nerve. – 1996. – Vol. 19, № 1. – P.113–114.
10. Sandler, P.M. Detrusor areflexia in a patient with myasthenia gravis / P.M. Sandler, C. Avillo, S.A. Kaplan // Int. J. Urol. – 1998. – Vol. 5, № 2. – P.188–190.
11. Antoniou, A. Successful treatment of urodynamic detrusor over-activity in a young patient with myasthenia gravis using pretibial nerve stimulation with follow-up to two years / A. Antoniou, J. Mendez Rodrigues, N. Comi // Journal of the Royal Society of Medicine Open. – 2016. – Vol. 7, № 8. – P.1–3.

REFERENCES

1. Sanders DB, Wolfe GI, et al. International consensus guidance for management of myasthenia gravis. Neurology. 2016; 87 (4): 419–425.
2. Gilhus NE, Verschuuren JJ. Myasthenia gravis: subgroup classification and therapeutic strategies. Lancet Neurology. 2015; 14: 1023–1036.
3. Meriggioli MN, Sanders DB. Autoimmune myasthenia gravis: emerging clinical and biological heterogeneity. Lancet Neurology. 2009; 8 (5): 475–499.
4. Deenen JCW, Horlings CGC, Verschuuren JJGM, Verbeek ALM. The epidemiology of neuromuscular disorders: a comprehensive overview of the literature. J Neuromuscul Dis. 2015; 2 (1): 73–85.
5. Khan Z, Bhola A. Urinary incontinence after transurethral resection of prostate in myasthenia gravis patients. Urology. 1989; 34 (3): 168–169.
6. Marouani I, Kraoua I, Benrhouma H, et al. Seronegative myasthenia gravis with bladder dysfunction. Rev Neurol. 2012; 168: 299–300.
7. Kaya C, Karaman I. Case report: A case of bladder dysfunction due to myasthenia gravis. Int Urol Nephrol. 2005; 37: 253–255.
8. Pannek J, Grigoleit, U. Successful treatment of overactive bladder in a child with Myasthenia gravis. Scand J Urol Nephrol. 2008; 42 (4): 397–398.
9. Berger AR, Swerdlow M, Herskovitz S. Myasthenia gravis presenting as uncontrollable flatus and urinary/fecal incontinence (letter). Muscle Nerve. 1996; 19 (1): 113–114.
10. Sandler PM, Avillo C, Kaplan SA. Detrusor areflexia in a patient with myasthenia gravis. Int J Urol. 1998; 5 (2): 188–190.
11. Antoniou A, Mendez Rodrigues J, Comi N. Successful treatment of urodynamic detrusor over-activity in a young patient with Myasthenia gravis using pretibial nerve stimulation with follow-up to two years. Journal of the Royal Society of Medicine Open. 2016; 7 (8): 1–3.

© В. Ф. Чикаев, Ю.В. Бондарев, Р.Ф. Маннанов, А.Р. Михайлов, 2018

УДК [616.26-001.48-036.14-06:616.381-002-02:616.341-007.251]-089

DOI: 10.20969/VSKM.2018.11(5).172-176

ОПЫТ ПРИМЕНЕНИЯ МЕТОДА ИРОМ ПРИ РАЗРЫВЕ ДИАФРАГМЫ СО СРОКОМ ДАВНОСТИ И ПЕРФОРАЦИИ ТОНКОЙ КИШКИ В ПЛЕВРАЛЬНОЙ ПОЛОСТИ

ЧИКАЕВ ВЯЧЕСЛАВ ФЕДОРОВИЧ, докт. мед. наук, профессор кафедры травматологии ортопедии и ХЭС ФГБОУ ВО «Казанский государственный медицинский университет», Минздрава России, Россия, 420012, Казань, ул. Бутлерова, 49, e-mail: prof.chikaev@gmail.com

БОНДАРЕВ ЮРИЙ ВИКТОРОВИЧ, канд. мед. наук, зав. хирургическим отделением № 3 ГАУЗ «Городская клиническая больница № 7», Россия, 420103, Казань, ул. Чуйкова, 54

МАННАНОВ РАВИЛЬ ФАРИДОВИЧ, врач-хирург хирургического отделения № 3 ГАУЗ «Городская клиническая больница № 7», Россия, 420103, Казань, ул. Чуйкова, 54

МИХАЙЛОВ АЛЕКСЕЙ РАДИОНОВИЧ, врач-хирург хирургического отделения № 3 ГАУЗ «Городская клиническая больница № 7», Россия, 420103, Казань, ул. Чуйкова, 54

Реферат. Цель – представить опыт применения методики ИРОМ при восстановлении разрыва диафрагмы со сроком давности в условиях перитонита и эмпиемы плевры как следствие перфорации тонкой кишки в плевральную полость.

Материал и методы. Проведено комплексное исследование оказания медицинской помощи мужчине 58 лет в ГАУЗ ГKB № 7 г.Казани со сроком давности, разрывом и тотальным дефектом диафрагмы, перфорацией тонкой кишки в плевральную полость, развитием перитонита и эмпиемы плевры. Пациент госпитализирован в хирургическое отделение № 3 с диагнозом «аппендикулярный инфильтрат». При рентгеновском исследовании грудной клетки: купола диафрагмы с ровными и четкими контурами, левый купол релаксирован до уровня переднего отрезка III ребра. Случай расценен как хроническая релаксация диафрагмы. В результате консервативной терапии инфильтрат разрешился, выписан на 10-е сут в удовлетворительном состоянии. На 7-е сут после выписки пациент госпитализирован в стационар с клиникой острого аппендицита. Под общим обезболиванием проведена срединная лапаротомия. При разделении инфильтрата вскрыт абсцесс, выявлена перфорация сигмовидной кишки в полость абсцесса, аппендэктомия, частичная резекция сигмовидной кишки, выведена сигмостома. **Результаты и их обсуждение.** В послеоперационном периоде пациент на 12-е сут отмечал ухудшение состояния, появилась клиника распространенного перитонита, экстренно произведена лапаротомия. При ревизии брюшной полости: желудок, тонкая кишка, селезенка, селезеночный угол толстой кишки смещены в левую плевральную полость. В плевральной полости – 500 мл тонкокишечного содержимого. Левый купол диафрагмы практически отсутствует, края диафрагмы рубцово изменены, дефект диафрагмы V степени. Причиной перитонита явилась перфорация острой язвы подвздошной кишки, эвентрированной в плевральную полость. Санация плевральной, брюшной полостей проведена путем промывания 0,5% водным раствором хлоргексидина. Восстановление диафрагмы не представляется возможным из-за большого дефекта тканей. Для протезирования диафрагмы использовали принцип ИРОМ (intraperitoneal onlay of mesh) с применением композитной сетки Parietex «Optimized