

чения респираторных мышц возможен летальный исход. Поэтому при тяжелых кризах показано применение аппаратного искусственного дыхания. Стандартное лечение миастении направлено на процесс иммунорегуляции и включает тимэктомию, применение кортикостероидов, иммуносупрессивных препаратов, что улучшает функциональный статус пациентов и уменьшает риск эксацербаций. Ряд современных исследований демонстрирует эффективное использование в купировании миастенических

кризов высоких доз иммуноглобулинов внутривенно, что и предлагается в качестве альтернативного лечения острых эксацербаций заболевания. Однако показания к применению иммуноглобулинотерапии в длительном лечении миастении еще не установлены.

Франция,  
*Service de Reanimation Medicale,  
Hopital Raymond-Poincare,  
Garches*



*M. Acierno*

### ВЕРТИКАЛЬНАЯ ДИПЛОПИЯ

(VERTICAL DIPLOPIA)

(*Semin. Neurol.* — 2000. — 20(1). — 21—30: Англ.)

Диагноз приобретенной вертикальной диплопии представляет некоторые трудности в силу отсутствия специфических диагностических тестов. Симптомы бинокулярной вертикальной диплопии могут появиться внезапно либо нарастать постепенно, в течение нескольких лет, причем некоторые пациенты даже не подозревают о наличии у них каких-либо отклонений. Основной дифференциальный диагноз вертикальной диплопии включает парез глазодвигательного нерва, паралич верхней косой мышцы, рестриктивные офтальмопатии и миастению. Дискутируются некото-

рые другие этиологические факторы данного заболевания. Большинство клиницистов владеет диагностикой более часто встречающейся горизонтальной диплопии, поэтому уточнение клинической симптоматики вертикальной диплопии представляется важным для более правильного диагноза данной аномалии.

США,  
*Department of Ophthalmology,  
University of Mississippi Medical Center,  
Jackson*



*K. Ricker*

### РАСШИРЕННЫЙ КЛИНИЧЕСКИЙ И ГЕНЕТИЧЕСКИЙ СПЕКТР МИОТОНИЧЕСКИХ ДИСТРОФИЙ

(*THE EXPANDING CLINICAL AND GENETIC SPECTRUM OF THE MYOTONIC DYSTROPHIES*)

(*Acta Neurol. Belg.* — 2000. Sep. — 100(3). — 151—155: Англ.)

Основными клиническими особенностями доминантно наследуемых миотонических дистрофий являются миотония, мышечная слабость и катаракта. Установлено, что

в основе классической миотонической дистрофии (болезнь Штейнерта) лежит генный дефект, расположенный в хромосоме 19q13.3 (DM1 локус). Позже был описан еще один