Nabídka různých dotazníků, testů a škál je poměrně velká a celkově jich existuje více než deset. Z objektivních metod se v některých zemích používá například Manual Muscle Test (MMT). Mezi tzv. kompozitní (kombinující subjektivní a objektivní hodnocení) skóre patří MGC a MGII (myasthenia gravis impairment index) (Thomsen et Andersen, 2020). Subjektivní škály se pak od sebe liší ještě podle hodnotících parametrů. MG-ADL vychází přímo z příznaků onemocnění, MG-QoL-15r sleduje i dopad nemoci na pracovní a rodinné fungování, tedy disabilitu a kvalitu života. EQ-5D VAS (obecné hodnocení zdraví – EuroQol five Dimensions Visual Analogue Scale) je obecný, nespecifický dotazník k hodnocení zdraví. Tyto škály však často nezachycují únavu a depresi, proto se někdy doplňkově používají nástroje jako Neuro-QoL Fatigue Scale apod. (Barnett et al., 2018).

EMG vyšetření a vyšetření protilátek proti AChR a MuSK v současné době slouží jen k diagnostice (Weindl et al., 2023). Single-fiber EMG může korelovat se změnami v QMGS (Barnett et al., 2012), ale v porovnání se škálami je přeci jen toto vyšetření v běžné praxi méně dostupné (Benatar et al., 2012) a opakované vyšetření by pacienta více zatěžovalo (Barnett et al., 2018).

Stejně tak i přesto, že u některých terapií, jako je imunoadsorpce, plazmaferézy a inhibitory FcRn, koreluje zlepšení klinického stavu s poklesem protilátek, vyšetření hladin autoprotilátek za účelem dlouhodobého sledování a hodnocení efektu léčby nebylo shledáno za dostatečně průkazné (Meisel et al., 2023). Navíc výše titrů protilátek často nesouvisí s tíží onemocnění (Barnett et al., 2012).

Dalším podstatným ukazatelem efektu léčby, i vzhledem k nežádoucím účinkům, je redukce kortikoidů bez zhoršení příznaků MG, tzv. „steroid-sparing“ (Thomsen et Andersen, 2020). Snížení průměrné orální dávky kortikoidů oproti kontrolní skupině byla pozorována například u tymektomovaných pacientů (Wolfe et al., 2020). Nicméně vyhodnocení „steroid-sparing“ efektu nelze jednoznačně definovat, proto nepatří mezi doporučované primární výstupy v klinických studiích (Benatar et al., 2012). Nicméně na redukci kortikoidů a případně i další imunosupresivní terapie, stejně jako pokles exacerbací jako důležitý důkaz efektu, je poukazováno i při použití moderní biologické léčby (Nowak et al., 2020; Meisel et al., 2023). A léčba je samozřejmě považována za účinnější, pokud dokáže snížit denní dávku kortikoidů (Barnett et al., 2018). Z výše uvedených faktů vyplývá, že **v současné době pro sledování efektu léčby neexistuje žádný biomarker nebo jiný parametr a nadále je optimální používat k monitoraci jasně definované škály a klasifikace** (Weindl et al., 2023).

Tab. 2. *Škála denních aktivit – MG-ADL (dle Horáková et Vohánka, 2017)*

Stupeň	0	1	2	3
Řeč	Normální	Intermitentní zhoršení artikulace nebo nosní řeč	Konstantní zhoršení artikulace, ale je mu rozumět	Obtížné porozumění řeči
Žvýkání	Normální	Únava při tuhých soustech	Únava při měkkých soustech	Sonda
Polykání	Normální	Zřídka epizody zaskakování	Časté zaskakování, nutnost změny stravovacích návyků	Sonda
Dýchání	Normální	Námahová dušnost	Klidová dušnost	Umělá plicní ventilace
Zhoršení schopnosti čištění zubů a česání	Žádné	Zvýšená námaha, ale nemusí odpočívat	Potřebuje přestávky	Není schopen vykonat
Zhoršení schopnosti vstávat ze židle	Žádné	Lehká, někdy používá ruce	Střední, vždy užívá ruce	Těžká, potřebuje pomoc
Dvojité vidění	Žádné	Ano, ale ne denně	Denně, ale ne trvale	Trvale
Pokles víčka	Žádné	Ano, ale ne denně	Denně, ale ne trvale	Trvale

Škály a klasifikace

MGFA klasifikace byla představena v roce 1998 jako standard pro klinický výzkum a dnes je běžně využívána v každodenní praxi (Jaretzki et al., 2000). Rozděluje pacienty podle typu onemocnění a tíže příznaků. Nahradila původní Ossermanovu klasifikaci z 50. let (Osserman, 1958), která rozlišovala čtyři stupně: I. stupeň odpovídal oční formě, IIa označoval mírnou, IIb středně těžkou, III. akutní fulminativní a IV. pozdní těžkou formu. V MGFA klasifikaci také I. stupeň je oční a II.–V. generalizovaná forma (lehká/střední/těžká/myastenická krize). U typů IIa–IVa převažuje slabost končetin a trupu, zatímco u IIb–IVb dominuje bulbární postižení. Je důležité zdůraznit, že MGFA je klasifikační systém, nikoliv nástroj k vyšetření. Neexistuje totiž jednoznačná korelace mezi MGFA a běžně používanými škálami. Navíc interpretace lékařem může být subjektivně ovlivněna a tedy odlišná (Barnett et al., 2018). MGFA klasifikace se dostala do popředí zájmu po zveřejnění německých doporučení, ve kterých slouží k identifikaci tzv. aktivních pacientů vhodných ke včasné biologické léčbě (Weindl et al., 2023).

Tab. 3. *QMGS – kvantifikované myastenické skóre (dle Horáková et Vohánka, 2017)*

Diplopie při laterálním pohledu (sec)	≥ 60	10–59	1–9	Spontánní
Ptóza při pohledu vzhůru (sec)	≥ 60	10–59	1–9	Spontánní
Mimické svaly	Normální uzávěr víčka	Úplná slabost proti odporu	Úplná slabost bez odporu	Lagoftalmus
Polykání vody	Normální	Minimální zakuckávání	Regurgitace tekutin nosem	Nemožnost polykání
Artikulace při počítání od 1 do 50 (začátek dysartrie)	Normální artikulace přes 50	Dysartrie mezi 30–39	Dysartrie mezi 10–29	Dysartrie do 9
Abdukce pravé paže (sec)	≥ 240	90–239	10–89	0–9
Abdukce levé paže (sec)	≥ 240	90–239	10–89	0–9
Vitální kapacita (%)	≥ 80	65–79	50–64	< 50
Sevření pravé ruky (kV) Muži Ženy	 ≥ 35 ≥ 30	 15–34 10–29	 5–14 5–9	 0–4 0–4
Sevření levé ruky (kV) Muži Ženy	 ≥ 35 ≥ 25	 15–34 10–24	 5–14 5–9	 0–4 0–4
Elevace hlavy vleže 45 stupňů (sec)	≥ 120	30–119	1–29	0
Šikmý bérec vpravo 45 stupňů (sec)	≥ 100	30–99	1–29	0
Body	0	1	2	3