страница голосования

Использование ботулинотерапии в лечении сегментарной дистонии: сочетания блефароспазма, оромандибулярной и цервикальной дистонии.

Грачева А.А.

Врач-невролог, ботулинотерапевт неврологического отделения ЧУЗ КБ РЖД-медицина Хабаровска.

Основные понятия:

1. Оромандибулярная дистония - это неврологическое заболевание, характеризующееся непроизвольными, насильственными сокращениями мышц в области рта и нижней челюсти. Это состояние может приводить к трудностям с речью, глотанием, жеванием и даже может вызывать искажение мимики.

2. Блефароспазм - это локальное неврологическое расстройство, при котором человек усиленно моргает и невольно зажмуривает глаза. К стойкому спазму и смыканию век приводят непроизвольные сокращения круговых мышц глаз.

3. Цервикальная дистония - неврологическое заболевание, при котором мышцы шеи непроизвольно сокращаются, вызывая неконтролируемые повороты, наклоны или дрожание головы и шеи.

Клинический случай:

Пациентка N находилась на лечении в НО с диагнозом: «Сегментарная дистония: сочетание блефароспазма, оромандибулярной и цервикальной дистонии» в феврале 2024 года.
Жалобы при поступлении: затруднение речи ввиду резких спазмов речедвигательной мускулатуры, возникающих при разговоре, трудности коммуникации, которые усиливаются при волнении, иногда с ощущением нехватки воздуха.
Анамнез заболевания: Родилась от 4 беременности, протекавшей с анемией , угрозой прерывания в первой половине, анемией 2 степени во 2 половине. Роды 1 на сроке 39 недель, преждевременное излитие ОПВ, отсутствие готовности родовых путей, экстренное кесарево сечение. Оценка по Апгар 8-9 баллов, масса менее 3 кг.
В 10,5 мес осматривалась неврологом с жалобами на установку ног на цыпочках, установлен диагноз пирамидной недостаточности.
С раннего возраста проявление гипервозбудимости. С 2-х лет речевое развитие с отставанием, заикание, страх оставаться одной, нарушение сна. Получала курсы лечения у невролога. В возрасте 8 лет появились приступы частого моргания, открывания рта с вываливанием языка и гиперсаливацией при волнении и речи. Отмечалась повышенная утомляемость, эмоциональная лабильность. В возрасте 10 лет установлен диагноз: детская краниальная идиопатическая дистония прогрессирующего течения (с элементами цервикальной дистонии) без интеллектуальных дефектов. Дифференциальный диагноз проводился с вторичной дистонией. Получала атаракс без эффекта. В марте 2014 г стационарное лечение в психоневрологическом отделении КГБУЗ Перинатального центра с диагнозом Энцефалопатия сложного генеза Умеренно-выраженные эмоционально-волевые нарушения. Клоническое заикание тяжелое Локальные тики МРТ ГМ от 03.04.14: патологии не выявлено.

После выписки из стационара принимала Амитриптилин, Эглонил - без эффекта, но с развитием побочных явлений в виде прибавки веса. Периодически получала курсы амбулаторного лечения без эффекта. Обучалась в средней образовательной школе, окончила 9 классов, успеваемость удовлетворительная. Поведенческих нарушений в характеристике из школы не отмечено. Закончила колледж по специальности повар. Работает няней в детском саду. В 2022 г обследование в НО ЧУЗ КБ РЖД-Медицина, установлен диагноз: Резудуальные явления перинатальной энцефалопатии с развитием правосторонней пирамидной недостаточности. Сопутствующие заболевания: Синдром Туретта с множественными моторными тиками, вокальными тиками, логоневрозом. В отделении принимала рисперидон в форме сиропа, в дозе 1 мг в сутки. После выписки около года принимала таблетированную форму препарата, со слов - без существенного эффекта. В момент госпитализации осмотрена проффесором кафедры неврологии ДВГМУ Проскоковой Т.Н: « Учитывая, что гиперкинезы в лице возникают только во время разговора и отсутствуют при любых других действиях (ходьба, физические упражнения, мытье полов и т.д.), имеются корригирующие жесты в виде покачивания плечами для улучшения способности говорить, возможно, и открывание рта, закрывание глаз также являются корригирующими жестами; при усилении гиперкинеза возникают спазмы при дыхании, у больной- краниальная дистония. Показана ботулинотерапия.

Выполнялась процедура ботулинотерапии, вводился инкоботулотоксин А в мышцы лица и шеи по схеме:

- M.orbicularis oculi, pars palpebralis с двух сторон
- M.orbicularis oculi, pars ocularis с двух сторон
- M masseter справа и слева
- M pterygoideus lateralis справа и слева
- M.Semispinalis capitis справа 20 ед
- M.Levator scapulae справа 20ед

Результаты работы:

у пациентки на фоне лечения ботулотоксином уменьшилась выраженность гиперкинезов, улучшилось качество жизни, открылись новые коммуникативные возможности.