страница голосования

Клинический опыт лечения пациента с редкой формой краниоцервикальной дистонии с помощью ботулинического токсина типа А

Костенко Н.Ю.

Medical Center, Хабаровск, ул. Шеронова 124.

Введение

Одной из трудных задач для врача-ботулинотерапевта являются пациенты с нестандартными формами дистонии.

Подобные дистонии характеризует вовлечение мышечных групп, не связанных одной локализацией, отсутствие привычного паттерна мышечной активности. Лечение подобных пациентов длительное и, зачастую, ведется методом проб и ошибок. Его можно сравнить с «чисткой луковицы»: выключая с помощью ботулотоксина одни группы мышц, мы наблюдаем активность других мышц, на первый взгляд не вовлеченных в процесс.

В этих условиях особенно важно применение комбинированного контроля инъекции (миография+УЗИ), а также обмен клиническим опытом и совместный разбор проблемных ситуаций с коллегами.

Клинический случай

Пациент З. 70 лет. Считает себя больным с осени 2020 г., когда появилось частое зажмуривание глаз, усиливающееся на свету, при эмоциональных нагрузках, уменьшающееся при засыпании. Обратился к офтальмологу, получал лечение без достаточного эффекта. В дальнейшем после перенесенной вирусной инфекции присоединились насильственные движения в мускулатуре лица в виде вздутия щек, чувства спазма в области горла и нехватки дыхания.

На фоне гиперкинеза пациент отмечает значительное ухудшение качества жизни: утратил способность ездить за рулем, смотреть телевизор и работать за компьютером, вынужден был уволиться с работы (до этого работал руководителем).
В 2021г осмотрен неврологом-ботулинотерапевтом, рекомендовано проведение ботулинотерапии, а также прием клоназепама в дозе 1 мг вечером.

На фоне приема клоназепама отмечал некоторое уменьшение насильственных движений в первую половину дня, эффект пациент оценивал, как недостаточный.

В декабре 2021 года прошел сеанс ботулинотерапии на базе ЧУЗ КБ «РЖД-Медицина» г.Хабаровска, выполнены инъекции ботулиническим токсином типа А в круговую мышцу глаза с обеих сторон, общая доза 50 единиц. В оромандибулярную мускулатуру токсин не вводился, так как пациент выказывал опасения по поводу нарушения глотания. После сеанса - регрессировали явления блефароспазма, сохранялись оромандибулярные симптомы, вздутие щек, чувство перехватывания дыхания.

С 2022 года пациенту регулярно проводятся инъекции ботулотоксина типа А в мышцы лица с частотой каждые 3-4 месяца. Первоначально пациенту проводились инъекции в поверхностные мышцы лица (m.orbicularis oris, m.mentalis, m.buccinator), что приводило к частичному купированию гиперкинеза мышц лица, однако, сохранялось чувство спазма в горле, вздутие щек.

В дальнейшем в схему инъекции была включена подкожная мышца шеи, грудинно-ключично-сосцевидная мышца справа, под контролем миографа проводились инъекции щиточерпаловидной мышцы, где по данным миографии была патологическая активность.

После инъекции пациент отмечал исчезновение чувства спазма в горле, однако наблюдались нежелательные эффекты: легкая дисфагия, дисфония, выраженный дискомфорт в области горла. После получения нежелательных эффектов было решено отказаться от дальнейшего инъецирования щиточерпаловидной мышцы в пользу мышц субментальной группы (шилоязычная мышца, подъязычно-язычная мышца), где также фиксировалась патологическая мышечная активность при проведении миографии.

После вышеуказанных корректив полностью купирован гиперкинез. Пациент отмечает значительное улучшение качества жизни, вернулся за руль автомобиля. С конца 2022 года получает стандартную схему лечения, в дальнейшем коррективы не вносились. В дальнейшем частота инъекций снизилась до 1 раза в 6 месяцев.

Данные осмотра:

Объективный статус пациента: Температура тела: 36,6
Состояние: удовлетворительное
Сознание: ясное
Телосложение: нормостеник
Питание: удовлетворительное
Неврологический статус: Сознание ясное.

Эмоционально лабилен, фиксирован на ощущениях. Черепные нервы: зрачки D=S. Движения глазных яблок: в полном объеме. Лицо симметричное. При осмотре отмечается гиперкинез: резкое зажмуривание глаз, сопровождающееся вздутием щек, визуальным напряжением мышц поднижнечелюстной области и шеи. Во время гиперкинеза резко снижается тембр голоса, говорит с трудом.

Обследование:

Амбулаторно выполнил МРТ ГМ и МРА сосудов головного мозга - признаки церебральной ангиопатии. Слабая атрофия обоих полушарий мозга. Тесное прилегание сосуда к тройничному нерву, но убедительных мр-данных за нейроваскулярный конфликт нет, следует оценивать клинику. Снижение сигнала от движущейся крови в периферических ветвях обеих СМА, ЗМА.

Вывод:

Вышеописанный случай сложной краниоцервикальной дистонии демонстрирует, как важны динамическое наблюдение и регулярная коррекция схемы лечения у сложных пациентов.

Бдительность врача, работа в тесной связке с пациентом, и мудрый совет старших коллег – вот необходимые компоненты для достижения компенсации заболевания. Выражаю глубокую благодарность Фальковскому Илье Викторовичу и Заляловой Зулейхе Абдуллазяновне за помощь в оценке дистонии, а также пациенту за его стойкость и несгибаемую волю к выздоровлению.

Финальная схема ботулинотерапии:

- m.sternoclaidomasoideus: 40 слева, справа 20 ед.
- m.platisma: 6 точек по 5 ед.
- субментальная группа (шило-язычная мышца, подъязычно-язычная мышца): 40 ед.
- orbicularis oculi, pars palbebralis 40 ед глаз
- orbicularis oculi, pars ocularis по 15 ед на глаз
- m.proceres: по 5 ед справа и слева

До процедуры

После процедуры