

Опыт лечения ботулинотерапией дистонических атак при Детском церебральном параличе в сочетании с эпилепсией. Клинический случай.

Василькова Е.А.

Детская городская поликлиника г. Южно-Сахалинск.

Спастическая кривошея (цервикальная дистония) – наиболее частый вариант дистонии, представляет собой локализованный гиперкинез, при котором напряжение мышц шеи приводит к насильственному повороту головы. Дебют заболевания возможен в трех вариантах: постепенное, острое развитие и с предшествующим болевым синдромом в заднешейных мышцах.

По характеру гиперкинеза различают тоническую, клоническую и смешанные формы заболевания. Для ЦД характерны насильственные, болезненные сокращения мышц шей, которые формируют патологические положения головы и/ или шеи и значительно нарушают функции вовлеченной области.

Целью публикации явилось описание принципа лечения пациентов с ДЦП на фоне присоединения симптомов дистонической атаки. Продemonстрирован клинический случай, как пример успешного применения ботулинического токсина типа А без гемагглютининового комплекса у пациента с цервикальной дистонией.

Клинический случай:

Мальчик Л. 7 лет. Ребенок от 1 беременности, первых родов. Роды в ЦРБ г. Поронайск, срочные оперативные, в сроке гестации 39-40 недель. Экстренное кесарево сечение: первичная слабость родовой деятельности, дистресс плода. Продолжительность родов: 1 период – 12 часов, безводный период – 14 часов. Околоплодные воды светлые, прозрачные. Вес при рождении 3200 г. Оценка по шкале Апгар на 1-й минуте – 4 балла, через 5 минут – 4 балла, через 10 минут – 5 баллов. Проводились реанимационные мероприятия. В возрасте 10-ти часов жизни бригадой РКЦН на аппаратной ИВЛ доставлен в реанимационное отделение ОДБ. В возрасте 24 дней 3 степени. Субкортикальная лейкомаляция. Судорожный синдром. Дыхательная переведен в ОПН ОДБ г. Южно-Сахалинска с диагнозом: Церебральная ишемия недостаточность тяжелой степени. Острое повреждение почек. ДВС-синдром. Желудочное кровоотечение. Анемия постгеморрагическая легкой степени. Полицитемия. Ребенок с выраженной задержкой психомоторного развития. Амбулаторно находился под динамическим наблюдением врача-невролога, ортопеда, педиатра, отнесен к категории часто болеющих детей. Периодически выезжал на курсы лечения в г. Москва «Институт эпилепсии им. св. Луки» подобрана схема противосудорожной терапии (ПЭТ) получал депакин сироп 2 мг \сут, с 2019г введен Сабрил 500 мг\сутки с положительным эффектом. Установлен ДЗ: Перинатальное поражение с развитием тотальной кистозной дегенерации головного мозга с заместительной гидроцефалией, спастический тетрапарез, симптоматическая эпилепсия с экстензорными спазмами, тоническими приступами. Грубая задержка психомоторного развития. В 2021г установлен диагноз Детский церебральный паралич со спастической тетраплегией. GMFCS V. MASC IV. Множественные контрактуры суставов. Эпилепсия структурная с тонико-клоническими приступами. Дистонические атаки. Задержка психо-речевого развития. БЭНП.

С момента рождения до 7 лет ребенок постоянно проходит лечение в реабилитационных центрах амбулаторного и стационарного типа в виде лечебной физкультуры, массажа, вайта-терапии, мануальной терапии, логопедического массажа, микрополяризации, курсов нейрометаболических препаратов, продолжает получать антиконвульсантную терапию (Клобазам 10 мг \сут, депакин хроносфера 400 мг\сут, баклосан 20 мг \сут, диазепам ректально 10 мг при приступах). С 2023 г. мальчик находится под наблюдением выездной паллиативной службы.

В неврологическом статусе:

прогрессирующая мышечная дистония с генерализованными атаками, стойким тризмом жевательной мускулатуры, ретроколлис, латероколлис и нарастающей деформацией костного скелета. Детский церебральный паралич, спастический тетрапарез, способность к передвижению – 5-й уровень GMFCS, мануальная способность обеих кистей – 4 уровень MACS, способность к приему пищи – 4 уровень EDACS, коммуникативная способность – 5-й уровень CFCS.

Эпилепсия структурная с наличием тонико-клонических приступов с неуточненным дебютом. В течение трех лет отмечались дистонические атаки, сопровождающиеся беспокойством, тахикардией, болевой синдром 4-5 баллов по шкале Вонга-Беккера, приступы в виде выгибаний спины, поворачивая голову в правую сторону, запрокидывание головы назад. При этом одна ручка сгибается в локте и прижимается к туловищу, а другая отводится в сторону «поза фехтовальщика». По тяжести состояния проводились консультации с Федеральными центрами с целью подбора плановой терапии по поводу дистонических атак: прием антихолинергических, седативных и миорелаксирующих средств, значимой эффективности не наблюдалось. В дальнейшем было принято решение о проведении сессии локальных внутримышечных инъекций ботулинического токсина типа А с целью снижения мышечного тонуса, уменьшения выраженности болевого синдрома и количества, дистонических атак, увеличения объема пассивных движений и упрощения ортопедической коррекции, а также паллиативного ухода.

В результате как визуального, так и мануального функционального мышечного тестирования были намечены мышцы мишени с обеих сторон. Ботулинотерапия проводилась под ультразвуковым контролем, препаратом ксеомин. Проведено три курса инъекций. Частота введений и объем представлены в таблице.

Проведенная ботулинотерапия в раннем постинъекционном периоде привела к оптимизации мышечного тонуса мышц-мишеней m. splenius capitis, cervicis). m. sternocleidomastoideus, m. levator scapulae, m. trapezius, m. semispinalis с обеих сторон, значительной коррекции вынужденного положения головы и тела, снижению выраженности болевого синдрома. Таким образом ботулинотерапия при цервикальной дистонии может использоваться для повышения качества жизни пациентов, профилактики соединительнотканного перерождения вовлеченных в патологический процесс мышц, предотвращения осложнений.

При динамическом наблюдении в раннем постинъекционном периоде отмечалась положительная динамика:

1. Оптимизирован тонус мышц-мишеней (мышечный тонус с обеих сторон стал ближе к физиологическому, родители отметили упрощение ухода за ребенком)
2. Скорректировано вынужденное положение головы посредством увеличения объема пассивных движений за счет шейного отдела позвоночника.
3. Снижение выраженности болевого синдрома (с 4-5 до 2-3 баллов по FPS), а также снижение дистонических атак после применения ботулинического токсина типа А.

Заключение:

При длительном течении ДЦП и присоединении осложнений в виде эпилепсии и цервикальной дистонии в первую необходимо обеспечить контроль эпилептиформной активности, а дальше проводить лечение данных симптомов с применением БТА типа А. Включение в схему комплексной терапии ДЦП с явлениями дистонического статуса регулярных сессий локальных внутримышечных инъекций БТА типа А является оправданным для достижения следующих целей

- 1) снижение тонуса мышц, вовлеченных в патологическую рефлекторно-тоническую цепь деформирующей мышечной дистонии. Улучшение функции опорно-двигательного аппарата нормализация мышечного тонуса, повышение силы ослабленных мышц, улучшение кровообращения и уменьшение дистрофических изменений в пораженных мышцах и суставах, уменьшение контрактурных изменений;
- 2) снижение или купирование болевого синдрома (как острого, так и хронического);
- 3) повышение качества жизни пациентов за счет снижения болевого синдрома, облегчение ортопедической коррекции и паллиативного ухода, а также выполнения (при возможности) ведущей возрастной деятельности. Улучшение социализации больного, облегчение ухода за ним;
- 4) Укрепление соматического и психоэмоционального статуса ребенка;
- 5) профилактика соединительнотканного перерождения вовлеченных в патологический процесс мышц путем увеличения амплитуды движений, продолжительности физической активности и включения их в оптимальный паттерн двигательных актов.

страница
голосования



Дата проведения	Оценка по шкалам ЦД	Мышцы и объем введения
14.02.2025	Tsui-106. TWSTRS 636	m. splenius capitis dex, sin 10,10 Ед m. sternocleidomastoideus dex, sin 20,20 Ед m. levator scapulae dex, sin 10,10 Ед
15.05.2025	Tsui-66. TWSTRS 606	m. splenius capitis dex, sin 10,10 Ед m. sternocleidomastoideus dex, sin 20,20 Ед m. levator scapulae dex, sin 10,10 Ед m. trapezius dex, sin 40,40 Ед m. semispinalis dex, sin 20,20 Ед
23.07.25	Tsui-26. TWSTRS 426	m. splenius capitis dex, sin 10,10 Ед m. sternocleidomastoideus dex, sin 30,30 Ед m. levator scapulae dex, sin 10,10 Ед m. trapezius dex, sin 30,30 Ед m. semispinalis dex, sin 20,20 Ед

