страница голосования

Эффективность применения ботулинотерапии в лечении камптокормии, возникающий при болезни Паркинсона

Кундич А. С.

врач-невролог, ботулинотерапевт, заведующая отделением неврологии КГБУЗ ККБ им проф. С.И. Сергеева Министерства Здравоохранения Хабаровского края.
Применение препарата вне зарегистрированных показаний возможно с соблюдением всех законодательных требований на усмотрение лечащего врача и по решению врачебной комиссии

Камптокормия характеризуется обратимым патологическим сгибанием туловища вперед, встречается при различных заболеваниях нервной системы. Наиболее частой причиной становится болезнь Паркинсона.

В качестве причин развития камптокормии при болезни Паркинсона предполагают сегментарную аксиальную дистонию и/или локальную миопатию паравертебральных мышц, тем не менее точные механизмы остаются неустановленными, и как следствие камптокормия приводит к инвалидизации пациентов, приводящее к нарушению передвижения и самообслуживания.

Клинический случай.

Пациент С., мужчина, 68 лет.
Диагноз: Болезнь Паркинсона, акинетико–ригидно-дрожательная форма, 3 стадия по Хену-Яру с преимущественным вовлечением правых конечностей. Вторичная аксиальная дистония в виде камптокармии и синдром «Пизанской башни» тяжелой степени.

Anamnesis morbi:

в 2018 году появилась боль в правом плечевом суставе, скованность движений с тремором в правой руке, с постепенным переходом на правую ногу. Конвергенция ограничена с двух сторон, отмечалась гипомимия. Наблюдался выраженный тремор покоя по типу «скатывания пилюль» в правых конечностях. Мышечный тонус повышен по типу «зубчатого колеса» в верхних и нижних конечностях как в дистальных, так и проксимальных отделах. Установлен диагноз Болезнь Паркинсона, назначена терапия. Постепенно усилился наклон туловища. В положении лежа вынужденное сгибание позвоночника проходило. Однако пациент отмечал усиление наклона туловища вперед, которое стало влиять на качество жизни.

В октябре 2024 года стационарное лечение в неврологическим отделении ККБ им проф. С.И. Сергеева.

Наклон туловища требовал иного терапевтического подхода, нежели назначение противопаркинсонических средств. После изучения литературы по проблеме камптокармии было принято решение о проведении локальной инъекционной терапии препаратом Ботулиническим токсином типа А. Мишенью для введения ботулотоксина была выбрана большая поясничная мышца (лат. Musculus psoas major).

Под плоско-детекторной компьютерно-томографической (ПДКТ) навигацией была выполнена разметка места пункции на уровне промежутка между L3 и L4 позвонками по паравертебральной линии справа и слева. По проецированным линиям в большую поясничную мышцу проведена игла для люмбальной пункции 22G. Выполнено контрольное ПДКТ-сканирование для верификации правильности установки игл. Через просветы игл введен Ботулинический токсин типа А 500 ед в мышцу. При контрольном сканировании дислокация иглы исключена.

Улучшение отмечено уже к концу первой недели после проведения терапии в виде значительного уменьшения камптокормии, или существенного уменьшения вынужденного сгибания туловища. По словам пациента, значительно улучшилось общее самочувствие, он стал «видеть людей перед собой», значительно уменьшилась тяжесть в напряжение в области поясничного отдела позвоночника, стала более активной походка.

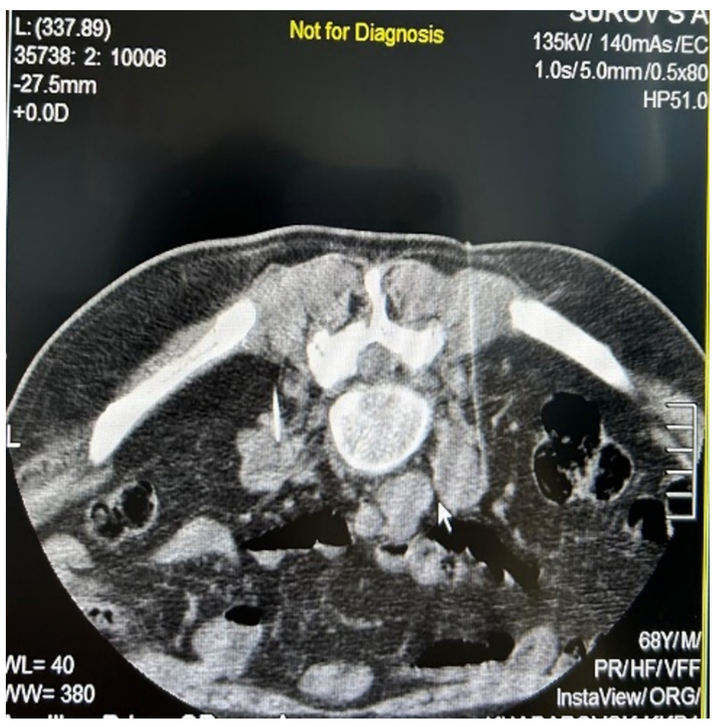
Заключение:

У пациента, страдающего болезнью Паркинсона, одним из инвалидизирующих симптомов являлись постуральные нарушения в виде наклона туловища вперед. Из-за этих нарушений у больного имело место ограничение обзора и снижалось качество жизни. Развитие постуральных нарушений было связано непосредственно с болезнью. Камптокормия в данном случае имела мышечную, а не вертеброгенную природу, поскольку в положении лежа на спине сгибание в позвоночнике полностью проходило. Так как известно, что постуральные нарушения не купируются противопаркинсоническими средствами и в ряде случаев даже могут быть вызваны их приемом, было принято решение о проведении терапии камптокормии путем локального воздействия на мышечный гипертонус введением ботулотоксина типа А, вызывающего временный неполный паралич мышц, ответственных за формирование патологической позы.

Сложность процедуры была связана с необходимостью длительного (около 30 минут) положения пациента на животе, так как в этом положении, в отличие от положения на спине, сохранялось сгибание туловища и шеи. Вместе с тем пациент хорошо перенес процедуру, корректное введение препарата было обеспечено контролем КТ и подтверждено при контрольном исследовании.

В приведенном клиническом случае выраженные постуральные нарушения у пациента с болезнью Паркинсона удалось существенно и в короткие сроки уменьшить посредством ботулинотерапии, проведенной с помощью плоско-детекторной компьютерно-томографической навигации. Данный метод лечения может рассматриваться как метод выбора у пациентов с инвалидизирующими нарушениями позы, однако прогнозировать эффективность процедуры представляется сложным.

С уважением, Кундич Анна Сергеевна.



Пациент выписан из отделения неврологии с рекомендациями по физической реабилитации и повторному введению препарата Ботулинического токсина типа А с КТ-навигацией через 3 месяца.