

Гусев В.В.¹, Львова О.А.², Гужина Е.Ю.³

К вопросу о комплексном подходе к лечению цервикальной дистонии

1 - МАУ ЦГКБ № 23 г. Екатеринбург, 2 - ГБОУ ВПО УГМУ Минздрава РФ г. Екатеринбург, 3 - ООО «Центр современных медицинских технологий» г. Екатеринбург

Gusev V.V., Lvova O.A., Guzhina E. Yu.

About the complex approach to the treatment of cervical dystonia

Резюме

В статье проведен сравнительный анализ эффективности изолированных инъекций ботулотоксина типа А (I группа, n=24) и комплексного подхода: инъекции ботулотоксина в сочетании с психотерапией, комплексом ЛФК, сеансами постизометрической релаксации (II группа, n=18) по шкалам SF-36, ВАШ и TWSTRS. Оценка проводилась пациентам в возрасте от 37 до 75 лет с диагнозом «Цервикальная дистония: спастическая кривошея». Сроки анкетирования: до начала терапии, через 2 недели и через 4 месяца. Показано, что на этапе включения в исследование, а также через 2 недели группы больных были сопоставимы по всем оцениваемым шкалам. Через 4 месяца в обеих группах прослеживалась положительная динамика, однако только в группе II зафиксирована достоверная положительная динамика по шкалам качества жизни и снижение уровня боли.

Ключевые слова: ботулотоксина типа А, цервикальная дистония, комплексный подход

Summary

The article is dedicated the comparative analysis of the effectiveness of isolated injections of botulinum toxin type A (I group, n = 24), VS complex approach: an injection of botulinum toxin with psychotherapy, physical therapy, post-isometric relaxation (II group, n = 18). The authors used the SF-36 scales, VASc and TWSTRS. The evaluation was conducted in patients aged 37 to 75 years old with a diagnosis of "Cervical dystonia: torticollis spastica" Terms of questioning: before treatment, 2 weeks and 4 months. It was shown that at the enrolling period and after 2 weeks both groups were comparable according to all scales. After 4 months in both groups there is a positive dynamics, but only patients in group II demonstrated a significant positive dynamics on the scale of quality of life and reduction of pain.

Key words: botulinum toxin type A, torticollis spastica, complex approach

Введение

Дистония – это клинически и генетически гетерогенное двигательное расстройство, характеризующееся повторяющимися насильственными мышечными сокращениями, поражающими один или более участков тела и часто приводящими к формированию патологических поз [1]. Распространённость дистоний среди двигательных расстройств весьма велика, считается, что это третье по частоте регистрации состояние после эссенциального тремора и болезни Паркинсона [2]. В тоже время, полагают, что эпидемиологические показатели не совсем верны и в отношении дистонии встречается как несвоевременная, так и неправильная диагностика [3].

Спастическая кривошея [цервикальная дистония] относится к наиболее сложным и наименее изученным формам экстрапирамидных расстройств, а выбор эффективных методик лечения – актуальной медицинской проблемой.

Ботулинический токсин типа А (БТА), относящийся к классу периферических миорелаксантов, в последние годы становится методом выбора для терапии цервикальной дистонии [4]. Лечение ботулотоксином показало свою эффективность и было рекомендовано национальным Институтом здоровья США еще в 1990 г. для пациентов с блефароспазмом, спастической дисфонией, оромандибулярной дистонией со смыканием челюстей и цервикальной дистонией [5, 6, 7, 8, 9].

Цель работы – разработать комплексный подход к лечению цервикальной дистонии, основанный на сравнительной оценке отдельных методов лечения (БТА, медикаментозная терапия, ЛФК, постизометрическая релаксация, психотерапия).

Материалы и методы

В исследование были включены 42 больных в возрасте от 37 до 75 лет с диагнозом «Цервикальная дистония».

Таблица 1. Данные анкетирования пациентов по шкалам при включении в исследование (баллы, M±m)

Шкала	Пациенты группы I n=24	Пациенты группы II n=18	Уровень значимости выявленных отличий (p)
SF-36 опросник			
PF - Физическая активность	24,25±7,07	23,5±7,77	p>0,05
RP - Роль физических проблем в ограничении жизнедеятельности	5,91±2,82	6,11±2,82	p>0,05
R - Физическая боль	5,5±3,53	6±2,82	p>0,05
GH - Общее восприятие здоровья	16,54±7,77	16,61±9,19	p>0,05
VT - Жизнеспособность	16,79±2,82	16,16±1,41	p>0,05
SF - Социальная активность	6,20±1,41	6,22±1,41	p>0,05
RE - Эмоциональное функционирование	3,75±1,41	3,61±1,41	p>0,05
MH - Психологическое здоровье	22,08±4,24	21,94±4,24	p>0,05
Выраженность болевого синдрома по шкале ВАШ			
Боль сейчас	6±4,94	5,94±3,53	p>0,05
Оценки степени выраженности цервикальной дистонии (TWSTRS)			
Среднее количество баллов	54,95±37,47	51,75±41,71	p>0,05

ния: спастическая кривошея», проходившие лечение на базе неврологического отделения МАУ ЦГКБ №23. Все пациенты были проанкетированы по трем блокам: определение качества жизни пациентов и общего здоровья (SF-36), стандартизированной балльной шкале спастической кривошеи Западного Торонто (TWSTRS), оценка боли по визуально аналоговой шкале (ВАШ). Анкетирование проводилось трижды: при первичном приеме (до начала терапии), через 2 недели и во время контрольной явки после проведенного лечения через 4 месяца.

Анализ эффективности комплексного лечения был проведен в двух группах: в I группе (n=24) проводились курсы инъекций БТА (препаратом «Диспорт») с интервалом в 4 месяца; во II группе (n=18) получили комплексную терапию: инъекции ботулотоксина с интервалом в 4 месяца в сочетании с медикаментозным лечением, сеансами психотерапии, обучением специальному комплексу ЛФК, а также сеансами постизометрической релаксации. Инъекции «Диспорта» проводил один и тот же врач-инжектор, доза препарата подбирались в соответствие с общепринятыми методами расчета и были сопоставимы в обеих группах.

Статистическая обработка проводилась с помощью пакета программ статистического анализа STATISTICA (Stat Soft, Inc., USA) for Windows, версия 8.0. Принятый уровень достоверности отрицания «нулевой» гипотезы составлял не менее 95%. Различия считали статистически значимыми при достижении уровня $p=0,05$ и менее для всех видов анализа.

Результаты и обсуждение

На момент первичного обращения было проанализировано качество жизни пациентов в исследуемых группах по представленным ниже шкалам. Полученные данные подверглись статистической обработке с расчетом

достоверности различий (табл. 1).

Таким образом, по выбранным шкалам пациенты на старте были сопоставимы. Кроме того, обращает внимание довольно выраженный разброс показателей внутри каждой группы (стандартное отклонение нередко приближается к половинному значению среднего арифметического).

В динамике лечения – через 2 недели, оцениваемые показатели показали некоторое улучшение, однако не продемонстрировали достоверных различий между группами по всем оцениваемым шкалам и субшкалам ($p>0,05$).

Контрольная явка через 4 месяца, в течение которых пациенты второй группы проводили рекомендованный при постановке БТА комплекс мероприятий амбулаторно и на дому самостоятельно, показал следующую динамику (табл. 2).

Заключение

По результатам проведенных исследований отмечается улучшение в обеих группах пациентов. Более выраженный положительный эффект получен во II группе пациентов, а именно: уменьшение выраженности болевого синдрома; уменьшение степени тяжести состояния, улучшение трудоспособности и повышение степени самообслуживания; улучшение качества жизни, а также увеличение продолжительности эффекта ботулинотерапии.

Таким образом, комплексный подход может быть рекомендовано в качестве дополнения к базовой терапии БТА, что позволит повысить эффективность терапии, улучшит качество жизни пациентов особенно в отсроченный период после инъекции БТА. На основании вышеприведенных данных подготовлен внутренний протокол на базе МАУ ЦГКБ №23 ведения больных с цервикальной дистонией. ■

Таблица 2. Данные анкетирования пациентов по шкалам через 4 месяца (баллы, М±m)

Шкала	Пациенты группы I n=24	Пациенты группы II n=18	Уровень значимости выявленных отличий (p)
SF-36 опросник			
PF - Физическая активность	25,±0,58	29,5±0,33	p<0,0005
RP - Роль физических проблем в ограничении жизнедеятельности	6±0,43	7,72±0,33	p<0,005
P - Физическая боль	5±0,72	2,27±0,33	p<0,005
GH - Общее восприятие здоровья	16,2±1,44	13,22±0,33	p<0,03
VT - Жизнеспособность	16,5±0,43	14,72±0,33	p<0,005
SF - Социальная активность	6,2±0,29	5±0,16	p<0,005
RE - Эмоциональное функционирование	4,12±0,14	6±0,33	p<0,0005
MH - Психологическое здоровье	22±0,87	19,22±0,33	p<0,005
Выраженность болевого синдрома по шкале ВАШ			
Боль сейчас	5±0,29	1,55±0,16	p<0,025
Оценки степени выраженности цервикальной дистонии (TWSTRS)			
Среднее количество баллов	51,5±8,8	27±4,33	p<0,02

Гусев В.В., МАУ ЦГКБ № 23 г. Екатеринбург, Львова О.А., ГБОУ ВПО УГМУ Минздрава РФ г. Екатеринбург, Гужина Е.Ю., ООО «Центр современных медицинских технологий» г. Екатеринбург, Автор, ответственный за переписку: Львова Ольга Александровна, к.м.н., доцент ГБОУ ВПО УГМУ Минздрава РФ, Россия, 620014, г. Екатеринбург, ул. Ретина, д.3, olvova@bk.ru, служебный телефон +7-343-3723259

Литература:

- Marsden CD, Quinn NP. The dystonias. *BMJ* 1990. Jan 20; 300(6718):139-44.
- A prevalence study of primary dystonia in eight European countries *J Neurol* 2000. Oct;247(10):787-92.
- Fahn S, Jankovic J. Practical management of dystonia. *Neurol Clin* 1984. Aug;2(3):555-69.
- Schramm A, Reiners K, Naumann M. Complex mechanisms of sensory tricks in cervical dystonia. *Mov Disord* 2004 Apr; 19(4): 452-8.
- Costa J, Espirito-Santo C, Borges A, Ferreira JJ et al. Botulinum toxin type A therapy for cervical dystonia. *Cochrane Database Syst Rev* 2005. Jan 25;(1):CD003633.
- Costa J, Espirito-Santo C, Borges A, Ferreira JJ et al. Botulinum toxin type A versus anticholinergics for cervical dystonia. *Cochrane Database Syst Rev* 2005. Jan 25;(1):CD004312.
- Costa J, Espirito-Santo C, Borges A, Ferreira JJ et al. Botulinum toxin type B for cervical dystonia. *Cochrane Database Syst Rev* 2005. Jan 25;(1):CD004315.
- Dressler D, Lange M, Bigalke H. Mouse diaphragm assay for detection of antibodies against botulinum toxin type B. *Mov Disord* 2005. Dec;20(12):1617-9.
- Botulinum toxin therapy of eye muscle disorders. Safety and effectiveness. *American Academy of Ophthalmology Ophthalmology* 1989. Sep;Suppl:37-41.