

6. Мнения

От редакции. Спастическая кривошея относится к разряду хронических заболеваний, приводящих к инвалидизации и существенному снижению качества жизни. В последние годы к традиционным хирургическим методам лечения добавились способы химической денервации с использованием ботулотоксина. В предлагаемых двух статьях из ведущих клиник Екатеринбурга приведены данные комплексного фармакологического и нейрохирургического лечения указанной категории пациентов. Авторы приводят данные литературы и сопоставляют их с собственными результатами, предлагая алгоритм этапной терапии.

Хирургическое лечение спастической кривошеи

А. В. Митрофанов, В. В. Скрыбин

Клиника нервных болезней и нейрохирургии, городская клиническая больница №40, Екатеринбург

Резюме

Целью работы являлось определение тактики хирургического лечения больных различными формами спастической кривошеи. Обследовано более 60 больных с различными формами спастической кривошеи, из них хирургическому лечению было подвергнуто 34 пациента. Выполнялась поэтапная денервация цервикальной мускулатуры, а также, при неэффективности денервации, стереотаксическая денатомия. Показано, что достоверно эффективными являются все этапы хирургического лечения. Изучены ближайшие и отдаленные результаты механической денервации цервикальной мускулатуры. Предложена систематизация вариантов смешанной формы кривошеи, в зависимости от участия различных групп цервикальной мускулатуры. Выявлены также и основные клинические особенности этих групп, что позволит в дальнейшем прогнозировать эффективность хирургического лечения. Определено место стереотаксической деструкции зубчатого ядра, которая должна применяться на заключительном этапе лечения заболевания с целью уменьшения тонуса глубоких мышц шеи, денервация которых технически не осуществима

Ключевые слова: спастическая кривошея, денервация цервикальной мускулатуры, стереотаксическая денатомия

Актуальность

Спастическая кривошея (СК), как и другие формы локальной мышечной дистонии, относится к наиболее сложным и наименее изученным формам экстрапирамидных расстройств.

Лечение спастической кривошеи является актуальной проблемой современной неврологии и нейрохирургии. На сегодняшний день нет единого взгляда на последовательность медицинских мероприятий в отношении спастической кривошеи. Консервативная терапия, с которой рекомендуется начать лечение, эффективна лишь у 15% больных [1]. Хирургическое лечение СК впервые выполнено 350 лет назад I. Minnius. Он производил пересечение брюшка кивательной мышцы. С течением времени появлялись новые взгляды на патогенез СК, которые несли с собой различные варианты хирургического и консервативного лечения. В настоящее время доказанной эффективностью обладают следующие виды лечения спастической кривошеи: денервация цервикальной мус-

кулатуры препаратами ботулинического токсина [2, 3], механическая денервация цервикальной мускулатуры выполняемая хирургическим путем [4, 5, 6] стереотаксические вмешательства на базальных ганглиях деструктивного или стимулирующего характера [7, 8, 9]. В последнее время в мировой практике конкурируют химическая и механическая виды денервации скелетной мускулатуры. Стереотаксическая деструкция (стимуляция) подкорковых структур в виду не очень высокой эффективности, трудоемкости, большого риска развития послеоперационных осложнений уже не проводится большинством специалистов [10, 11]. Широкое применение препаратов ботулинического токсина ограничено наличием следующих факторов: необходимостью регулярного применения препарата, снижением эффективности терапии с течением времени, высокой частотой осложнений, доходящих по данным разных авторов до 15-20%. Кроме того, до 7% больных обла- дают резистентностью к препарату. Механичес-

кая денервация — высокоэффективный, малотравматичный метод лечения. Он может конкурировать по эффективности с терапией ботулотоксином, не имея отрицательных моментов, присущих этой терапии. Не имеющий практически противопоказаний, с большой эффективностью в отношении основных симптомов кривошеи: гиперкинез (75-80%), боль (60-65%), технически не сложный, он не нашел широкого применения у российских нейрохирургов. Основная причина в том, что не уточнен вопрос о степени заинтересованности и вариантах участия различных мышечных групп в определении основной клинической картины СК.

На основании вышеприведенных фактов появляются ключевые вопросы комплексного лечения спастической кривошеи:

- Целесообразность и продолжительность консервативной терапии?
- Показания и выбор метода хирургического лечения?
- Возможность этапного комбинирования основных методов хирургического лечения.

Материалы и методы

За период с 1999 по 2003 было прооперировано 34 больных с различными формами спастической кривошеи в возрасте от 15 до 53 лет (средний возраст — 37,3 года). Из них подавляющее большинство 23(68%) составили больные от 41 до 55 лет. По половому признаку среди исследуемых преобладали женщины 21(62%), мужчин 13(38%). Длительность заболевания колебалась от 1 года до 25 лет (средняя 5,8 лет). У всех пациентов была идиопатическая спастическая кривошея. По виду больные спастической кривошей распределились следующим образом: латероколлис — 7(21%), ретроколлис-1(3%), смешанный вариант — 26(76%).

Для оценки тяжести заболевания использовали модифицированную шкалу Tsui и соавт. [2]

По специальной формуле вычислялся процент улучшения после каждого вмешательства. Выделяли четыре группы оценивающие послеоперационный результат как: отличный (степень улучшения по Maentel-Haenzel от 71 до 100%), хороший (степень улучшения по Maentel-Haenzel от 31 до 70%), удовлетворительный (степень улучшения по Maentel-Haenzel от 1% до 30%), неудовлетворительный и ухудшение состояния.

По степени тяжести было выделено четыре группы:

1. Легкая (от 1 до 4 баллов по шкале Tsui) — 1 больной(3%).
2. Средняя (от 5 до 8 баллов по шкале Tsui) — 10 больных(29%).
3. Тяжелая (от 9 до 12 баллов по шкале Tsui) — 17 больных(50%).

4. Очень тяжелая (от 13 до 15 баллов по шкале Tsui) — 6 больных (18 %).

По форме кривошеи больные распределились следующим образом: тоническая форма была у 8 больных(23,5%), клоническая у 5(14,5%), и тонико-клоническая у 21(62%).

По типу течения выделены следующие варианты: быстро прогрессирующий — 13(38%), медленно прогрессирующий — 21(62%).

Всего 34 больным было произведено 71 хирургическое вмешательство. Из них денервация кивательной мышцы подверглись 33(97%) больных, задней селективной ризотомии 21(62%) больных, денервации трапециевидной мышцы 14(41%) больных, стереотаксической деструкции зубчатого ядра мозжечка 4(12%).

Группе больных с латероколлисом выполнялась денервация кивательной мышцы, одной больной с ретроколлисом была произведена двухсторонняя задняя селективная ризотомии, остальным больным, имеющим смешанную форму, выполнялись последовательно, в зависимости от преобладания той или иной мышечной группы, все этапы хирургического лечения до достижения приемлемого эффекта.

Результаты

Результаты хирургического лечения оценивали с помощью непараметрического критерия знаков(G-критерий). После каждого этапа денервации цервикальной мускулатуры отмечали статистически достоверное улучшение в состоянии пациентов $z=0$ $p<0,01$, улучшение после дентатотомии в виду малочисленной группы статистически недостоверно $z=0$ $p>0,05$.

Анализируя группу больных с латероколлисом, а это в основном пациенты, имеющие умеренную степень тяжести заболевания, можно видеть, что всем им выполнена только денервация кивательной мышцы. Выздоровление наступило у двух пациентов, остальные пациенты перешли в группу с меньшей степенью тяжести (улучшение по Maentel-Haenzel от 62 до 87,5%).

В группе больных смешанной формой (26 пациентов) после первого этапа хирургического лечения, всем больным была произведена денервация кивательной мышцы, у всех больных зафиксировано улучшение состояния. Больных с удовлетворительным результатом было 18(69%), с хорошим 8(31%). Ухудшения состояния или отсутствие эффекта не было ни в одном случае.

Второй этап хирургического лечения потребовался 22 из 26 пациентов, в среднем повторное хирургическое лечение выполнялось спустя два месяца после предыдущей операции, остальных пациентов не оперировали

либо в связи с наступившим улучшением (2 пациента), либо с отсутствием желанья у самого больного (2 пациента).

После второго этапа хирургического лечения (задняя селективная ризотомия) отмечено дальнейшее улучшение состояния у большинства больных 18(86%), у 3 больных динамики процесса не отмечалось, ухудшения состояния не было ни в одном случае.

Больных с хорошим результатом 9 (40%), с удовлетворительным 9(40%), эффекта не отмечалось у 3(20%) пациентов.

Денервация трапециевидной мышцы выполнена 14 больным, остальные ввиду улучшения состояния от хирургического лечения воздержались, хотя у 6 из 7 сохранялся гиперкинез, преимущественно за счет тонического компонента, и умеренный болевой синдром.

В послеоперационном периоде эффекта не было у двух пациентов, у остальных, в той или иной степени, наступило улучшение. Результаты у всех больных оценены как удовлетворительные.

Стереотаксической дентатотомии подверглись 4 пациента. Это были больные с длительным анамнезом заболевания (от 15 до 25 лет) имели очень тяжелую степень СК, преимущественно тонической формы, а также незначительный эффект от предыдущих этапов хирургического лечения. Отсутствие эффекта от предыдущих оперативных вмешательств, по нашему мнению, объясняется формированием сочетанной контрактуры (миогенной, вертеброгенной) со значимым повышением тонуса аутохтонных мышц шеи. Улучшения в раннем послеоперационном периоде наступило у всех пациентов.

Обсуждение результатов

Анализируя полученные результаты хирургического лечения больных смешанной формой и сопоставляя эти результаты с клинко-электромиографическими особенностями пациентов в дооперационном периоде, можно выделить следующие варианты смешанной формы спастической кривошеи в зависимости от степени участия в формировании патологической позы установки.

1 вариант — кивательная, трапециевидная мышца и задняя группа вовлечены в процесс на одной стороне.

2 вариант — кивательная мышца и задняя группа на одной стороне, трапециевидная с противоположной.

3 вариант — кивательная и трапециевидная с одной стороны, задняя группа с другой.

4 вариант — кивательная на одной стороне, задняя группа и трапециевидная мышца на другой.

Предложенная классификация, по нашему мнению удобна, потому как отражает вовлечение в процесс основных мышечных групп. Она интересна с практической и научной точки зрения, так как дает представление о многообразии вариантов смешанной формы, позволяет судить о целесообразности различных хирургических вмешательств.

В нашем случае больные смешанной формой в количестве 26 были распределены следующим образом:

1 вариант — кивательная, трапециевидная мышца и задняя группа вовлечены в процесс на одной стороне — 4(15,5%) больных.

2 вариант — кивательная мышца и задняя группа на одной стороне, трапециевидная с противоположной — 5(19,5%) больных.

3 вариант — кивательная и трапециевидная с одной стороны, задняя группа с другой — 10(38%) больных.

4 вариант — кивательная на одной стороне, задняя группа и трапециевидная мышца на другой — 7(27%) больных.

Все больные имели стаж заболевания 3 года и выше. В группе больных с 1 вариантом смешанной формы преобладал тонический гиперкинез, в группе больных со 2 и 3 вариантом преобладал гиперкинез клонико-тонического характера, а в группе больных с 4 вариантом клонического характера. Болевой синдром анализировался по визуально-аналоговой шкале и был значительно выражен преимущественно у больных с 1 и 3 вариантом. Группе больных с 4 вариантом было свойственно быстрое прогрессирование болезни, тогда как в остальных преобладал вариант течения заболевания с медленным прогрессированием. Группа больных с 4 вариантом смешанной формы оказалась абсолютно резистентной ко всем видам консервативного лечения. Эффективность хирургического лечения в отношении гиперкинеза оценивали по шкале Tsui, в отношении болевого синдрома применялась визуально-аналоговая шкала (исчезновение болевого синдрома, значительное уменьшение, уменьшение, незначительное уменьшение, сохранение боли той же интенсивности, усиление болевых ощущений). Хорошие результаты и отличные в отношении степени регресса гиперкинеза наблюдались в группах больных с 1, 3, 4 вариантом смешанной формы, преимущественно удовлетворительные в группе больных с 3 вариантом. В отношении болевого синдрома отличные (исчезновение болевого синдрома) и хорошие (значительное уменьшение) результаты отмечены в группах 2, 3 и 4 вариантов смешанной формы, удовлетворительные (уменьшение, и не значительное уменьшение болевого синдрома) результаты в группе больных с 1 вариантом смешанной формы.

Выводы

1. Механическая денервация цервикальной мускулатуры эффективна в отношении всех основных симптомов спастической кривошеи. Эффективность механической денервации сопоставима с эффективностью терапии ботулиническим токсином, но выгодно отличается от этого метода лечения однократным вмешательством на мышцах шеи, минимальным количеством осложнений. Хирургическую денервацию цервикальной мускулатуры можно рекомендовать при отсутствии эффекта от терапии ботулиническим токсином, а также при наличии толерантности к препаратам ботулинического токсина.

2. По нашему мнению, целесообразно разделить смешанной формы спастической кривошеи на варианты, в зависимости от заинтересованности различных мышечных групп, т.к. имеются характерные особенности не только по виду гиперкинеза, но и по форме и преобладанию болевого синдрома. Дальнейшее изучение различных вариантов смешанной формы позволит сделать выводы о целесооб-

разности консервативной терапии, а также того или иного этапа хирургического лечения.

3. Стереотаксическая деструкция зубчатого ядра мозжечка должна применяться на заключительном этапе хирургического лечения СК, и выполняться с целью уменьшения тонуса аутохтонной мускулатуры, хирургическая денервация которой технически не выполнима.

Литература

1. Diamond S. G., Markham C. H., Baloh R.W. Arch.Neurol. 1988; 45: 164-169.
2. Tsui J. K., Eisen A., Mar Jet al. Canad.J.neurol.Sci. 1986; 12: 314-316
3. Blackie J. D., Lees A. J. J.Neurol.Neurosurg. Psychiat. 1990; 53: 8: 640-643.
4. Chen X. Selective resection and denervation of cervical muscles in the P.N. Treatment of spasmodic torticollis: results in 60 cases Neurosurgery. 680-8. 1981; 8 (6).
5. Speelman J. D., van Manen J., van Bensekom G. T. The Foerster Dandy operation for the treatment of spasmodic torticollis Acta Neurochir. 1987; 39: 85-87.
6. Shima F., Fukui M., Kitamura K. Diagnosis and surgical treatment of spasmodic torticollis of 11th nerve origin Neurosurgery. 1988; 2: 2: 358-364.
7. Кандель Э. И. Функциональная и стереотаксическая нейрохирургия. М., 1981.

Полный список литературы см. на сайте urmj.ru

Болевой синдром при спастической кривошее и методы ее коррекции

Э. С. Садырева

ГУЗ «Свердловская областная клиническая больница №1», неврологическое отделение

Резюме

В клинической картине спастической кривошеи (СК) ведущим синдромом является локальная мышечная дистония в мышцах шеи. По данным литературы, болевой синдром выявляется у 62% пациентов со СК. Проведено сравнение двух репрезентативных групп пациентов (n=29), пролеченных современными методами лечения: инъекциями ботулотоксина типа А — Диспорта (n=15) и Дипроспана (n=14) в вовлеченные в дистонический синдром мышцы. Показан идентичный противоболевого эффект в обеих группах через 1 месяц после инъекции. При оценке отдаленных результатов — через 3 месяца после введения препаратов, более пролонгированный обезболивающий эффект отмечен в группе, получавшей инъекции ботулотоксина типа А. В группе пациентов, пролеченных Дипроспаном, через 3 месяца выраженность болевого синдрома по шкалам ВАШ и TWSTRS имела тенденцию к возврату на исходный уровень.

Ключевые слова: спастическая кривошея, боль, ботулотоксин типа А, Дипроспан, лечение.

Спастическая кривошея относится к локальной форме мышечной дистонии, проявляющейся тоническими, клоническими или тонико-клоническими спазмами мышц шеи, что приводит к развитию болезненных и инвалидизирующих патологических поз. Этиология до настоящего времени не уточнена. Патогенез остается не раскрытым, так как дистония не имеет четкого и однозначного морфологического субстрата в мозге и, по-видимому, обус-

ловлена субклеточными нейромедиаторными и нейродинамическими нарушениями функциональных взаимоотношений в определенных мозговых системах, в том числе, между правым и левым полушарием, между центральными и периферическими звеньями постуральной регуляции [1].

Современные клинические исследования доказали высокую эффективность ботулотоксина для лечения больных со спастической