

улучшение кратковременной памяти, способности к запоминанию новой информации, снизилась выраженность конфабуляций (ложных воспоминаний). Пациент начал проявлять более критическое отношение к своему состоянию.

2. Результаты, полученные в ходе наблюдения, позволяют говорить о высокой эффективности препарата.

3. Препарат акатинола мемантина может включать следующие побочные действия: головокружение, головную боль, сонливость, повышенную возбудимость, повышение артериального давления. К менее частым побочным эффектам относят спутанность сознания и судороги. За время приема акатинола мемантина пациент не отмечал негативного воздействия, что в свою очередь позволяет считать препарат перспективным вариантом для терапии пациентов с данным расстройством.

СПИСОК ИСТОЧНИКОВ

1. Остроглазов, В.Г. Корсаковский синдром / В.Г. Остроглазов. – Текст: электронный // Большая российская энциклопедия. – 2010. – Т. 152. – С. 78. – URL: <https://old.bigenc.ru/medicine/text/2100118> (дата обращения: 22.03.2025).
2. Применение акатинола мемантина для лечения корсаковского синдрома: клинический случай / Н.А. Тювина, Т.Н. Максимова, С.В. Прохорова, О.В. Высокова. – Текст: электронный // Неврология, нейропсихиатрия, психосоматика. – 2020. – Т. 12. – № 6. – С. 124– 130. – URL: <https://nnp.ima-press.net/nnp/article/view/1480> (дата обращения: 22.03.2025).
3. Кривошапкина, Е.Г. Мемантин в терапии когнитивных расстройств / Е.Г. Кривошапкина, Е.И. Гусев, Л.В. Стаховская. – Текст: электронный // Журнал неврологии и психиатрии им. С.С. Корсакова. – 2010. – Т. 110. – № 12. – С. 62– 67. – URL: https://journaldoctor.ru/upload/iblock/c91/9.pdf?utm_source.com (дата обращения: 22.03.2025).
4. The Korsakoff syndrome: clinical aspects, psychology and treatment / M. D. Kopelman, A. D. Thomson, I. Guerrini, E. J. Marshall. – Текст: электронный // Alcohol and Alcoholism. – 2009. – Vol. 44. – № 2. – P. 148 – 154. – URL: https://academic.oup.com/alcalc/article-abstract/44/2/148/185585?redirectedFrom=fulltext&login=false&utm_source.com (дата обращения: 22.03.2025).
5. Müller, U. / Memantine in moderate to severe dementia of the Alzheimer type: a double-blind, placebo-controlled trial investigating efficacy, safety and tolerability / U. Müller, G. Schafer. – Текст: электронный // Journal of Neural Transmission. – 2003. – Vol. 57. – № 3. – P. 149– 150. – URL: https://www.researchgate.net/publication/10662937_A_placebo-controlled_study_of_memantine_Ebixa_in_dementia_of_Wernicke-Korsakoff_syndrome (дата обращения: 22.03.2025).

Сведения об авторах

А.С. Горчакова – студент

Ю.В. Лысак* – студент

Д.С. Черепанова – ассистент кафедры

Я.Ю. Евдокимова – врач– невролог

Information about the authors

A.S. Gorchakova – Student

Y.V. Lysak* – Student

D.S. Cherepanova – Department Assistant

Y.Y. Evdokimova – Neurologist

***Автор ответственный за переписку (Corresponding author):**

silentjull3@gmail.com

УДК 616.8– 009.293

КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ: ЦЕРВИКАЛЬНАЯ ДИСТОНИЯ И СЛОЖНОСТИ ОПЕРАТИВНОГО РАЗРЕШЕНИЯ

Гусев Вадим Венадьевич^{1,2}, Рябов Владислав Владимирович¹

¹Кафедра неврологии и нейрохирургии

ФГБОУ ВО «Уральский государственный медицинский университет» Минздрава России

²ГАУЗ СО «Центральная городская клиническая больница №23»

Екатеринбург, Россия

Аннотация

Введение. Из- за отсутствия достаточного опыта в мировой и отечественной практике по хирургическому лечению цервикальной дистонии, не показавшей удовлетворительного эффекта на фоне медикаментозного лечения и с неопределенными отдаленными результатами представляет особый интерес собственное клиническое наблюдение. **Цель исследования** – представить описание собственного клинического опыта со спастической кривошеей после оперативной денервации кивательной мышцы, с целью расширения базы знаний и возможной тактики наблюдения подобной группы пациентов. **Материал и методы.** С целью описания данного клинического случая была проанализирована персональная документация пациента, проходившего лечение и наблюдение в ГАУЗ СО «ЦГКБ № 23». Обзор подобных клинических случаев и поиск научной литературы

осуществлялся на платформе «PubMed», «Google Scholar», «КиберЛенинка» et «elib. USMA». **Результаты.** В работе представлен случай развития послеоперационного рецидива спастической кривошеи, возникшей через 6 месяцев после предшествующей оперативной денервации m. sterno– cleido– mastoideus. Следование траектории, ведущей к хирургическому разрешению, возникло на основании непродолжительного положительного эффекта на ботулинотерапию и малоэффективного ответа консервативной терапии «дневными» транквилизаторами. Данный метод хирургического лечения не имеет достаточного уровня убедительности, а также обладает низкой степенью рекомендаций в отличие от регламентированного национальными клиническими рекомендациями и утвержденных Минздравом РФ метода глубокой стимуляции мозга (DBS). **Выводы.** Хирургическое лечение, подобранное с учетом индивидуальных особенностей клинико– неврологического статуса пациента, является ценной альтернативой при долгосрочном лечении цервикальной дистонии, когда отсутствует адекватный ответ на медикаментозную терапию. Однако метод хирургического лечения должен обладать приемлемым уровнем доказательности и высокой степенью рекомендации (за исключением индивидуальных случаев).

Ключевые слова: дистония, цервикальная дистония, спастическая кривошея, ботулинотерапия, хирургическая денервация.

CLINICAL CASE: CERVICAL DYSTONIA AND DIFFICULTIES OF SURGICAL RESOLUTION

Gusev Vadim^{1,2}, Ryabov Vladislav¹

¹Department of Neurology and Neurosurgery, Ural State Medical University, Ministry of Health of the Russian Federation

²City Clinical Hospital 23

Yekaterinburg, Russia

Abstract

Introduction. Due to the lack of sufficient experience in the global and domestic practice of surgical treatment of cervical dystonia, which has not shown a satisfactory effect against the background of drug treatment and with uncertain long– term results, our own clinical observation is of particular interest. **The aim of the study** is to present a description of our own clinical experience with spastic torticollis after surgical denervation of the nodular muscle, in order to expand the knowledge base and possible tactics for monitoring such a group of patients. **Material and methods.** In order to describe this clinical case, the personal documentation of a patient undergoing treatment and follow– up at the Central City Clinical Hospital No. 23 was analyzed. A review of such clinical cases and a search for scientific literature were carried out on the PubMed, Google Scholar, CyberLeninka and elib.USMA platforms. **Results.** The article presents a case of postoperative recurrence of spastic torticollis that occurred 6 months after the previous surgical denervation of the sternocleidomastoid muscle. The choice of the path leading to surgical treatment arose on the basis of the short– term positive effect of botulinum therapy and the ineffective response to conservative therapy with "daytime" tranquilizers. This method of surgical treatment does not have a sufficient level of persuasiveness, and also has a low degree of recommendations, unlike the deep brain stimulation (DBS) method, regulated by national clinical guidelines approved by the Ministry of Health of the Russian Federation. **Conclusions.** Surgical treatment, tailored to the individual characteristics of the patient's clinical and neurological status, is a valuable alternative in the long– term treatment of cervical dystonia when there is no adequate response to drug therapy. However, the surgical treatment method must have an acceptable level of evidence and a high degree of recommendation (except in individual cases), as well as mandatory personalization in relation to the patient and his clinical characteristics.

Keywords: dystonia, cervical dystonia, spastic torticollis, botulinum therapy, surgical denervation.

ВВЕДЕНИЕ

Цервикальная дистония (ЦД) – расстройство экстрапирамидной системы двигательного характера, сопровождающееся перманентными или повторяющимися произвольными сокращениями мышц, ведущих к формированию вынужденного положения шеи и головы, и нередким развитием немоторной симптоматики [1]. Цервикальная дистония, или спастическая кривошея, представляет собой фокальную форму дистонии и по современным данным встречается чаще, чем любая другая (общая распространенность – 9,95 случаев на 100 тыс., где блефароспазм – 2,82, оромандибулярная – 0,57, ларингеальная – 0,40 на 100 тыс. населения) [2]. Этиологически чаще всего ЦД является идиопатической, однако современное медицинское сообщество существенно продвинулось в изучении этиопатогенеза данного экстрапирамидного расстройства (в том числе в поиске генов– кандидатов ЦД).

В настоящее время не существует способа для окончательной диагностики идиопатической дистонии (распространенность которой около 30,85/100 тысяч – [2]) и золотым стандартом является клинический диагноз, основанный на анамнезе, клинических проявлениях и феноменологии. В исследованиях идиопатической дистонии часто полагались

на опыт врачей в выявлении диагностических признаков, но даже среди экспертов возникали разногласия, особенно если симптомы были слабо выраженными. Важно понимать, что верификация правильного диагноза особо важна для лечения и/или реабилитации, поэтому коррекция цервикальной дистонии до сих пор остается актуальной проблемой современной неврологии и нейрохирургии, в которой до сих пор нет единого мнения в отношении последовательности медицинских мероприятий, потенциально корригирующих ЦД, в т.ч. консервативной и хирургической линий разрешения [3]. Немоторная симптоматика (болевого синдром, социофобии, депрессия, тревога) дополнительно к нетрудоспособности и бытовой несостоятельности значительно увеличивает степень социальной настороженности к этой проблеме и диктует повышенное внимание к более тщательной разработке мероприятий, направленных на лечение и реабилитацию.

Цель исследования – представить описание собственного клинического опыта в ведении пациента со спастической кривошеей после оперативного вмешательства, с целью расширения базы знаний и возможной тактики наблюдения подобной группы пациентов.

МАТЕРИАЛ И МЕТОДЫ

С целью описанию данного клинического случая была проанализирована персональная документация пациента В., который получает дальнейшее лечение на базе ГАУЗ СО «ЦГКБ № 23». В работе использовались методы статистического и логического анализа. Обзор подобных клинических случаев и поиск научной литературы осуществлялся на платформе «PubMed», «Google Scholar» et «elib. USMA».

РЕЗУЛЬТАТЫ

Пациент В. 1978 года рождения (46 лет), считает себя больным с августа 2009 года, когда стало «затягивать» голову в левую сторону. Начало заболевания ни с чем не связывает, провоцирующих факторов не отмечает. У родственников подобные симптомы не отмечались. В январе 2010 года возникли проблемы с глотанием, а также сформировался насильственный поворот головы влево с последующей ее фиксацией. В начальной стадии заболевания пациенту удавалось компенсировать насильственное положение головы с помощью корригирующего жеста – легкого касания лба, однако через несколько месяцев данный прием утратил свое влияние на вынужденный поворот.

На основании анамнеза и клинической картины выставлен диагноз – G24.3 (МКБ– 10): Мышечная дистония– тремор, сегментарная форма: тортикоколлис влево, латеральный шифт вправо с вовлечением мышц плечевого пояса. Проводилась дифференциальная диагностика с: подвывихом в атлантоаксиальном суставе, подвывихом плеча, искривлением позвоночника, объемными образованиями в мягких тканях шеи, наклоном головы при сирингомиелии или высокой спинальной опухоли, острой кривошеей при патологии шейных межпозвоночных дисков, психогенной кривошеей.

С 2010 года – ботулинотерапия препаратами различной дозировки (Ксеомин 300 ЕД, Диспорт 1000– 1500 ЕД, ботокс 200– 300 ЕД) в среднем 1 раз в три месяца. При оценке тяжести ЦД по шкале TWSTR отмечался положительный эффект на протяжении 1,5– 2,5 месяцев до 50% от исходного уровня. Консервативная терапия «дневными» транквилизаторами сопровождалась лишь минимальным клиническим эффектом.

В конце апреля 2014 года проведено оперативное вмешательство следующих объемов: денервация правой кивательной мышцы (m. sterno– cleido– mastoideus), после которой положительный эффект сохранялся в течение полугода с момента операции. В дальнейшем пациент стал отмечать постепенное и неуклонное возвращение прежних симптомов, клиническая симптоматика вернулась на первоначальный уровень в течение нескольких месяцев (за исключением суточных флуктуаций, которые сохранялись на всем протяжении течения заболевания). В последующем периоде пациент получал лечение по классической схеме (ботулинотерапия, кинезотерапия, периодически транквилизаторы), с временным улучшением.

ОБСУЖДЕНИЕ

Согласно клиническим рекомендациям («Дистония», 2021), утвержденных Минздравом Российской Федерации, ботулинотерапия при ЦД рекомендуется как терапия первой линии [4]. На основании многих исследований Ботулиническому токсину типа– А–гемагглютинин комплекс (БТА) (300 ЕД, 500 ЕД) присвоен наивысший уровень рекомендаций (А).

Как правило, к хирургическим методам обращаются только тогда, когда ответ на медикаментозную терапию был недостаточный. Такой сценарий ответа на фармакотерапию прослеживается и в нашем клиническом примере, где эффективность ботулотоксин–опосредованной хемоденервации была непродолжительной. Однако в клинических рекомендациях последних лет нет упоминания о таком оперативном вмешательстве, как селективная оперативная денервация мышц при ЦД, хотя последняя также относится к традиционным хирургическим методам лечения спастической кривошеи, наряду с глубокой стимуляцией мозга (DBS – Deep Brain Stimulation), чаще – внутренней части бледного шара, а также периферической миотомией [5].

Данное оперативное вмешательство было впервые произведено в середине XVII в. немецким хирургом Minnius, который произвел миотомию брюшка m. sterno– cleido– mastoideus, однако позже французский хирург Dupuytren предложил рассекать сухожильные концы указанной мышцы. Основы денервационной техники при ЦД заложил известный отечественный хирург – И. В. Буяльский, производивший в XIX в. перерезку n. accessorius для лечения спастической кривошеи [6]. Позже возникли различные модификации, которые на данный момент имеют в основном исторический интерес. С постепенным развитием хирургических техник и технологий, денервация кивательной мышцы как оперативное разрешения латероколлиса все больше отходит на задний план; современные тенденции не только отечественного, но и мирового здравоохранения требуют более таргетного подхода к лечению ЦД.

Предыдущие исследования хирургического лечения цервикальной дистонии показали, что послеоперационные симптомы и осложнения проявляются с разной степенью выраженности. В работе J. K. Krauss et al. долгосрочная польза оценивалась с помощью общего показателя эффективности и модифицированной Торонтской западной шкалы оценки спастической кривошеи (TWSTRS) у тех 34 пациентов, которые были доступны для недавнего повторного обследования. Средняя продолжительность долгосрочного наблюдения составила 6,5 лет. Общий результат был оценен как отличный у девяти пациентов (21%), как заметный у 12 (27%), как умеренный у девяти (21%), как слабый у девяти (21%) и как отсутствие улучшения у пяти (11%) [7]. Пациенты с отличным результатом в среднем перенесли больше хирургических вмешательств, чем те, кто не получил пользы.

При анализе работ отечественных авторов (ГАУЗ СО ГKB №40, г. Екатеринбург) выздоровление пациентов, имеющих латероколлис, после селективной денервации кивательной мышцы, наступило только у двух больных (≈29%), а остальным (≈71%) была выставлена меньшая степень тяжести (по Maentel– Haenzel улучшение составило 62– 87,5%) [3].

В нашем клиническом случае положительная динамика сохранялась на протяжении 6 месяцев, после чего симптомы выросли до прежнего уровня. Является ли такой исход примером менее корректной тактики лечения в виде оперативного разрешения путем денервации – ответить сложно; изначально мы не имели данных о вероятном реабилитационном потенциале этого пациента, о специфических индивидуальных особенностях оперативного вмешательства, понадобившегося на фоне того, что ответ на фармакотерапию ботулотоксином вышел на клиническое плато, а далее приобрел динамически регрессивный характер.

Рекомендуемая хирургическая технология с использованием DBS (уровень доказательности А), когда нет значимого эффекта после консервативного или ботулотоксин–денервационного лечения, требует соответствующего опыта и знаний у многопрофильной

команды, однако обладает неплохими отдаленными результатами (через 1– 2 года наблюдается снижение тяжести состояния на 50– 70%, регрессирование степени жизнеограничивающих осложнений на 60– 70% и т.д.), так как имеет более таргетный подход, что обеспечивает наиболее вероятный положительный эффект данной специфической методики [4].

ВЫВОДЫ

1. Только качественное понимание этиопатогенеза ЦД, внимательный подход к определению дальнейшей тактики лечения (независимо от того, будет ли оно медикаментозным или хирургическим), а также тщательное определение индивидуальных особенностей клинической картины пациента дает возможность эффективной коррекции данного экстрапирамидного расстройства и максимальным снижением рисков.

2. Хирургическое лечение путем денервации m. sterno– cleido– mastoideus не имеет убедительных данных доказательности, а также обладают слабой степенью рекомендаций. В отличие от DBS– технологии, которая (при отсутствии значимой эффективности) демонстрируют хорошие отдаленные результаты.

3. Важно помнить, что хирургическое лечение, подобранное с учетом особенностей дистонической активности конкретного пациента, является ценной альтернативой при долгосрочном лечении цервикальной дистонии, когда отсутствует адекватный ответ на медикаментозную терапию.

СПИСОК ИСТОЧНИКОВ

1. ПСИХИЧЕСКАЯ ПАТОЛОГИЯ ПРИ ЦЕРВИКАЛЬНОЙ ДИСТОНИИ (Обзор литературы) / М. А. Самушия, А.А. Рагимова, А. Ф. Иволгин [и др.] – текст: электронный // Кремлевская медицина. Клинический вестник. – 2019. – Т. № 4. – С. 105– 119.
2. The Prevalence of Idiopathic or Inherited Isolated Dystonia: A Systematic Review and Meta– Analysis / A. Medina, C. Nilles, D. Martino [et al.]. // The Journal of Movement disorders clinical practice. – 2022. – Vol. 9(7). – P. 860– 868.
3. Митрофанов А. В. Хирургическое лечение спастической кривошеи / А. В. Митрофанов, В. В. Скрыбин // УРМЖ. Клинические исследования. Неврология. – 2008. – Т. №1 (41). – С. 81– 84.
4. Министерство здравоохранения Российской Федерации. Клинические рекомендации «Дистония». – 2021. – 66 с.
5. Selective Peripheral Denervation and Selective Nerve Injury for the Treatment of Cervical Dystonia Through a Periauricular Incision / B. Mailey, B. M., Sparkman, A. K. Sinha [et al.] // The Journal of Cureus. – 2024. – Vol. 16(4). – P. e58239.
6. Тюрников В. М. Хирургическое лечение краниальной и цервикальной дистонии / В. М. Тюрников, Е. Д. Маркова, Н. В. Добжанский. – текст: электронный // Нервные болезни. – 2007. – Т. № 3. – С. 28– 32.
7. Symptomatic and functional outcome of surgical treatment of cervical dystonia / J. K. Krauss, E. G. Toups, J. Jankovic, R. G. Grossman // The Journal of Neurol Neurosurg Psychiatry. – 1997. – Vol. 63(5). – P. 642– 648.

Сведения об авторах

В. В. Гусев – доктор медицинских наук, доцент, заведующий кафедрой неврологии и нейрохирургии

В. В. Рябов* – студент

Information about the author

V.V. Gusev – Doctor of Sciences (Medicine), Associate Professor, Head of the Department of Neurology and Neurosurgery

V.V. Ryabov* – Student

*Автор, ответственный за переписку (Corresponding author)

vladislavryabov68@gmail.com

УДК: 616– 009.7

ВСТРЕЧАЕМОСТЬ ВПЕРВЫЕ ВОЗНИКШИХ ИНСОМНИЙ, ГИПЕРСОМНИЙ И ДРУГИХ НАРУШЕНИЙ СНА ПОСЛЕ ПЕРЕНЕСЕННОГО ЗАБОЛЕВАНИЯ COVID – 19 У БОЛЬНЫХ С ПЕРВИЧНЫМИ ГОЛОВНЫМИ БОЛЯМИ

Коновалова Дарья Андреевна¹, Тверитин Евгений Александрович¹, Хамзин Дмитрий Владимирович¹, Чigareва Мария Львовна¹, Сизикова Елена Алексеевна¹, Дериглазова Елена Андреевна¹, Рязанова Анастасия Евгеньевна¹, Гилёв Денис Викторович², Полуэктов Михаил Гурьевич³, Лебедева Елена Разумовна^{1,4}

¹ФГБОУ ВО «Уральский государственный медицинский университет» Минздрава России

²ФГАОУ ВО Уральский федеральный университет имени первого Президента России Б.Н. Ельцина

Екатеринбург, Россия