

НЕКОТОРЫЕ ОСОБЕННОСТИ ТЕЧЕНИЯ И ДИАГНОСТИКИ ФОКАЛЬНЫХ МЫШЕЧНЫХ ДИСТОНИЙ

Кулак Арина Игоревна

студент, Гомельский государственный медицинский университет, Республика Беларусь, г. Гомель

Костюкевич Яна Павловна

студент, Гомельский государственный медицинский университет, Республика Беларусь, г. Гомель

Ридецкая Екатерина Николаевна

студент, Гомельский государственный медицинский университет, Республика Беларусь, г. Гомель

Чёрная Виктория Сергеевна

студент, Гомельский государственный медицинский университет, Республика Беларусь, г. Гомель

Усова Наталья Николаевна

научный руководитель, канд. мед. наук, доцент, Гомельский государственный медицинский университет, Республика Беларусь, г. Гомель

Введение

Дистония – это неврологический синдром, представляющий собой непроизвольные, длительные сокращения мышц и относится к гетерогенной группе гиперкинетических двигательных расстройств, которые приводят к скручиванию и повторяющимся движениям или неправильным положениям поражённой части тела. В результате введения с 1980-х г. ботулинической терапии в лечении дистонии, дистоническая поза и связанная с ней боль и дискомфорт заметно улучшились.

Дистония занимает 2-е место среди всех форм двигательных расстройств. Распространенность дистонии может составлять 30–60 случаев на 100000 населения для фокальных форм, которые манифестируют обычно в более позднем возрасте.

Наиболее частыми являются две формы дистонии: 1) блефароспазм – фокальная дистония, характеризующаяся усиленным морганием и непроизвольными зажмуриваниями глаз; 2) цервикальная дистония (спастическая дистония) – фокальная дистония, характеризующаяся непроизвольными сокращениями мышц шеи с формированием патологических положений головы и шеи. [1-3].

Цель

Изучить особенности течения и способы диагностики фокальных мышечных дистоний.

Материалы и методы

Обзор литературных источников по изучаемому вопросу.

Результаты

Современная усовершенствованная классификация дистонии:

А- этиология;

В- возраст начала;

С- распределение поражённых областей тела.

А- этиология

1. Первичная: единственный клинический признак – дистония.
2. Дистония – плюс: дистония (клинический признак) + двигательные расстройства.
3. Пароксизмальная: короткие эпизоды дистонии + нормальные состояния в промежутках между ними. Эти расстройства бывают идиопатические и симптоматические.
4. Наследственно- дегенеративная: дистония – главный симптом среди остальных неврологических проявлений наследственно-дегенеративного характера.
5. Вторичная: дистония – симптом установленного неврологического заболевания.

В- возраст начала

1. Раннее начало: (возраст 20-30 лет или раньше) вначале поражается нога или рука с последующим прогрессированием другой ноги или руки.
2. Позднее начало: начинается с шеи, краниальной мускулатуры, затем вовлекается рука. Характеризуется ограниченным прогрессированием на прилежащие мышцы.

С- распределение поражённых областей тела

1. Фокальная: поражается одна область тела (блефароспазм).
2. Сегментарная: поражаются смежные области тела (цервикальная и верхняя конечность).
3. Мультифокальная: поражаются несмежные области тела (верхняя и нижняя конечность).
4. Генерализованная: поражаются обе ноги и, как минимум, одна область тела (одна или обе конечности).
5. Гемидистония: поражаются половина тела [2].

Клиническая картина цервикальной дистонии характеризуется следующим признаками: дрожание или подёргивание головы, болевой синдром, ротация (характерный признак любой дистонии)

Болевой синдром: пациенты испытывают боль в 70-90% случаев в верхней конечности, плечевом суставе и шейно-воротниковой зоне.

Ротация: наиболее частое проявление цервикальной дистонии – это ротация головы (подбородка), обусловленная гипертонусом ипсилатеральной ременной мышцы головы и контралатеральной грудино-ключично-сосцевидной мышцы. Со временем вовлекаются другие мышцы, что проявляется изменением положения головы в одной, двух и трёх плоскостях.

Ротацию головы определяют по направлению смещения подбородка. Движения осуществляются в горизонтальной, фронтальной и сагиттальной плоскостях.

Начало заболевания чаще всего подострое. Прогрессирование дистонии происходит при усталости и психоэмоциональных нагрузках, в вертикальном положении. Уменьшение

выраженности дистонии наблюдается после сна. Как правило цервикальная дистония прогрессирует и в последствии служит причиной ограничения активности пациента в повседневной жизни. Для цервикальной дистонии характерны ремиссии, средняя длительность которых составляет 6 месяцев. В начале заболевания длительное время наблюдается волевой контроль над произвольными движениями головы [3].

Для проведения осмотра пациента, необходимо придать ему положение сидя или стоя, что способствует максимальной активации мышц, вовлеченных в дистонию. Для уменьшения волевого контроля со стороны пациента следует его попросить расслабиться, закрыть глаза и оставаться в вертикальном положении, что приведёт к патологическому положению головы.

При клиническом осмотре не всегда симптомы цервикальной дистонии очевидны. В данной ситуации используются диагностические приёмы, которые выполняются следующим образом:

А- пациент находится в положении стоя и поворачивает голову на 45 градусов в сторону ротации головы в течение 20 секунд, затем на 45 градусов в противоположную сторону, что будет сопровождаться не удобством и усилением дистонической ротации головы в сторону кривошеи.

Б- пациент, стоя с максимально прямым положением головы фиксирует взгляд в сторону кривошеи в течение 10 секунд, затем в противоположную сторону на 10 секунд, в результате чего, пациент будет испытывать «неудобство взора».

В- в положении сидя, щипковыми движениями врач пальпирует кивательную мышцу, направленную контралатерально ротации или ременную мышцу на стороне ротации, что будет сопровождаться выраженной дистонической ротацией головы.

Г- в течение 20 секунд пациент ходит на месте с фиксацией взгляда вверх [4].

Выводы. Полиэтиологичность и разнообразие клинической картины фокальных мышечных дистоний, препятствующие верификации диагноза, подтверждают необходимость детального комплексного подхода к изучению данного вопроса. Это существенно облегчит дифференциальную диагностику и обеспечит своевременное назначение оптимальной терапии данного заболевания.

Список литературы:

1. Орлова О.Р., Тимербаева С.Л., Хатькова С.Е., Дутикова Е.М. Ботулинический токсин типа А как основа лечения расстройства движений // Руководство для врачей по материалам I Национального конгресса «Болезнь Паркинсона и расстройства движений».-2008.-С.217-222.
2. Defazio G., Livrea P. Epidemiology of primary blepharospasm. Mov Disord. 2002; 17(1): 7-12.
3. Орлова О.Р., Артемьев Д.В. Лечение токсином ботулизма фокальных дистоний и лицевых гиперкинезов // Неврологический журнал.-1998-Т.3.-№3.-С.28-32.
4. Конева Е.С., Хатькова С.Е., Албегова А.В., Сидякина И.В., Макарова М.Р., Шаповаленко Т.В., Лядов К.В., Эффективность применения ботулинотоксинотерапии в комплексном лечении больных с постинсультным спастическим парезом // Анналы клин. И эксп. Неврологии.- 2010.- Т.4.- № 1.- С.29-33.
5. Brashear A. The botulinum toxins in the treatment of cervical dystonia. Semin. Neurol. 2001; 21 (1): 85-90.