



ГБОУ ВПО Кубанский Государственный медицинский университет
Кафедра Нервных болезней и нейрохирургии
Минздрава России
с курсом нервных болезней и нейрохирургии ФПК и ППС

ЦЕРВИКАЛЬНАЯ ДИСТОНИЯ (СПАСТИЧЕСКАЯ КРИВОШЕЯ)

Работу выполнили студенты
4 курса лечебного факультета 19 группы:

Дохаева Аза Зауровна

Манукян Петр Отарович

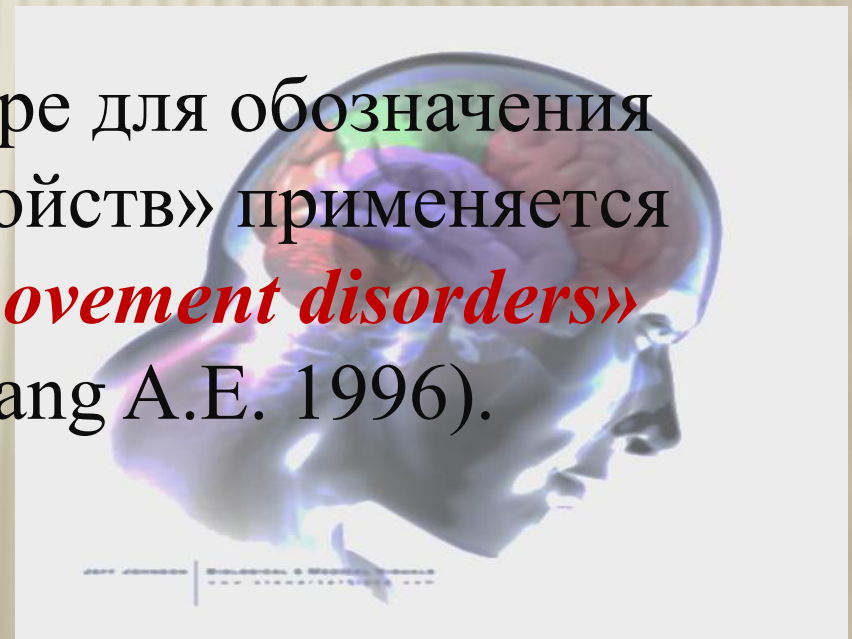
Научный руководитель: к.м.н *Михалева А.С.*

Экстрапирамидными расстройствами

называют двигательные нарушения, вызванные поражением базальных ганглиев или связанных с ними структур, включаемых в состав экстрапирамидной моторной системы.

(Петелин 1970; Мельничук, Яхно 1995; Шток 1998)

В англоязычной литературе для обозначения «Экстрапирамидных расстройств» применяется более широкий термин – *«movement disorders»* (расстройства движений) (Lang A.E. 1996).



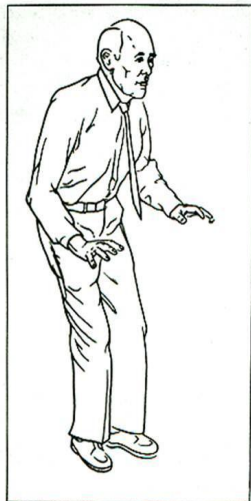
ОСНОВНЫЕ ЭКСТРАПИРАМИДНЫЕ СИНДРОМЫ:

Гипокинетические –

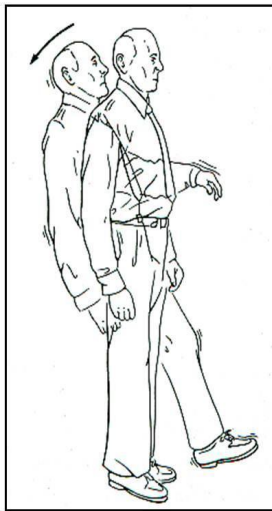
выражающиеся в ослаблении движений:

- ❖ Паркинсонизм (акинетико-ригидный синдром)
- ❖ Изолированная акинезия (без ригидности)

Parkinsonian Gait



Retropulsion



Fenestration

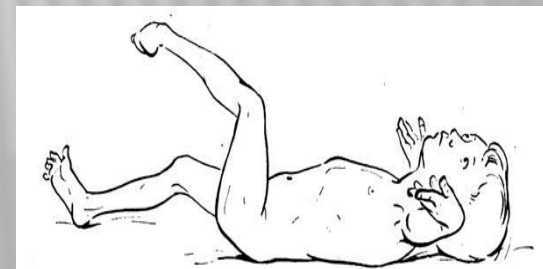


Рис. 3. Двойной атетоз.

Гиперкинетические (гиперкинезы):

- ❖ Тремор

ДИСТОНИЯ

одна из разновидностей *гиперкинетических расстройств* с весьма специфическими двигательными проявлениями.

Она представляет собой чрезвычайно многоликий клинический симптомокомплекс, который может вовлекать любые поперечно-полосатые мышцы и иметь различную степень генерализованности.



ДИСТОНИИ

По локализации гиперкинеза выделяют три основных варианта:

1. Краниальная дистония:

- блефароспазм
- окулогирная дистония
- дистонический тризм
- оромандибулярная дистония
- дистонический спазм круговой мышцы рта

2. Аксиальная дистония:

- цервикальная (спастическая кривошея)
- ларингеальная дистония (спастическая дисфония)
- дистония мышц разгибателей спины (дистонический гиперлордоз, «поза павлина»)
- дистонический сколиоз
- дистонический спазм мышц брюшного пресса («танец живота»)
- дистонический спазм мышц тазового пояса

3. Дистония конечностей:



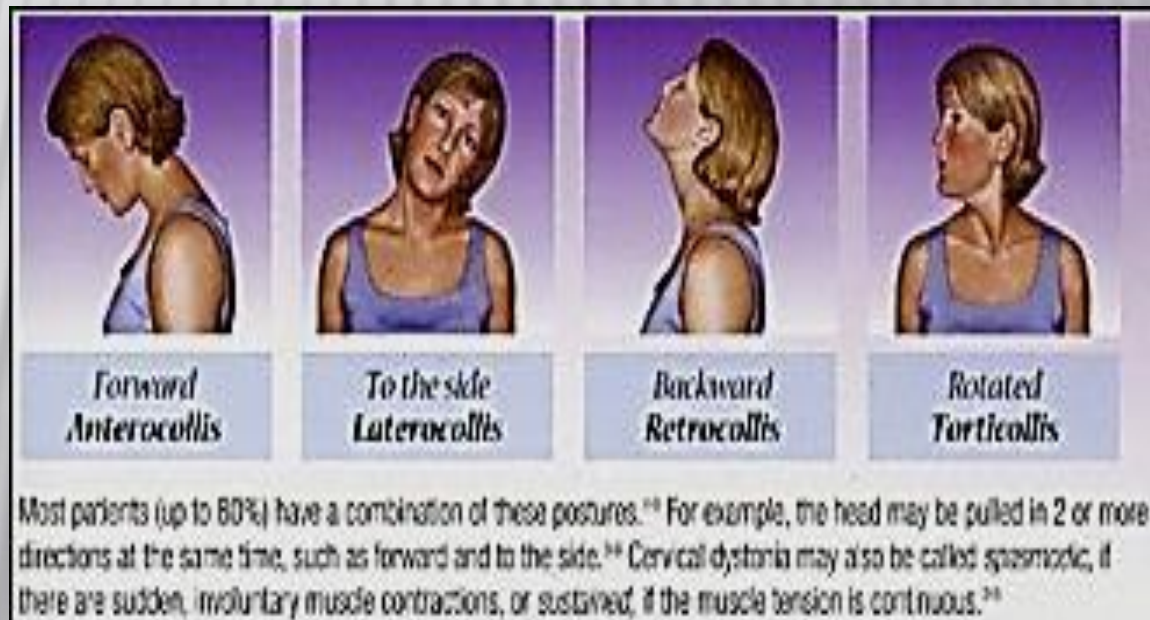
ЦЕРВИКАЛЬНАЯ ДИСТОНИЯ (СПАСТИЧЕСКАЯ КРИВОШЕЯ)

Самый частый вариант фокальной дистонии

Проявляется двумя основными феноменами:

- 1) Патологическим положением головы;
- 2) Патологическими(насильственными)движениями в мышцах шеи;

(Голубев В.Л. 1991;
Jancovic.et al,1991)



- ❖ В большинстве случаев **ЦД** начинается подостро или постепенно (в течение нескольких недель или месяцев)
- ❖ От 10 до 25% больных сообщают о ремиссиях, чаще отмечающихся в первые годы болезни (Голубев В.Л., 1991, Jancovic J. et al 1991)
- ❖ Основная жалоба больных **ЦД** – затруднение произвольных движений в мышцах шеи в связи с вынужденным положением головы
- ❖ Также типичным элементом кривошеи является ротация головы (ТОРТИКОЛЛИС), обусловленная гипертонусом кивательной мышцы (по мере прогрессирования вовлекаются все новые и новые мышцы)



В ЗАВИСИМОСТИ ОТ ПОЛОЖЕНИЯ ГОЛОВЫ ВЫДЕЛЯЮТ:

1. Тортиколлис –характеризующийся поворотом головы в сторону;(12%)
2. Латероколлис – наклон головы в сторону; (71%)
3. Антероколлис – наклон головы кпереди;(4%)
4. Ретроколлис – с наклоном кзади;(8%)
5. Комбинированный вариант(5%)



ПАТОЛОГИЧЕСКИЕ ДВИЖЕНИЯ, КОТОРЫЕ БЫВАЮТ РАЗЛИЧНЫ ПРИ ДВУХ ОСНОВНЫХ ФОРМАХ ЦД:

- ❖ *Тоническая форма* – фазический компонент движения выражен минимально или даже отсутствует («запертая голова»; «вколоченная голова»);
- ❖ *Клоническая форма* (более редкая) – фазический компонент выражен в виде подергиваний головы в сторону, напоминающих миоклонию;
- ❖ *Смешанная форма* (чаще всего) – *тониико-клоническая*, либо *клонико-тоническая*

ЦЕЛЬ РАБОТЫ:

Провести анализ распространённости, возрастных особенностей, клинических форм, особенностей течения, результативности лечения цервикальной дистонии по материалам кабинета экстрапирамидных расстройств ККП №1.

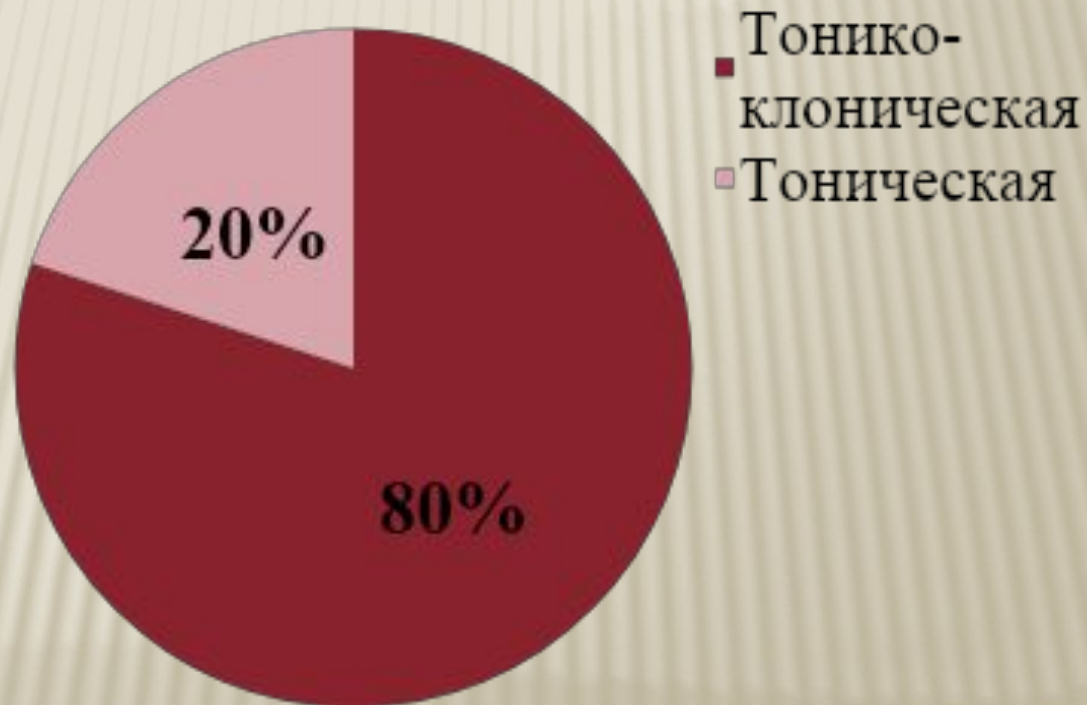


МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ



- ❖ Проанализировано 127 амбулаторных карт больных с локальными экстрапирамидными расстройствами, среди которых- 39 с **ЦД**. Метод отбора амбулаторных карт – случайный.
- ❖ Проводился подсчет распространённости данного заболевания среди лиц различного возраста, пола и места жительства.
- ❖ Определялась частота клинических форм, особенности и результативность лечения.

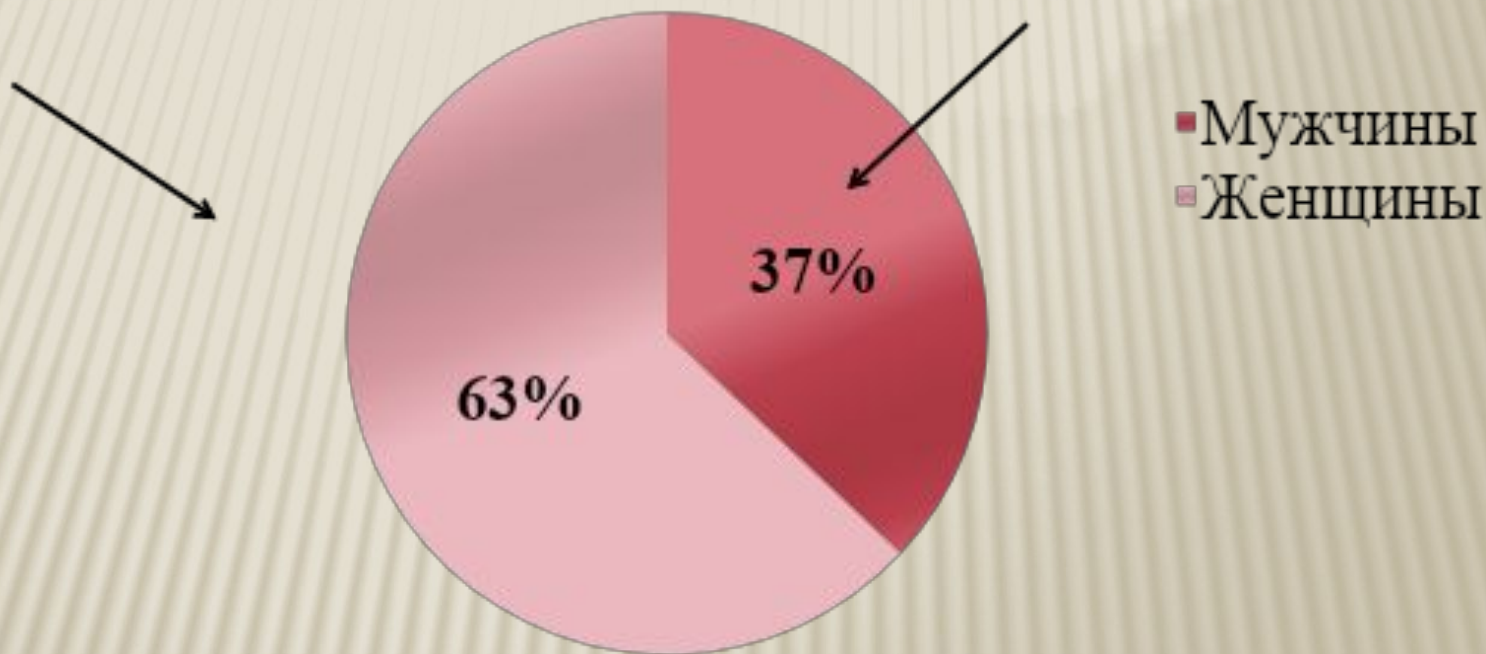
ФОРМЫ ЦЕРВИКАЛЬНОЙ ДИСТОНИИ



НАЧАЛО ЗАБОЛЕВАНИЯ И КЛИНИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ ЗАБОЛЕВАНИЯ ПРИ ДАЛЬНЕЙШЕМ ЕГО РАЗВИТИИ:

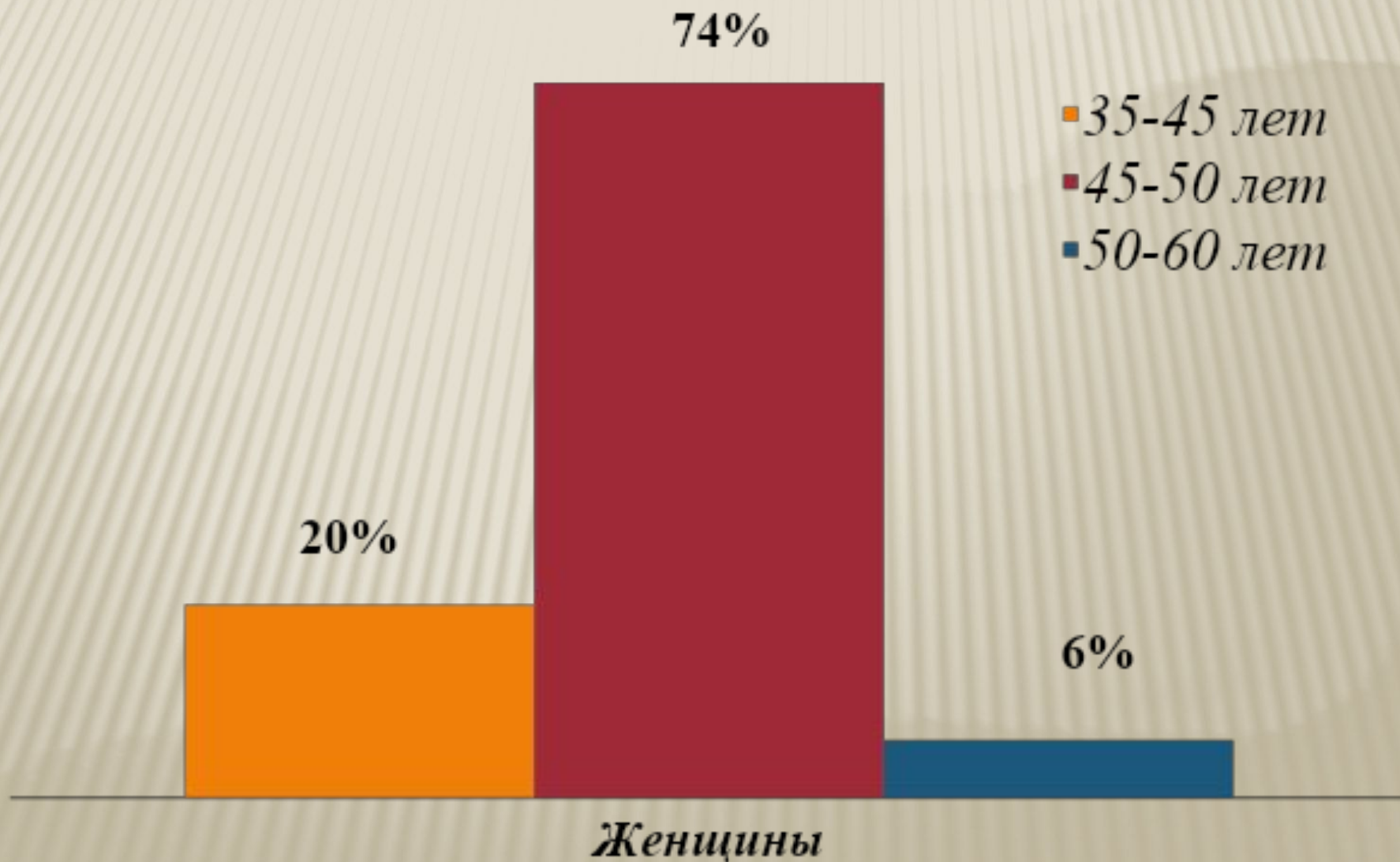
- постепенное с внезапных поворотов или вращательных движений головы у большинства – у 27 больных (69%)
- практически незаметное – легкий поворот или наклон подбородка в сторону - около 20%(8 больных)
- по типу «ревматических» болей в задних шейных мышцах - около 11% (4 больных)
- наименьшая выраженность симптомов в раннее утро - почти в 100% (37 пациентов с ЦД)

ЗАБОЛЕВАЕМОСТЬ



Причем, пик заболеваемости у женщин приходится на возраст 45- 50 лет , а мужчин в периоде 50-60 лет

Возрастная структура заболеваемости с учетом пола больных



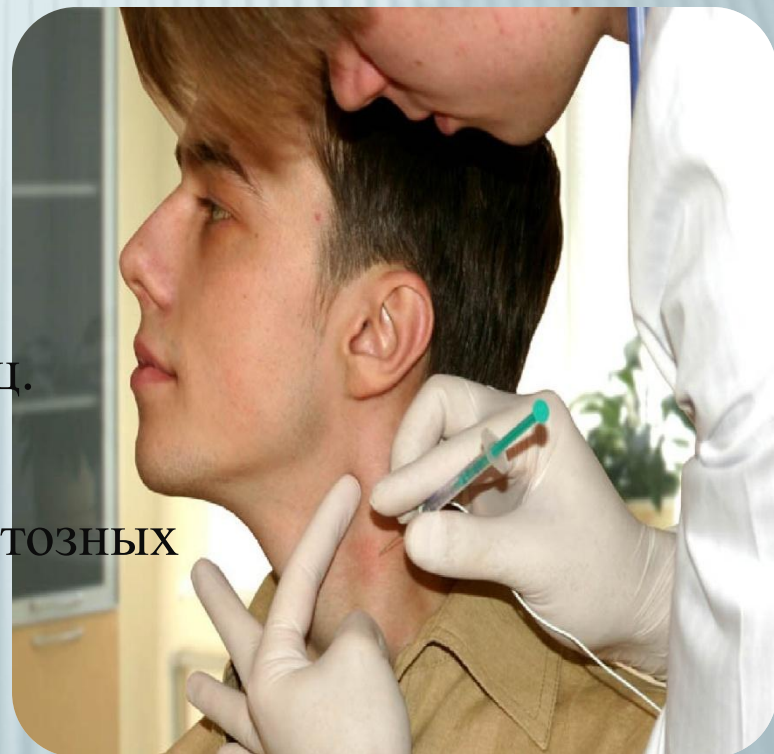
Возрастная структура заболеваемости с учетом пола больных



ОСНОВНЫЕ АСПЕКТЫ ЛЕЧЕНИЯ

В настоящее время наиболее эффективным методом лечения фокальных дистоний является терапия ботулотоксином А (Janovic J. Et al., 1990)

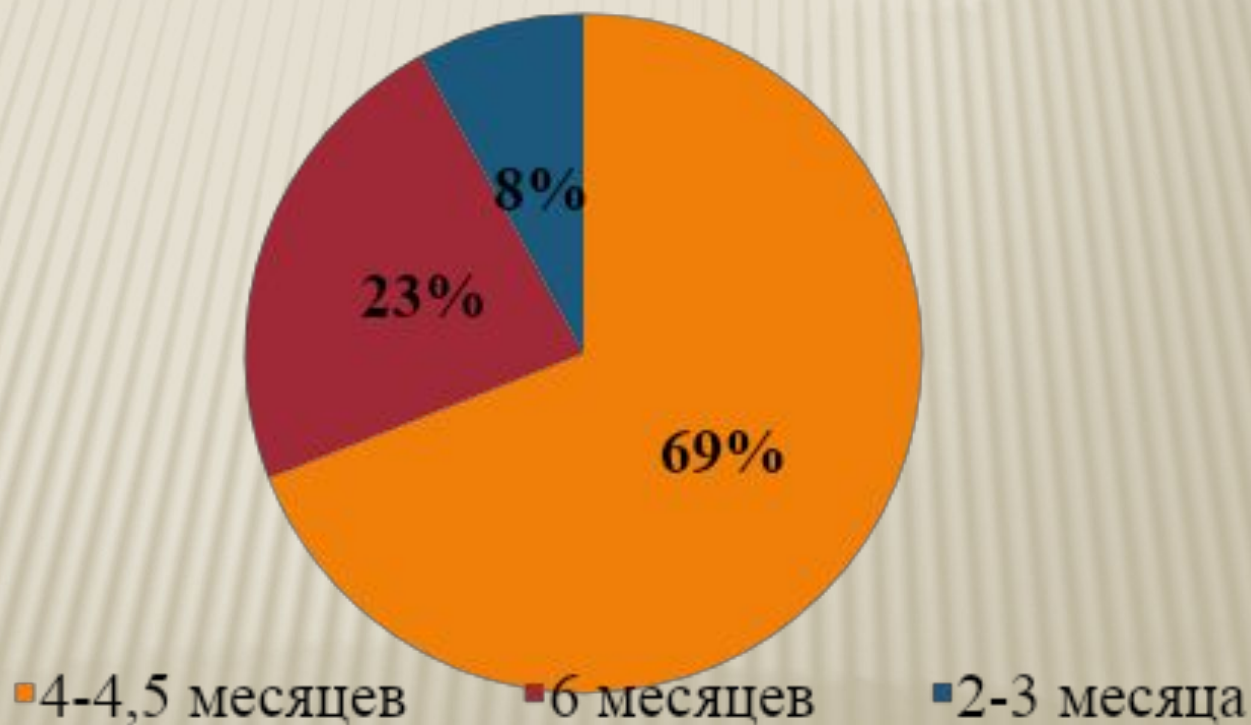
При в/м или п/к введении **ботулотоксин** вызывает химическую денервацию мышц. Этот метод выгодно отличается от всех других медикаментозных и немедикаментозных способов лечения: клинический эффект достигается в 85-90% случаев и продолжается 2-3 и более месяцев.



- ❑ Для лечения больных использовались инъекции ботулотоксина типа А «Диспорт» и «Ксеомин».
- ❑ Чаще всего в дозе 500 Единиц(84%), 1000 Единиц (10%) и 1500 Единиц (6%)



ЭФФЕКТ ОТ ИНЪЕКЦИИ *БОТУЛОТОКСИНОМ* СОХРАНЯЛСЯ



ВЫВОДЫ:

Распространенность данного заболевания достаточно высокая и составляет **30%** от всех экстрапирамидных расстройств . Клинически преобладают **тонико-клоническая форма (80%)**. Чаще болеют **женщины** – 63%, в возрасте 45-50 лет с последующим прогрессированием .



БЛАГОДАРИМ ЗА ВНИМАНИЕ!

