

УДК 616.831-005.1

**ОТСРОЧЕННАЯ  
ПСЕВДОЭКСПРЕССИВНАЯ  
ДИСТОНИЯ НОГИ ВСЛЕДСТВИЕ  
ИНФАРКТА ПОЛУШАРИЯ  
МОЗЖЕЧКА**

Антипова Людмила Николаевна  
к. м. н.  
*МУЗ ГБ №2 «КМЛДО», Краснодар,  
Российская Федерация*

В статье описан клинический случай отсроченной псевдоэкспрессивной дистонии ноги в резидуальном периоде ишемического инсульта полушария мозжечка. Продемонстрирована результативность терапии повторным локальным введением ботулотоксина типа А в дистоничные мышцы ноги в сочетании с ортезированием ноги, позволившей восстановить возможность ходьбы.

Ключевые слова: Инсульт мозжечка, отсроченная дистония ноги, ботулотоксин типа А

UDC 616.831-005.1

**THE POSTPONED PSEUDO-  
EXPRESSIVE DYSTONY OF THE LEG  
AFTER INFARCTON OF THE  
CEREBELLUM**

Antipova Ludmila Nicolaevna  
Ph.D.  
*City Hospital # 2 (KMMDA), Krasnodar,  
Russia*

The clinic case of postponed pseudo-expressive dystony of the leg in residual period of ischemic insult in cerebellar hemisphere. The therapy consists of repeated local botulotoxin A injection in dystonic leg muscles combined with orthosis of the leg. Efficacy of therapy had given patients a possibility to walk.

Keywords: Insult of the cerebellum, postponed dystony of the leg

Феноменология изолированных инфарктов мозжечка достаточно разнообразна и не отличается специфичностью, при этом позитивной диагностике помогают методы нейровизуализации. Манифестный период острого сосудистого эпизода сменяется периодом обратного развития симптомов и нередко завершается практически полным клиническим выздоровлением. В современной литературе достаточно часто сообщается о развитии дистонических феноменов резидуального периода сосудистых или гипоксически-ишемических поражений головного мозга [1]. Наибольшие трудности при формулировке нозологического диагноза представляют так называемые псевдоэкспрессивные формы дистоний, клинический рисунок гиперкинеза при которых отличается вычурностью, редким вариантом формулы вовлеченных в гиперкинез мышц [2]. В кругу дифференциальной диагностики отсроченных дистоний в связи с псевдоэкспрессивными дистониями наиболее часто рассматриваются психогенные дистонии, отличительными чертами которых считаются стойкость гиперкинеза, зависимость от эмоционального состояния и отсутствие морфологических изменений со стороны структур центральной нервной системы. Среди многочисленных сообщений о дистониях, возникающих вслед за латентным периодом различной продолжительности после острого сосудистого эпизода, описания дистонии, сопровождающей поражение мозжечка, не встречено.

Представлен клинический случай феноменологически необычной дистонии ноги, развившейся в резидуальном периоде сосудистого эпизода. Решение задач диагностического поиска и определения нозологической принадлежности ведущего симптомокомплекса предполагало поиск ответов на вопросы: является гиперкинез функциональным или органическим, каковы топическая приуроченность необычного нейропатологического синдрома и патофизиологические механизмы его формирования и, как следствие этого, возможные пути реабилитации двигательных нарушений.

Больная Р., 43 лет, под наблюдением неврологического отделения находится с 1999 года. В возрасте 30 лет (1991г), проживая в г.Грозном, на фоне стрессовой ситуации перенесла эпизод потери сознания, после восстановления которого развились асимметрия лица, поперхивание и затруднение глотания во время еды, изменение тембра голоса и замедление темпа речи, нарушение зрения в виде невозможности фиксировать взгляд на предмете, слабость и дрожание левой ноги, пошатывание влево при ходьбе. Наряду с этим беспокоили дрожание и неловкость левой руки. Через 3 недели по мере восстановления силы левой ноги стала ходить в сопровождении, необходимость которого объясняла нарушением координации, дрожанием левой ноги, падением влево. Позже стала передвигаться без посторонней помощи, научилась ездить на велосипеде, занималась на тренажерах, чтобы «восстановить нормальные движения в ноге». В этот период заметила, что не соизмеряет силу левой руки при выполнении действий на удержание предметов – «отламывалось ушко у чашки из-за прикладываемой силы». К началу 1994 года появилось приступообразное спонтанное ощущение жжения в правой половине тела, сопровождавшееся подергиванием левой стопы. С 1996 года во время ходьбы левая нога стала непроизвольно подниматься значительно выше правой, а в ночное время появились боль и подергивание мышц левых голени и бедра. По прошествии года левая нога во время движения стала принимать положение сгибания в коленном и тазобедренном суставах, вследствие чего пациентка передвигалась прыгая на правой ноге. На этом этапе выраженность мышечного спазма кратковременно уменьшалась после приема паркопана. В 1997г однократный одномоментный прием 3 таблеток циклодола и 2 таблеток феназепамы уменьшил мышечный спазм левой ноги, и больная в течение нескольких часов ходила. Повторный прием препаратов в такой же дозе эффекта не дал. С 1999г порочная установка левой ноги сохранялась во время ходьбы, в положении лежа и сидя. Кратковременное и неполное расслаб-

ление левой ноги происходило в положении лежа на правом боку при заведении правой ноги под левую ногу или в положении сидя с опорой на наружный край стопы. В пределах квартиры стала передвигаться на коленях, для выполнения домашней работы специально приобрела низкую мебель. Вне дома пользовалась коляской. Прекратила занятия на тренажерах из-за усугубления напряжения, порочной установки ноги и усиления боли в ней. В 1999г впервые госпитализирована в неврологическое отделение Краснодарской краевой клинической больницы №1. Во время пребывания в отделении настойчиво искала способы и активно предлагала себя для «любых экспериментов», которые улучшили бы возможности движения. Демонстрируемое пациенткой отчаяние, вспышки гнева, депрессивное настроение с высказыванием суицидальных мыслей послужили основанием для перевода больной в отделение неврозов, в период лечения в котором больная отмечала кратковременные эпизоды произвольного контроля движений левой ноги. В сентябре 2000г с суицидальной целью выпила несколько таблеток amitriptilina, cyclophosphamide и fenazepam, запив их коньяком. После выведения из критического состояния в реанимационном отделении несколько часов ходила самостоятельно, при этом расслабление мышц ноги сопровождалось значительным уменьшением боли в ней. Возобновление приема препаратов в среднетерапевтических дозах к улучшению состояния не привело. С ноября 2000г при движении присоединилось насильственное подошвенное сгибание стопы и пальцев. Периодически возникали несистематичные кратковременные эпизоды спонтанного расслабления мышц ноги в ночное время, сопровождающиеся уменьшением ощущения жжения. Попытки восстановить опору на левую ногу, используя в том числе и высокое гипсование, к эффекту не привели.

Повторно госпитализирована в неврологическое отделение в 2002г для коррекции сложного патологического моторного стереотипа применением химического нейролизиса ботулотоксином типа А мышц, наиболее

ответственных за патологическую установку ноги. С этого времени больной постоянно проводятся инъекции ботулотоксина типа А.

Из анамнеза жизни: родилась в асфиксии с кефалогематомой, по поводу которой оперирована на 12 сутки, перенесла паротит, в 11-летнем возрасте аппендэктомию. Менструации с 11 лет. В 1991г маточное кровотечение. Разведена (одна из причин развода – данное заболевание), детей нет.

Соматический статус без особенностей. Неврологический статус: парез конвергенции, нистагм I степени, центральный парез мимической мускулатуры слева. Гипотония мышц левой руки. Акционный и статический тремор левой кисти, динамичная дистоническая установка ее в положении внутренней ротации и флексии в лучезапястном суставе. Глубокие рефлексы с рук слева выше. Передвигалась, прыгая на правой ноге, опираясь на трость или о стену [рис.1]. Левая нога находилась в фиксированном патологическом положении приведения и внутренней ротации бедра, сгибания в тазобедренном и коленном суставах, подошвенного сгибания пальцев и стопы. Степень спастичности по шкале В.Еshworth [1964] соответствовала 4 баллам. Постуральная динамичность симптомов не выражена. Hamstring-test – угол 90 градусов, динамическая компонента – 10 градусов. Больная произвольно на несколько секунд могла выпрямить левую ногу в коленном и тазобедренном суставах, поднимаясь из положения присев. Определялось тоническое напряжение всех мышечных групп бедра и голени, ягодичных мышц и *m. iliopsoas* слева. Глубокие рефлексы с левой ноги не вызываются. Гипотрофия мышц левой ноги на 4 см в бедре и 3



Рисунок 1 - Больная Р-ва. Фиксированная флексорная установка левой ноги в вертикальном положении.

см в голени. Мозоли в области коленных суставов и пролежень в области левой ягодичной складки.

Обследование: Компьютерная томография головного мозга [исследование выполнено на компьютерном томографе СТе-Plus(GE) врачом О.М.Волковой] с применением мультипланарной реконструкции изображения супра- и субтенториальных структур с шагом томографирования 7 мм визуализирован гиподенсивный очаг в области червя и левого полушария мозжечка размерами 20,0\*30,0 мм, примыкающий к намету мозжечка и деформирующий контур IV желудочка. Признаки умеренной наружной и внутренней гидроцефалии (рис.2). При сравнении с данными КТ и МРТ исследования от 1998г нейровизуализационная картина без динамики.

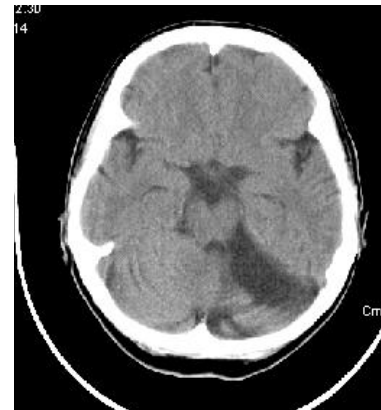


Рисунок 2 - Больная Р-ва. РКТ-скан: гиподенсивный очаг в области червя и левого полушария мозжечка (2002г)

Ультразвуковая доплерография брахиоцеребральных артерий гемодинамически значимых нарушений локальной скорости кровотока по брахиоцефальным сосудам не определила. Пояснично-крестцовая спондилография выявила признаки остеохондроза L<sub>v</sub> диска и spina bifida S<sub>1</sub> позвонка. Показатели лабораторных исследований соответствовали нормальным значениям.

В результате анализа течения заболевания, сопоставления с литературными данными в контексте дифференциальной диагностики органической и психогенной природы заболевания [1, 2, 3], сравнения симптомов динамического наблюдения пациентки, данных обследования был выставлен диагноз: последствия ишемического инсульта в вертебробазилярном бассейне (бассейн задней верхней артерии мозжечка слева) с очагом ишемии в левом полушарии мозжечка и стволе мозга. Постинсультная киста

левого полушария мозжечка. Мозжечковая левосторонняя гемиатаксия, правосторонняя гемигипалгезия. Отсроченная дистония левой кисти с акционным тремором. Отсроченная постинсультная дистония левой ноги с формированием ее сгибательно-приводящей функциональной контрактуры и вторичным болевым синдромом. Выраженное нарушением функции ходьбы.

Выставленный диагноз больной позволил нам положительно решить вопрос о проведении терапии препаратами ботулотоксина типа А. После первой инъекции (01.08.02г) ботулотоксина типа А (Диспорт, Бофур Ипсен, Франция) в суммарной дозе препарата 1000 М.ЕД в мышцы, участвующие в сгибании бедра и голени, больная стала периодически просыпаться с выпрямленной ногой, произвольно могла распрямить ногу, но движение возвращало ногу в исходное порочное положение. В течение последующих 5 месяцев больная ходила с помощью палочки, фиксируя ногу ортезом в коленном суставе и высокой обувью в голеностопном суставе. Весь цикл ходьбы сохранялось подошвенное сгибание стопы и пальцев левой ноги. Возникший клинический эффект расслабления мышц левой ноги сопровождался уменьшением дрожания левой руки и уменьшением дистонических проявлений в ней. Через месяц после повторной (30.12.02г) инъекции ботулотоксина типа А в сгибатели стопы и пальцев стала опираться на стопу, появилась возможность передвижения без ортеза на небольшие расстояния. Исчезло ощущение непреодолимого сгибания левого бедра. Исследование координации и анализ походки выявили грубую динамическую интенцию левой ноги Дальнейшее наблюдение пациентки в течение 4 лет осуществлялось в связи с повторными инъекциями ботулотоксина типа А в мышцы сгибатели левого бедра, голени и стопы. В период снижения тонуса мышц-сгибателей ноги появилась возможность опоры на ногу и самостоятельной ходьбы в пределах помещения, но с опорой на палочку. Последующие 3 года на фоне повторных инъекций ботулотоксина сущест-

венной динамики клинического двигательного паттерна не отмечено. Динамика гиперкинеза на фоне терапии ботулотоксином типа А представлена на рис. 3.

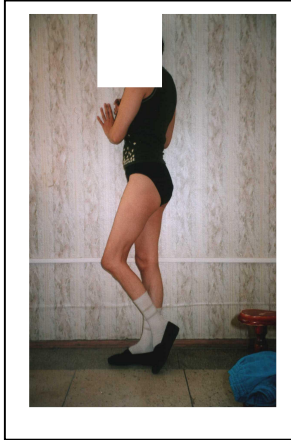


Рисунок 3 - Больная Р-ва, 42 лет. Динамика положения левой ноги после инъекции ботулотоксина типа А (Dysport®). Через 7 дней в вертикальном положении могла произвольно разогнуть ногу

Таким образом, представленный клинический случай, являясь раритетным по своей клинической феноменологии, в настоящее время имеет путь реальной помощи - реабилитация применением повторных инъекций препаратов на основе ботулотоксина типа А.

#### Литература:

1. Голубев В.Л. Клинический полиморфизм и лечение мышечной дистонии. // Журнал неврологии и психиатрии им. С.С. Корсакова, М. «Медицина», 1991г, том 91, №3, с.30-34
2. Голубев В.Л.. Фокальные и сегментарные дистонии. // Экстрапирамидные расстройства. Руководство по диагностике и лечению под ред. В.Н.Штока, И.А. Ивановой-Смоленской, О.С.Левина. М.. Из-во «МЕДпресс-информ» - 2002г – раздел IV- Гл.17 – с.291-301
3. Hallett M., Fahn S., Jancovic J., Lang A.E., Cloninger C.R., Yudofski S.C. Psychogenic movement disorders. Neurology and neuropsychiatry.// Lippincott Williams & Wilkins – 2006 – p.353