

# СЛУЧАЙ УСПЕШНОГО ЛЕЧЕНИЯ СПАСТИЧНОСТИ У ПАЦИЕНТА С ПОЗВОНОЧНО-СПИННОМОЗГОВОЙ ТРАВМОЙ

УДК 616.831—001—08

Поступила 16.12.2010 г.



**И.Н. Морозов**, к.м.н., старший научный сотрудник отделения реабилитации;  
**С.Е. Хрулев**, д.м.н., старший научный сотрудник отделения реабилитации

Нижегородский НИИ травматологии и ортопедии, Н. Новгород

Приведен случай успешного лечения спастичности подвздошно-поясничной мышцы у пациента с позвоночно-спинномозговой травмой путем нестандартного введения препарата ботулотоксина (Диспорта) под контролем компьютерной томографии: с помощью иглы для спинномозговой пункции с доступом через поясничный отдел.

**Ключевые слова:** позвоночно-спинномозговая травма, мышечная спастика, ботулинотерапия.

## English

### A case of successful treatment of spasticity in the patient with vertebrospinal trauma

**I.N. Morozov**, PhD, Senior Research Worker, the Department of Rehabilitation;  
**S.E. Khrulyov**, D.Med.Sc., Senior Research Worker, the Department of Rehabilitation

Nizhny Novgorod Research Institute of Traumatology and Orthopedics, N. Novgorod

There is presented a case of successful treatment of spasticity of iliopsoas muscle in the patient with vertebrospinal trauma by administration of botulinus toxin (Dysport) under computer tomography control: using a spinal puncture needle in lumbar spine approach.

**Key words:** vertebrospinal trauma, spasticity, botulinic therapy.

При проведении двигательной реабилитации у пациентов с позвоночно-спинномозговой травмой мы обратили внимание на то, что у ряда больных с повреждением шейного, грудного отделов спинного мозга при сохранности активных движений в конечностях и силе исследуемых мышц не менее 4 баллов поддержание вертикальной позы и передвижение были значительно ограничены. В положении лежа на спине происходило непроизвольное сгибание ноги в тазобедренном суставе с приведением бедра к животу, при попытке стоять и передвигаться возникал наклон туловища вперед с его ротацией в сторону. Данная симптоматика была обусловлена спазмом подвздошно-поясничной мышцы.

Было решено ввести в спастически сокращенную поясничную порцию подвздошно-поясничной мышцы ботулотоксин типа А (Диспорт). Такое лечение применено у двух больных. У обоих получены отличные результаты по поддержанию вертикальной позы, улучшению мобильности, передвижения и самообслуживания. Приводим пример успешного лечения такого больного.

*Пациент С. 20 лет поступил на лечение в отделение реабилитации НИИТО 09.01.2008 г. с диагнозом: «позвоночно-спинномозговая травма: компрессионно-оскольчатый перелом позвонка VI с ушибом и сдавлением спинного мозга, поздний период, спастический тетрапарез, нейрогенный мочевого пузыря, гетеротопические оссификаты левого бедра; состояние после операций: передней декомпрессии спинного мозга, спондилодеза аллотрансплантатом и имплантатом из никелид титана».*

*При поступлении предъявлял жалобы на нарушение самообслуживания, мобильности, затруднение поддержания вертикальной позы и передвижения вследствие болезненных сокращений мышц спины и нижних конечностей, на боли в левом бедре, невозможность длительно удерживать мочу.*

*Анамнез: травма получена при нырянии в водоем 16.06.2006. Оперирован 21.06; выполнены декомпрессионная корпорэктомия VI позвонка и смежных дисков, передний межтеловой спондилодез аллотрансплантатом и имплантатом из никелид титана. В послеоперационном периоде выросла сила в верхних конечностях, появились*

Для контактов: Морозов Иван Николаевич, тел. раб. 8(831)436-04-27, тел. моб. +7 951-907-12-79; e-mail: ivanmorozov@list.ru.

активные движения в ногах, произвольные мочеиспускание и дефекация. В 2006—2007 гг. получал курсы восстановительного лечения в реабилитационных клиниках с положительной динамикой регресса двигательных нарушений, тазовых расстройств, улучшения самообслуживания.

Данные объективного обследования: С-образная сколиотическая деформация в груднопоясничном отделе II степени, выраженное напряжение длинных мышц спины в нижнегрудном и поясничном отделах. Пальпация позвоночника — безболезненна. Патологической подвижности нет. Движения в шейном отделе ограничены до 50% от нормы. Наклоны назад, влево в поясничном отделе невозможны ввиду спастического напряжения мышц, вперед и вправо ограничены до 50% от нормы. При попытке принять вертикальное положение возникает непреодолимое сгибание туловища с поворотом влево. Рефлексы с трехглавой, двуглавой мышцы плеча и плечелучевой мышцы — в норме, d=s. Коленный и ахиллов рефлексы повышены, d=s, клонус стоп и коленных чашечек. Брюшные рефлексы отсутствуют, кремастерный и анальный рефлексы сохранены. Мышечный тонус в верхних конечностях повышен незначительно (2 балла по Ашфурту), в нижних конечностях — значительно (до 4 баллов) в дистальных отделах и грубо — в проксимальных. Ограничены внутренняя и наружная ротация, приведение и отведение в левом тазобедренном суставе. Активные движения в остальных суставах верхних и нижних конечностей — в полном объеме. Двигательный балл по ASIA ключевых мышц верхних конечностей — 46, нижних конечностей — 42. Передвижение возможно в кресле-коляске.

Иньекция ботулотоксина (Диспорта) была сделана с целью снижения мышечного тонуса *m. Iliopsoas sin.* и обеспечения возможности самостоятельной ходьбы. Стандартная техника инъекции в подвздошно-поясничную мышцу подразумевает введение препарата в пучок мышцы после ее выхода на переднюю поверхность бедра. Однако нами была применена техника с доступом через поясничный отдел. Выбор данного способа введения был обусловлен выраженностью спастичности в мышце и тем фактом, что на поясничном уровне объем мышечной массы существенно больше. Введение ботулотоксина на этом уровне должно было усилить эффект от процедуры. Инъекция проводилась с помощью иглы для спинномозговой пункции под контролем компьютерной томографии (см. рисунок). Было введено 500 ед. Диспорта. Пациент ощутил эффект через 2 дня после введения

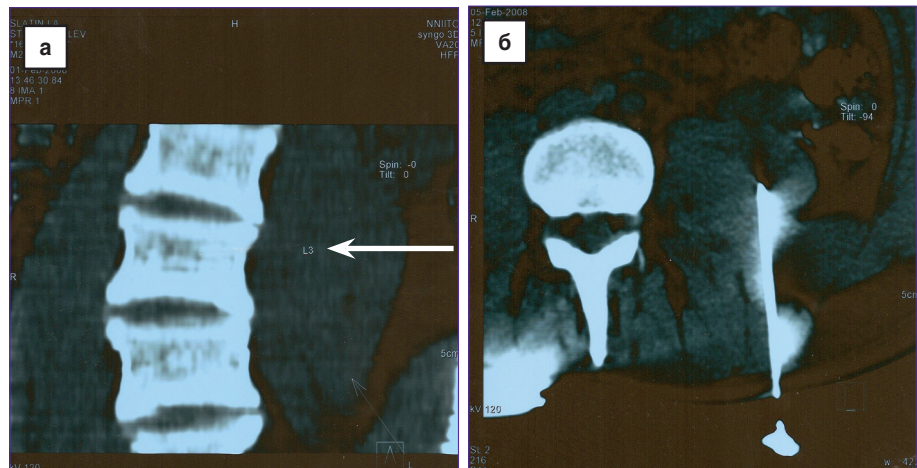


Схема проведения инъекции: а — стрелкой указана спазмированная подвздошно-поясничная мышца; б — положение иглы в мышце при введении препарата

токсина, полностью насильственное сгибание туловища при ходьбе исчезло через 10 дней и больше не возобновлялось в течение двух лет наблюдения.

Данные объективного осмотра: в вертикальном положении сколиоз отсутствует, движения в поясничном отделе позвоночника во всех направлениях составляют 50% от нормы. Пациент может находиться в вертикальном положении до одного часа, ходить с опорой на «канадские» клюшки до 400 м без отдыха.

Оценка самообслуживания с помощью «Функциональной оценочной шкалы для больных с травмой спинного мозга» в динамике продемонстрировала достижение максимально возможных показателей по всем пунктам: перемещение в постели — 25 (исходное — 23), прием пищи — 30 (30), перемещение в пределах комнаты — 60 (53), передвижение — 75 (75, в кресле-коляске), соблюдение личной гигиены — 35 (34), одевание — 40 (34), выполнение социальных навыков — 45 (41) баллов. В настоящее время пациент передвигается с опорой на трость. Значительно улучшилось качество его жизни — полностью себя обслуживает, мобилен.

Примененный способ введения препарата ботулотоксина типа А (Диспорт) в поясничную порцию подвздошно-поясничной мышцы у пациентов со спастическим парезом вследствие позвоночно-спинномозговой травмы показал хорошие результаты: восстановилось самообслуживание и передвижение больного. Разработанная техника перспективна в плане точечного воздействия на спазмированную мышцу, отсутствия общего воздействия на мышечный тонус, чего не позволяет избежать терапия миорелаксантами. Такой способ, по нашему мнению, может стать удобным инструментом для практического врача, так как позволяет малоинвазивно добиться максимального эффекта за счет точности введения препарата.