

ПРИМЕНЕНИЕ ТИЗАНИДИНА В РЕАБИЛИТАЦИИ У ДЕТЕЙ ПРИ СПАСТИКО-ГИПЕРКИНЕТИЧЕСКИХ СИНДРОМАХ

Кадржанова Г. Б., Жантлеуова А. Р., Сейтказыкызы А., Кадржанова А. Б.
Казахский Национальный медицинский университет имени С.Д. Асфендиярова,
Кафедра нервных болезней, г. Алматы, Казахстан

Тизанидин в основном широко применяется в неврологической практике у взрослых для лечения синдромов, сопровождающихся болезненным мышечным спазмом. В детской практике нет достаточного опыта его применения. В литературе имеются исследования тизанидина у детей с тяжелой спастической диплегией, при применении низких доз тизанидина отмечены положительные эффекты в двигательной, вегетативной и эмоциональной сферах. Результаты продолжающихся исследований тизанидина могут стать основанием для расширения показаний к его применению в медицинской практике у детей [2]. Препарат оказывает антиспастическое действие при хронических спастических состояниях спинального и церебрального происхождения, устраняет острые болезненные мышечные спазмы, снижает сопротивление мышц в отношении пассивных движений и повышает силу произвольных мышечных сокращений. Тизанидин обладает благоприятными фармакокинетическими свойствами. При приеме внутрь он быстро и практически полностью всасывается из желудочно-кишечного тракта. Максимальные концентрации в плазме крови создаются через 1–2 ч. Прием пищи не влияет на фармакокинетику тизанидина. С белками плазмы крови препарат связывается не более чем на 30%. Основным показанием к применению тизанидина является спастичность мышц, болевой синдром. Эффективность и безопасность тизанидина у больных со спастичностью различного происхождения доказана в многочисленных исследованиях. Тизанидин тормозит спинальные полисинаптические двигательные рефлексы, лежащие в основе гиперрефлексии. Тизанидин является относительно новым препаратом, способным снимать мышечный тонус и уменьшать выраженность боли. Механизм действия обусловлен способностью как селективного α -агониста адренергических рецепторов подавлять высвобождение нейротрансмиттеров возбуждения в спинальных полисинаптических путях [1].

Цель. Для уменьшения мышечного спазма, при болевом синдроме у детей с дистоническими атаками, гиперкинезах, спастических парезах у детей назначался тизанидин детям в возрасте от 6 месяцев до 6 лет.

Методы. Объектом исследования стали 300 детей со спастическими и гиперкинетическими формами детского церебрального паралича (ДЦП) получавших с целью снижения спастичности и гиперкинезов тизанидин. Препарат назначали детям в малых дозах от 0,5 мг до 1 мг в сутки в среднем на 12–14 дней. При тяжелых формах ДЦП курс лечения тизанидином продлевали до 30 дней, с постепенной отменой препарата. Основными показаниями для назначения тизанидина отмечалась спастичность, дистонические мышечные атаки со стойкими гиперкинезами и выраженным беспокойством, нарушением сна детей с детским церебральным параличом.

Обсуждение. На фоне лечения детей данной группы препаратом тизанидин отмечали выраженный седативный эффект, уменьшение мышечного спазма, улучшение сна. Получение положительного эффекта отмечали в первые 1–3 дня применения препарата. Серьезных побочных

действий при приеме тизанидина мы не отмечали, кроме некоторой сонливости в первые дни. Анализ данных наших исследований показал значительное улучшение мышечного тонуса, спазма, мышечной дистонии под влиянием применения тизанидина у детей. Тизанидин в отличие от других миорелаксантов оказывает седативное действие, что важно при гиперкинетических формах детского церебрального паралича. В наших наблюдениях тизанидин приводил к снижению мышечного тонуса у 70–75% детей, уменьшению гиперкинезов у 85% детей, нормализация сна у 70% детей. Побочных действий при назначении малых доз тизанидина у детей не отмечали, то есть отмечалась хорошая переносимость препарата. Особый эффект отметили у детей с тяжелыми спастико-гиперкинетическими формами ДЦП, сопровождающиеся тяжелыми дистоническими атаками. Применение тизанидина у детей способствует также улучшению сна, уменьшению вегетативно-висцеральной дисфункций, таких как повышенная потливость, срыгивания, гипертермия. При применении тизанидина отметили положительный эффект в виде уменьшения спастичности, уменьшения гиперкинезов. Препарат оказывает положительное действие при дискинетических атаках. Определенный эффект тизанидина отмечается при нарушении сна, беспокойстве, мышечных дистониях. При применении у детей с гиперкинетическими формами ДЦП отмечено седативное и обезболивающее действие, в результате чего отмечалось уменьшение гиперкинезов, нормализация сна в периоде формирования гиперкинезов. Наиболее выраженный эффект отмечали у детей с тяжелыми гиперкинетическими формами ДЦП у детей раннего возраста (от 6 месяцев до 1,5-х лет). Тизанидин имеет ряд преимуществ перед другими миорелаксантами центрального действия.

Резюме. Опыт применения тизанидина в реабилитации детей с детским церебральным параличом (спастических и гиперкинетических формах) указывает на положительный эффект в двигательной сфере, а также улучшение эмоционального тонуса и вегетативной нервной системы.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ:

1. И. В. Дамулин. «Сирдалуд в неврологической практике». *Неврологический журнал* 1997 №3, страницы 45–51
2. Е.А. Ушкалова. *Миорелаксант центрального действия тизанидин в клинической практике. Кафедра общей и клинической фармакологии РУДН, Москва. Журнал доказательная медицина для практикующих врачей. Том 07/№ 8/2005*

ТҮЙІН

Балалардың спастико-гиперкинетикалық синдромын оңалтуда тизанидинді қолдану

Балалар церебралды салдануын (спастикалық және гиперкинетикалық) оңалтуда тизанидиннің қимыл-қозғалтқыш жүйеге оң әсері, сондай-ақ эмоционалды тонус пен вегетативті жүйке жүйесін жақсартуда қолдану тәжірибесі.

SUMMARY

Use tizanidine increases for the rehabilitation of children with spastik-giperkinetik syndromes

Experience of application of tizanidin in rehabilitation of children with cerebral palsy (spastic and hyperkinetic forms)

indicates a positive effect in the sphere of motor, as well as improvement of an emotional tone and autonomic nervous system.

Ключевые слова: тизанидин, спастичность, дистонические атаки, гиперкинезы.

УДК 616.8-08

РЕАБИЛИТАЦИЯ БОЛЬНЫХ С ПОРАЖЕНИЯМИ НЕРВНОЙ СИСТЕМЫ (ОБЗОР ЛИТЕРАТУРЫ)

Ким Я. В.

Казахский НМУ имени С.Д. Асфендиярова, г. Алматы, Казахстан

В настоящее время наблюдается неуклонный рост количества больных с ограничением функции ходьбы и поддержанием вертикальной позы, возникающие вследствие инсультов и инфарктов головного мозга, спинальных травм, поражения периферических двигательных нервов. Несмотря на огромный научный прогресс, за последнее десятилетие, в теоретических вопросах восстановления функции поврежденного спинного мозга и получение положительных экспериментальных результатов на животных, их практическое использование в клинике практически отсутствует. Медицинская реабилитация, по определению комитета экспертов ВОЗ, - это процесс, целью которого является предупреждение инвалидности в период лечения заболевания и помощь больному в достижении максимально возможной физической, психической, профессиональной, социальной и финансовой полноценности в случае развития инвалидности. Цель реабилитации заключается в уменьшении основных симптомов заболевания, профилактике и лечении осложнений, связанных со снижением двигательной активности, коррекции функциональных нарушений, приспособлении к имеющемуся неврологическому дефициту, повышении толерантности к физическим нагрузкам, улучшении качества жизни, увеличении социальной активности, замедлении (реже приостановлении) прогрессирования патологического процесса.

Правильное представление о последствиях болезни имеет принципиальное значение для понимания сути нейрореабилитации и определения направленности реабилитационных воздействий. Нейрореабилитация - понятие, значительно более широкое, чем просто совокупность методов и методик лечения больного; нейрореабилитация включает в себя целую систему государственных, социально-экономических, медицинских, профессиональных, педагогических, психологических мероприятий, направленных «не только на восстановление или сохранение здоровья, но и на возможно более полное восстановление (сохранение) личного и социального статуса больного или инвалида». Благодаря достижениям фармакологии, реабилитации, нейрохирургии в последние годы значительно увеличилась продолжительность жизни данной категории больных и изменилось качество их жизни. Однако на данный момент главным в их лечении и адаптации к новым условиям является не восстановление утраченных функций, а обучение пользованию сохранившимися функциями [1].

Особой категорией являются больные с травмами позвоночника различной тяжести и локализации, ввиду высокого уровня инвалидизации, дорогостоящего лечения и реабилитации, значительного экономического ущерба, что, несомненно, требует разработки и создания

инновационных технологий и методов восстановления утраченной функции спинного мозга. В реабилитации пациентов данной категории имеется ряд нерешенных вопросов, связанных именно с невозможностью поддержания вертикальной позы и, соответственно, ходьбы [4].

Комплексы восстановительных мероприятий у пациентов, находящихся в инвалидной коляске или в постели недостаточно адекватны, что объективно обосновано:

- У инвалидов, не включающих сегменты ниже уровня поражения в двигательную активность, происходит изменение схемы тела с отчуждением образа парализованных конечностей, перестройкой постуральных функций, сопровождающаяся изменением давления в полостях тела, перераспределением мышечного тонуса, уменьшением влияния внекардиальных факторов кровообращения. При отсутствии двигательной активности в пораженных конечностях и ортостатического положения происходит угасание двигательных стереотипов.

- Вертикальное положение тела обеспечивает условия для регуляции кровотока, деятельности внутренних органов. При исключении активного или пассивного ортостаза происходит перераспределение мышечного тонуса, уменьшение влияния внекардиальных факторов кровообращения, что, кроме прочего находит отражение в генезе хронических заболеваний внутренних органов.

- Постуральные нарушения, отсутствие возможности поддерживать вертикальную позу являются важной причиной ухудшения психо-эмоционального состояния пациентов, нарушения их социальной адаптации.

В настоящее время в реабилитологии нет четкого описания метода ортостатической тренировки пациентов с невозможностью самостоятельного поддержания вертикального положения тела, нет классификации применяемых методик и приспособлений.

Основные принципы реабилитации сводятся к четырем основным принципам:

- партнерству врача и больного;
- разносторонности усилий или комплексности;
- единству психосоциальных и биологических методов;
- ступенчатости (непрерывности) и индивидуализации лечебных воздействий.[2]

Согласно рекомендациям ВОЗ (World Health Organisation, 1980), у всех больных, в том числе и неврологических, выделяют три уровня последствий заболевания или травмы (Wade D., 1992; McLellan D.L., 1997):

Первый - это уровень неврологических повреждений (defect), таких как двигательные, чувствительные,