

**МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ
РЕСПУБЛИКИ БЕЛАРУСЬ**

УТВЕРЖДАЮ

Первый заместитель министра здравоохранения



В.В. Колбанов

14 сентября 2005 г.

Регистрационный № 164–1204

**СИСТЕМА ЭТАПНОГО ЛЕЧЕНИЯ
ФОКАЛЬНЫХ МЫШЕЧНЫХ ДИСТОНИЙ**

Инструкция по применению

Учреждение-разработчик: Научно-исследовательский институт неврологии, нейрохирургии и физиотерапии

Авторы: д-р мед. наук, проф. С.А. Лихачев, канд. мед. наук Г.В. Зобнина, Ю.Н. Рушкевич, Е.В. Сивак, Е.В. Веевник

ПОКАЗАНИЯ К ПРИМЕНЕНИЮ

Предложенная система этапного лечения показана всем больным фокальными мышечными дистониями с достоверно установленным диагнозом. Корректирующая медикаментозная терапия назначается в зависимости от формы дистонии с учетом сопутствующей патологии. При отсутствии эффекта от данного лечения рассматривается вопрос о применении препарата ботулотоксина группы А (БТА).

ОПИСАНИЕ ТЕХНОЛОГИИ ИСПОЛЬЗОВАНИЯ МЕТОДА

Лечение больных фокальными формами мышечной дистонии условно можно разделить на три этапа:

Первый этап — выявление больных фокальными формами мышечной дистонии и назначение корректирующей медикаментозной терапии. Длительность 1-го этапа наблюдения составляет 9–12 мес., так как, по литературным данным, у 20–25% больных возможна спонтанная ремиссия. При безуспешности предпринятых мероприятий переходят ко второму этапу.

Второй этап — применение лекарственных препаратов БТА. Средняя эффективность введения препаратов БТА больным спастической кривошеей, по разным литературным данным, составляет от 70 до 85%. Латентный период наступления положительного эффекта составляет в среднем 7 дней, срок максимальной эффективности — 3,5 мес.

В терапии блефароспазма эффективность препарата колеблется в пределах 70–94%, улучшение отмечается на 1–4-й день от момента инъекции и сохраняется в течение 9–10 недель. Общепринятым является проведение 2–3 инъекций препарата в год амбулаторно в специализированных центрах или стационарно. Однако в связи со значительной стоимостью этой группы лекарств возможны трудности с соблюдением кратности введения. Поэтому необходимо выделение третьего этапа.

Третий этап — период ослабления действия ботулотоксина и нарастания дистонической симптоматики (усиление насильственных движений), болевого синдрома. Необходимость выделения этапа связана с невозможностью проведения очередного введения препа-

ратов БТА (обострение сопутствующей патологии, резистентность к ботулотоксинтерапии, отсутствие препарата и т. д.). С целью пролонгирования эффекта препарата БТА используется подключение медикаментозной терапии с индивидуальным подбором дозы.

В реабилитационной программе важная роль принадлежит физиотерапевтическому лечению в амбулаторных условиях курсами 2–3 раза в год. Предлагаемые процедуры доступны практически для любого медицинского учреждения: иглорефлексотерапия, магнитотерапия, электрофорез с сернокислой магниезией, оксibuтиратом натрия, парафиновые, озокеритовые аппликации, лечебные блокады с платифиллином и новокаином. Для реабилитации больных спастической кривошеей также необходима ЛФК (активация кивательной мышцы на стороне поворота головы), психотерапия.

Медикаментозная терапия больных фокальными формами мышечной дистонии представлена в таблице.

Лечение больных фокальными формами мышечной дистонии

Этап терапии	Показания	Блефароспазм	Спастическая кривошея
1	2	3	4
I этап	Все больные фокальной мышечной дистонией с впервые установленным достоверным диагнозом	Клоназепам 0,002 г в начальной дозе 1–2 мг в сутки с последующим повышением дозы в течение 2–3 недель до терапевтической (6–8 мг в сутки). При отсутствии эффекта добавляются атипичные нейролептики, сульпирид 0,2–0,8 г/сут. В случае сочетания блефароспазма с оромандибулярной дистонией добавляется баклофен 0,025 г (начальная доза 75 мг/сут с последующим повышением до 150 мг/сут) в течение 2–3 мес.	<i>Ригидная (тоническая) форма:</i> Клоназепам 0,002 г, 3–8 мг/сут в 3–4 приема (начиная с 1/2 таблетки в сутки, при необходимости увеличивая дозу на 1/2 таблетки в сутки) При выраженном болевом синдроме добавляется баклофен 0,025 с постепенным увеличением дозы до оптимальной — 75–150 мг/сут. Лицам молодого возраста с отягощенным семейным анамнезом: ДОФА-содержащие препараты: мадопар 0,125 по 1–2 капсулы первые 2–3 дня, с увеличением дозы на 1 капсулу через каждые 2–3 дня. Оптимальная доза — 4–8 капсул Мадопар-125 (или 3–4 Мадопар-250). При низкой эффективности вышеперечисленных препаратов — нейролептики: галоперидол 0,0015 1–3 раза в день.

Продолжение таблицы

1	2	3	4
			Дозу увеличивают на 0,0005–0,002 г до достижения эффекта, затем снижают до поддерживающей 0,0005–0,005 в сутки. Курс лечения — 2–3 мес. <i>Клонико-тоническая форма:</i> Клоназепам 0,002 г (дозировки см. выше) + атенолол 25 мг 1–2 раза в день до 150–300 мг/сут в 3 приема, увеличивая дозу на 25–50 мг/сут, или циклодол до 0,003–0,006 г/сут, или галоперидол (дозу см. выше)
II этап	Отсутствие эффекта от лечения	Препараты БТА (средняя доза 250 ЕД)	Препараты БТА (доза от 400 до 1000 ЕД)
III этап	Нарастающие дистонической симптоматики, болевого синдрома на фоне снижения действия БТА	Клоназепам 2–4 мг/сут в 1–2 приема	<i>Ригидная форма:</i> Клоназепам 2–4 мг/сут в 1–2 приема + баклофен 50–75 мг/сут. <i>Клонико-тоническая:</i> Клоназепам 2–4 мг/сут в 1–2 приема + атенолол 50–100 мг/сут или циклодол 0,001–0,002 г/сут

Примечание: независимо от степени тяжести заболевания доза применяемых препаратов увеличивается постепенно, начиная с минимальной, до достижения терапевтического эффекта.

ПРОТИВОПОКАЗАНИЯ К ПРИМЕНЕНИЮ

1. Лица с тяжелой соматической патологией в стадии декомпенсации.
2. Больные с острыми инфекционными заболеваниями.
3. Пациенты со злокачественными новообразованиями.
4. Миастения, синдром Ламберта — Итона.
5. Беременность.
6. Деструктивные заболевания органов дыхания.