

Межрегиональная общественная организация
специалистов ботулинотерапии,
Союз реабилитологов РФ,
Ассоциация нейрохирургов России,
Российское общество неврологов

ОЧАГОВОЕ ПОВРЕЖДЕНИЕ ГОЛОВНОГО МОЗГА У ВЗРОСЛЫХ: синдром спастичности

Клинические рекомендации

Под общей редакцией проф., д.м.н. С.Е.Хатьковой

МКБ-10: I60/I61/I62/I63/I64/I69
S01/S06/S09.7/S09.8/S09.9
T90.1/T90.5/T90.8/T90.9

2016 (пересмотр каждые 5 лет)

ID (заполняется организацией, ответственной за размещение КР) _____

URL (заполняется организацией, ответственной за размещение КР) _____



Москва
«МЕДпресс-информ»
2017

УДК 616-009.12

ББК 56.1

О-94

Все права защищены. Никакая часть данной книги не может быть воспроизведена в любой форме и любыми средствами без письменного разрешения владельцев авторских прав.

Автор и издательство приложили все усилия, чтобы обеспечить точность приведенных в данной книге показаний, побочных реакций, рекомендуемых доз лекарств. Однако эти сведения могут изменяться.

Информация для врачей. Внимательно изучайте сопроводительные инструкции изготовителя по применению лекарственных средств.

**Очаговое повреждение головного мозга у взрослых:
О-94 синдром спастичности.** Клинические рекомендации / под общ. ред. проф., д.м.н. С.Е.Хатьковой. – М. : МЕДпресс-информ, 2017. – 96 с.

ISBN 978-5-00030-495-2

Данные клинические рекомендации являются первым изданием, которое посвящено всем аспектам ведения больных со спастичностью. В нем суммированы современные сведения об этиологии и патогенезе этого симптомокомплекса, проанализированы шкалы, использующиеся как в диагностике спастичности, так и в оценке ее влияния на все аспекты жизни пациентов, приведены алгоритмы лечения пациентов с различными видами спастичности и представлены принципы реабилитации.

Рекомендации разработаны с учетом основных нормативно-правовых документов, действующих на территории Российской Федерации.

Книга предназначена для неврологов, нейрохирургов, специалистов по ЛФК, травматологов-ортопедов, а также врачей других специальностей и среднего медицинского персонала, интересующихся данной темой.

УДК 616-009.12

ББК 56.1

978-5-00030-495-2

© Оформление, оригинал-макет. Издательство
«МЕДпресс-информ», 2017

Содержание

Участники-составители клинических рекомендаций	6
Ключевые слова	9
Сокращения	10
Термины и определения	11
1. Краткая информация.	13
1.1 Определение	14
1.2 Этиология и патогенез	15
1.3 Эпидемиология	17
1.4 Кодирование по Международной классификации болезней 10-го пересмотра и Международной классификации функционирования, ограничений жизнедеятельности и здоровья.	18
1.5 Классификация состояния: характерные клинические паттерны спастичности верхней и нижней конечности.	21
2. Диагностика.	29
2.1 Жалобы и анамнез	29
2.2 Физикальное обследование	32
2.3 Инструментальное обследование	32
2.4 Диагностика с использованием шкал	32

3. Лечение синдрома спастичности.	38
3.1 Фармакотерапия	39
3.1.1 Ботулинотерапия	39
3.1.2 Пероральные миорелаксанты	43
3.1.3 Интратекальное введение баклофена.	48
3.2 Методы физической реабилитации	49
3.2.1 Методики лечебной физкультуры	50
3.2.2 Методики медицинского массажа	52
3.2.3 Лечение положением (позиционирование конечности)	53
3.3 Физиотерапия	55
3.4 Транскраниальная магнитная стимуляция	57
3.5 Хирургические методы.	58
4. Критерии оценки качества медицинской помощи.	61
Приложение 1. Методология разработки клинических рекомендаций	63
Приложение 2. Связанные документы	68
Приложение 3. Алгоритмы ведения пациента	71
Приложение 4. Информация для пациента.	75
Приложение 5. Инструкции по использованию модифицированной шкалы Ашворта*	77

Приложение 6. Целевые мышцы верхней конечности и дозировки ботулинического токсина типа А	80
Приложение 7. Целевые мышцы нижней конечности и дозировки ботулинического токсина типа А	83
Литература	85

Участники-составители клинических рекомендаций

Авторы:

Хатькова С.Е. – д.м.н., профессор, заведующая отделением неврологии для больных с острым нарушением мозгового кровообращения, главный внештатный невролог ФГАУ «ЛРЦ» МЗ РФ

Шихкеримов Р.К. – д.м.н., главный невролог ЮАО г. Москвы, заведующий неврологическим отделением ГБУЗ «ГП № 166 ДЗМ»

Мокиенко О.А. – к.м.н., научный сотрудник НИИ трансляционной медицины ГБОУ ВПО «РНИМУ им. Н.И.Пирогова» и отделения нейрореабилитации и физиотерапии ФГБНУ «Научный центр неврологии»

Прокопенко С.В. – д.м.н., профессор, главный внештатный специалист по реабилитации СФО, заведующий кафедрой нервных болезней с курсом медицинской реабилитации КрасГМУ

Орлова О.Р. – д.м.н., профессор; Первый МГМУ им. И.М.Сеченова, президент Межрегиональной общественной организации

Можейко Е.Ю. – д.м.н., доцент кафедры нервных болезней с курсом медицинской реабилитации КрасГМУ

Боцина А.Ю. – к.м.н., заведующая отделением для больных с острым нарушением мозгового кровообращения

Иванова Н.Е. – д.м.н., профессор, член правления Ассоциации нейрохирургов России, заместитель директора НИИ неврологии и нейрохирургии им. Н.Н.Поленова

Костенко Е.В. – д.м.н., заведующая филиалом №7 ГАУЗ г. Москвы «Московский научно-практический центр медицинской реабилитации, восстановительной и спортивной медицины Департамента здравоохранения города Москвы»

Акулов М.А. – научный сотрудник отделения клинической реабилитации нейрохирургических больных ФГБНУ «НИИ нейрохирургии им. акад. Н.Н.Бурденко»

Члены рабочей группы:

Даминов В.Д. – д.м.н., заведующий отделением восстановительного лечения ФГБУ «НМХЦ им. Н.И.Пирогова» Минздрава России

Каракулова Ю.В. – д.м.н., профессор кафедры неврологии им. В.П.Первушина ГОУ ВПО «ПГМА им. акад. Е.А.Вагнера Росздрава»

Воронов Д.Б. – врач-невролог первой категории, руководитель кабинета диагностики и лечения заболеваний экстрапирамидной системы и ботулинотерапии при неврологической патологии Областного консультативного центра, г. Ростов-на-Дону

Завалий Л.Б. – к.м.н., врач-невролог НИИ скорой помощи им. Н.В.Склифосовского

Рецензенты:

Хасанова Д.Р. – д.м.н., профессор, главный ангионевролог РТ, руководитель Республиканского головного сосудистого центра, член правления Всероссийского общества неврологов Татарстана, член правления Национальной ассоциации по борьбе с инсультом (НАБИ), руководитель клинического направления «Неврология» МКДЦ

Профессиональные организации, принимавшие участие в подготовке клинических рекомендаций:

- Межрегиональная общественная организация специалистов ботулинотерапии
- Союз реабилитологов РФ
- Ассоциация нейрохирургов России
- Общество неврологов

Термины и определения

Нейропластичность – способность нервной ткани к структурно-функциональной перестройке после ее повреждения [1].

Синдром верхнего мотонейрона (СВМН) – собирательный термин, объединяющий симптомы поражения мотонейронов двигательной области коры и ствола головного мозга и/или поражения кортико-спинального тракта на шейном и грудном уровнях.

Спастичность – перемежающаяся или длительная произвольная активация мышц, связанная с нарушением сенсомоторного контроля при повреждении верхнего мотонейрона [2].

Парез – снижение мышечной силы, обусловленное поражением пирамидных и экстрапирамидных путей центральной нервной системы (ЦНС).

Медицинская реабилитация – комплекс мероприятий медицинского и психологического характера, направленных на полное или частичное восстановление нарушенных и/или компенсацию утраченных функций пораженного органа либо системы организма, поддержание функ-

ций организма в процессе завершения остро развившегося патологического или обострения хронического патологического процесса в организме, а также на предупреждение, раннюю диагностику и коррекцию возможных нарушений функций поврежденных органов либо систем организма, предупреждение и снижение степени возможной инвалидности, улучшение качества жизни, сохранение работоспособности пациента и его социальную интеграцию в общество (ст. 40 Федерального закона №323-ФЗ).

1. Краткая информация

После очагового поражения в ЦНС развивается целый комплекс нарушений моторного и немоторного характера, формируются биомеханические изменения в мышцах и окружающих структурах. Спастический парез является частым последствием повреждения ЦНС [3]. Парез, мышечная гиперактивность (в виде спастичности, спастической дистонии, коконтракции), контрактура – три главные его составляющие, требующие особого внимания и своевременного лечения. Фокальная или мультифокальная спастичность может быть причиной нарушения активной и пассивной функций конечностей, развития болевого синдрома, возникновения контрактур и гетеротопических оссификатов, может ухудшать прогноз функционального восстановления пациентов, снижать эффективность реабилитации, отрицательно влиять на мотивацию пациентов и ограничивать их социальную активность и адаптацию. Все это диктует необходимость адекватных мер профилактики и лечения спастичности на всех этапах медицинской реабили-

литации пациентов с очаговым повреждением ЦНС [1, 4].

Крайне важны социальный и фармакоэкономический аспекты своевременного выявления и правильного лечения больных со спастичностью, поскольку прямые затраты на лечение пациентов с высоким мышечным тонусом после перенесенного инсульта в 4 раза превышают затраты, необходимые для лечения пациентов без повышения мышечного тонуса [5].

1.1 Определение

Согласно определению, данному J.W.Lance в 1980 г., под спастичностью понимают двигательное нарушение, являющееся одним из компонентов СВМН и характеризующееся повышением тонических рефлексов на растяжение, т.е. мышечного тонуса (которое выражено тем больше, чем больше скорость растяжения мышцы), в сочетании с повышением сухожильных рефлексов. Это классическое определение в настоящее время пересмотрено, поскольку недостаточно полно отражает сложные патофизиологические механизмы, лежащие в основе спастичности и многообразия ее клинических проявлений [6].

Согласно современному определению, спастичность – это нарушение сенсомоторного контроля из-за повреждения верхнего мотонейрона, проявляющееся перемежающейся или длительной произвольной активацией мышц (группа EU-SPASM, 2006) [2].

1.2 Этиология и патогенез

Спастика – это проявление СВМН, который развивается при поражении мотонейронов коры головного мозга и/или при повреждении кортико-спинального тракта на шейном или грудном уровнях. СВМН включает моторные и немоторные симптомы. Моторные симптомы могут быть позитивными (различные формы произвольной мышечной гиперактивности [повышенные рефлексы, патологические симптомы, различные формы произвольной мышечной гиперактивности и т.д.]) и негативными (мышечная слабость и др.). К немоторным симптомам относят сенсорные (различные типы боли) и нейропсихологические нарушения [7–10]. Клиническая картина у пациентов с СВМН характеризуется сочетанием негативных симптомов (мышечной слабости [пареза или плегии], утраты ловкости и контроля движе-

литационных программ, а также очень важны для успешного проведения ботулинотерапии. В таблице 1 представлены наиболее характерные паттерны спастичности верхней и нижней конечности.

Таблица 1. Наиболее часто встречающиеся паттерны спастичности верхней и нижней конечности

Паттерн	Вовлеченные мышцы	Клинические проявления, осложнения
<i>Верхняя конечность</i>		
Приведение и внутренняя ротация плеча	m. pectoralis major m. subscapularis m. teres major m. latissimus dorsi fasciculi anteriores m. deltoidei	<ul style="list-style-type: none"> • Ограничение объема пассивного и/или активного отведения и наружной ротации в плечевом суставе • Боль при выполнении пассивного и/или активного отведения, наружной ротации в плечевом суставе • Мацерация кожи подмышечной впадины; неприятный запах • Трудности при осуществлении гигиенических процедур в подмышечной области

Таблица 1 (продолжение)

Паттерн	Вовлеченные мышцы	Клинические проявления, осложнения
Сгибание в локтевом суставе	m. brachialis m. biceps brachii m. brachioradialis	<ul style="list-style-type: none"> • Формирование мышечной/суставной контрактуры • Ограничение объема пассивного и/или активного разгибания в локтевом суставе • Боль при пассивном и/или активном разгибании в локтевом суставе • Мацерация кожи в области локтевого сгиба • Трудности при одевании (например, при продевании руки в рукав) • Изменение обычного внешнего облика больного • Формирование мышечной/суставной контрактуры в локтевом суставе
Пронированное предплечье	m. pronator teres m. pronator quadratus	<ul style="list-style-type: none"> • Ограничение объема пассивной и/или активной супинации предплечья • Болезненность при выполнении пассивной и/или активной супинации предплечья