

Государственный медицинский университет г. Семей

СРС

На тему: «Современные подходы к лечению гиперкинетических синдромов»

Выполнила: Баранникова А.
Группа: 607, ВОП
Проверила: Каймак Т.В.

г. Семей 2016 г.

ВВЕДЕНИЕ.

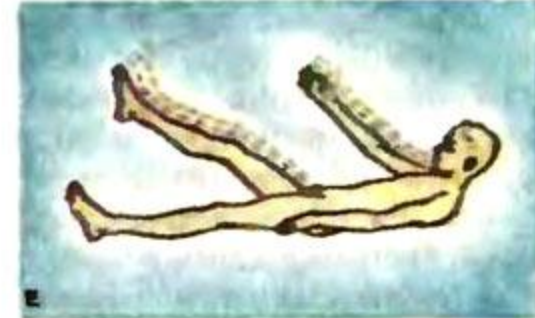
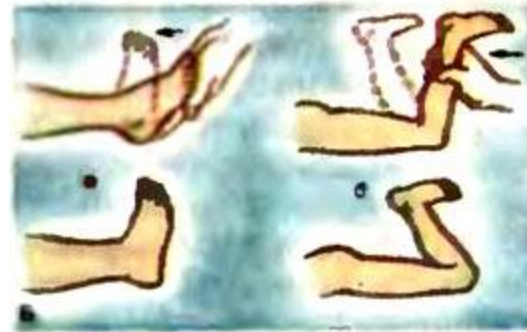
Гиперкинезы являются одним из наиболее частых проявлений многих заболеваний нервной системы.

Гиперкинетический синдром может развиваться в любом возрасте, особенно значима эта проблема у детей пубертатного возраста. По данным некоторых авторов насильственные движения разной этиологии наблюдаются в 1,38% детей пубертатного возраста.



Гиперкинетический синдром

Объединяет все виды насильственных, непроизвольных, избыточных движений и встречается в клинике многих неврологических заболеваний.



В зависимости от уровня поражения головного мозга выделяют три группы гиперкинезов:

I. Гиперкинезы преимущественно стволового уровня: тремор, миоклонии, миоритмии, миокимии, тики, спастическая кривошея, лицевой гемиспазм, параспазм мышц лица. Их характерные особенности — стереотипность, ритмичность и относительная простота насильственных движений.

II. Гиперкинезы преимущественно подкоркового уровня: атетоз, хорея, торсионная дистония, баллизм, интенционная судорога Рюльфа. Их общие черты — полиморфизм, аритмичность, сложность насильственных движений, наличие дистонического компонента.

III. Подкорково-корковые гиперкинезы: миоклонус-эпилепсия, миоклоническая диссинергия Ханта, кожевниковская эпилепсия, общими чертами которых являются частая генерализация процесса и эпилептические припадки.

ЭКСТРАПИРАМИДНЫЕ РАССТРОЙСТВА. ГИПЕРКИНЕЗЫ

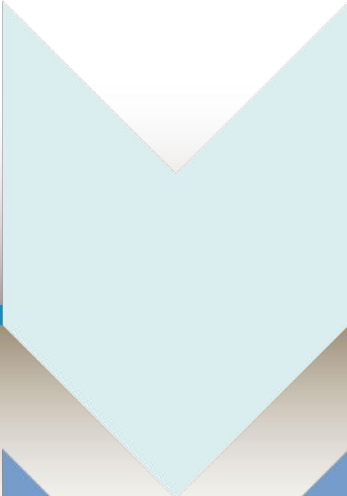
Тип гиперкинеза	Основные симптомы и клинические формы	Причины
Эссенциальный тремор	Двусторонний постуральный тремор, чаще рук и головы. В части случаев легкие проявления гипокинезии и интенционный (мозжечковый) тремор	Наследственное заболевание
Тики	Моторные тики: быстрые стереотипные сокращения отдельных мышц. Вокальные тики: покашливание, фырканье, выкрикивание слов. Локальные тики (чаще в лице) в школьном возрасте. Генерализованные тики (синдром Туретта). Вторичные тики	Тревожное расстройство. Семейное заболевание. Различные заболевания, прием лекарств
Хорея	Быстрые беспорядочные, отрывистые движения в мышцах лица, туловища и конечностей. Мышечный тонус часто снижен. Хорея Гентингтона Малая хорея Хорея беременных	Наследственное заболевание. Ревматизм, беременность, различные заболевания и интоксикации
Мышечная дистония	Медленные длительные сокращения мышц, вызывающие патологические позы. Генерализованная форма (дебют чаще в детском и молодом возрасте). Фокальные и сегментарные формы: спастическая кривошея, блефароспазм, оромандибулярная дистония, писчий спазм. Симптоматические формы	Наследственное заболевание. Причина не ясна Различные заболевания, прием лекарственных средств
Атетоз	Медленные червеобразные движения, часто приводящие к чрезмерному разгибанию кистей и пальцев рук; периодическое повышение мышечного тонуса	Перинатальное поражение головного мозга
Баллизм	Размашистые движения в мышцах плечевого и тазового пояса, чаще односторонние (гемибаллизм)	Поражение субталамического ядра
Миоклонус	Быстрые кратковременные сокращения отдельных мышечных групп	Наследственные заболевания


Дифференциальная диагностика гиперкинетического синдрома


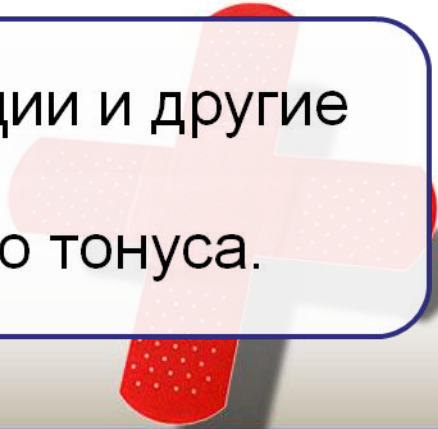
ГС нередко требует дифференцирования с проявлениями различных форм (истерического, обсессивно-компульсивного) невроза. Задача усложняется тем, что у больных ГС в процессе заболевания всегда присоединяются невротические симптомы.

Отличительными особенностями невротического гиперкинеза являются следующие:



- 
- развитие гиперкинезов (или их усугубление) вслед за психотравмирующей ситуацией;
 - зависимость выраженности гиперкинезов от присутствия «зрителей»;

- 
- манерность, утрированный характер поз и движений;
 - вариабельность и смена гиперкинеза за короткое время у одного больного;

- 
- выраженные вегетативные реакции и другие невротические симптомы;
 - отсутствие изменений мышечного тонуса.
- 

Лечение гиперкинетического синдрома

Терапия ГС является сложной и до конца не решенной задачей. Лечение ГС может носить патогенетический (коррекция нейромедиаторных нарушений в экстрапирамидной системе) и симптоматический характер.

Выделяют лечение:

консервативное

оперативное



Основу консервативной терапии ГС составляет медикаментозное лечение. Его важнейшими принципами являются индивидуальность в подборе дозы, кратности приема препарата и длительности его назначения. Оптимальная доза подбирается постепенно и осуществляется в пределах **«фармакотерапевтического окна»**, т. е. достижения клинического эффекта без его побочного действия.

В ряде случаев положительным результатом лечения считается не полное устранение гиперкинеза, а появление у больного возможности произвольного контроля за его возникновением. Поддерживающая доза должна быть минимальной и периодически подвергаться переоценке.



В ряде случаев положительным результатом лечения считается не полное устранение гиперкинеза, а появление у больного возможности произвольного контроля за его возникновением. Поддерживающая доза должна быть минимальной и периодически подвергаться переоценке. **Выбор группы антигиперкинетических препаратов во многом зависит от вида и формы гиперкинеза.**



Антиацетилхолинергические средства (холинолитики).

Механизм их действия связан со снижением функциональной активности холинергических систем. Отмечен их умеренный положительный эффект при треморе покоя, миоклониях, некоторых фокальных формах торсионной дистонии (писчий спазм).

Наиболее часто применяется циклодол (паркопан) по 1—2 мг три раза в сутки. К числу побочных действий препаратов относятся сухость во рту, запоры, задержка мочеиспускания, ухудшение аккомодации, развитие психомоторных нарушений. Холинолитики следует с осторожностью применять у мужчин с аденомой простаты, у лиц с глаукомой и в пожилом возрасте.



Агонисты дофаминовых рецепторов

Непосредственно стимулируют специфические дофаминовые рецепторы и обеспечивают равномерный синтез и высвобождение дофамина. Одним из препаратов данной группы, умеренно воздействующих на статический тремор, является мирапекс.



Лечение целесообразно назначать с малых доз с постепенным наращиванием до 1,5 г/сут в три приема. К числу побочных эффектов препарата относят ортостатическую гипотензию, тошноту, нарушение сна.



ДОФА-содержащие препараты

Представляют собой метаболические предшественники дофамина. Применяют наком (мадопар, синимет) при спастической кривошее, торсионной дистонии, начиная с малой дозы 62,5 мг, два раза в день. При положительных результатах доза постепенно увеличивается до 500—750 мг, разделенных на три приема. К числу побочных свойств препаратов относятся тошнота, ортостатическая гипотензия, психотические нарушения, дискинезии и моторные флюктуации.



Антагонисты дофаминовых рецепторов (нейролептики)

Влияют на избыточную дофаминергическую активность путем блокирования постсинаптических дофаминовых рецепторов. Препараты широко используют для лечения различных проявлений ГС: блефароспазма, параспазма, баллизма, атетоза, тиков, хореи, торсионной дистонии и спастической кривошеи.

Наиболее часто назначают галоперидол (орап, лепонекс, сульпирид), начиная с дозы 0,25 мг два раза в сутки, постепенно увеличивая дозу до 1,5 мг, разделенных на три приема. К побочным эффектам препаратов относят признаки синдрома паркинсонизма (брадикинезия, мышечная ригидность), острые дистонические реакции, вегетативные нарушения. В тяжелых случаях возможен злокачественный нейролептический синдром.



Препараты вальпроевой кислоты

Препараты вальпроевой кислоты оказывают влияние на ГС путем воздействия на обмен тормозного медиатора гамма-аминомасляной кислоты. Из препаратов этой группы применяют производные натриевой и кальциевой солей вальпроевой кислоты (орфирил, конвулекс, конвульсофин).

Наиболее современным производным вальпроевой кислоты является депакин, который выпускается в дозах 300 и 500 (хроно) мг. Суточная доза препарата обычно составляет 300—1000 мг. Депакин оказывает положительное влияние на миоклонии, миоритмии, тики, лицевой гемиспазм, параспазм, миоклонус-эпилепсию и кожевниковскую эпилепсию. К числу редких побочных эффектов препарата относят тошноту, диарею, возможна тромбоцитопения.



Бензодиазепины

Обладают противосудорожной, миорелаксирующей и анксиолитической активностью. К их числу относятся фенозепам (дiazепам, нозепам) и производные, в частности клоназепам (антелепсин, ривотрил). Показаниями к их назначению являются тики, миоклонии, хорея, динамический тремор, параспазм, спастическая кривошея.

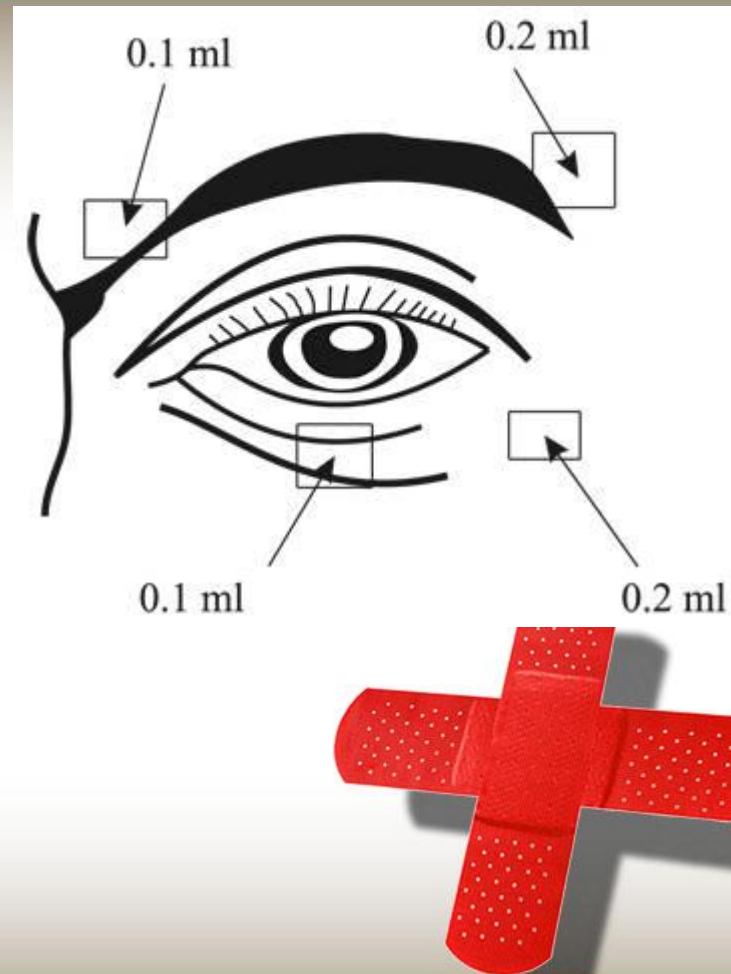
Дозировка подбирается индивидуально и составляет максимально 4—6 мг/сут. В случаях недостаточного эффекта возможно сочетание бензодиазепинов с анаприлином (40 мг/сут), баклофеном (50 мг/сут) или нейролептиками. Побочные эффекты бензодиазепинов — головокружение, сонливость, замедление реакции, возможно привыкание.



В комплекс лечения больных с ГС целесообразно включать психотерапию, иглотерапию, озокеритовые аппликации, обучение приемам постизометрической релаксации.



Одним из современных методов лечения является применение производных ботулотоксина (ботокс, диспорт), вызывающих местную химическую денервацию. Препараты вводятся в пораженные мышцы при блефароспазме, лицевом гемиспазме, спастической кривошее.



Хирургическое лечение

(стереотаксическую таламо- и паллидотомию) проводят в медикаментозно резистентных случаях тремора, торсионной дистонии и при генерализованном тике. При лицевом гемиспазме выполняется нейрохирургическое выделение корешка лицевого нерва от ветвей базилярной артерии.



Заключение.

Экстрапирамидные двигательные расстройства - состояние, встречающиеся как при неврологических, так и при соматических заболеваниях.

Двигательные расстройства при экстрапирамидной патологии отличаются клинической разнообразностью. Клинически они протекают от едва заметного тремора вплоть до гемибаллизма и торсионной дистонии, интенсивностью и частотой непроизвольных движений, что в конечном результате приводит к дезадаптации больных к условиям быта, нарушению их трудоспособности и потере приобретенных навыков.

