

ОПЫТ ПРИМЕНЕНИЯ БОТУЛИНИЧЕСКОГО ТОКСИНА В НЕВРОЛОГИЧЕСКОЙ ПРАКТИКЕ В РЕСПУБЛИКЕ ТАТАРСТАН

Зулейха Абдуллазяновна Залаялова, Диана Магомедовна Хасанова,
Ольга Сергеевна Калашикова*

*Республиканский клинико-диагностический центр экстрапирамидной патологии и ботулинотерапии,
г. Казань
Казанский государственный медицинский университет*

Реферат

Цель. Оценка динамики применения ботулинотерапии в лечении пациентов с тяжёлыми расстройствами движения в Татарстане по данным работы Клинико-диагностического центра экстрапирамидной патологии и ботулинотерапии Республики Татарстан.

Методы. Эпидемиологический и клинико-статистический анализ результатов применения ботулинотерапии в Республике Татарстан.

Результаты. За период 2004–2010 гг. в Республиканский клинико-диагностический центр экстрапирамидной патологии и ботулинотерапии обратились 569 человек. Между тем, учитывая распространённость основных состояний, при которых показана ботулинотерапия, количество нуждающихся в инъекциях составляет в Республике Татарстан не менее 1514 человек. С внесением препаратов ботулинического токсина в 2008 г. в список дополнительного лекарственного обеспечения ботулинотерапия стала более доступной, что отражает статистика роста оказания данного вида медицинской помощи. Более 80% нуждающихся — пациенты молодого трудоспособного возраста, способные возвратиться к труду при регулярной ботулинотерапии.

Ботулинотерапия при ряде неврологических заболеваний остаётся практически единственным эффективным способом симптоматического лечения, снижающим уровень инвалидизации. Его преимуществами являются не только высокая эффективность, но и возможность проведения процедуры в амбулаторных условиях.

Вывод. На основании оценки динамики применения ботулинотерапии считаем необходимым создание региональных целевых программ обеспечения ботулотоксином пациентов, не являющихся инвалидами, но остро нуждающихся в инъекциях.

Ключевые слова: ботулинотерапия, дистонии, экстрапирамидная патология, спастическая кривошея, блефароспазм.

THE EXPERIENCE OF USING BOTULINUM TOXIN IN NEUROLOGICAL PRACTICE IN THE REPUBLIC OF TATARSTAN *Z.A. Zalyalova, D.M. Khasanova, O.S. Kalashnikova. Republican Clinical Diagnostic Centre for Extrapyramidal Pathology and Botulinum Therapy, Kazan, Russia, Kazan State Medical University, Kazan, Russia.* **Aim.** To assess the dynamics of botulinum therapy in the treatment of patients with severe disorders of movement in Tatarstan according to the data of the Clinical and Diagnostic Center for Extrapyramidal Pathology and Botulinum Therapy of the Republic of Tatarstan. **Methods.** Epidemiological, clinical and statistical analysis of the results of using botulinum therapy in the Republic of Tatarstan. **Results.** During the period 2004–2010 569 people were referred to the Clinical and Diagnostic Center for Extrapyramidal Pathology and Botulinum Therapy. Meanwhile, given the prevalence of major conditions, in which botulinum therapy is indicated, the number of people needing these injections in the Republic of Tatarstan is at least 1514 people. With the inclusion of botulinum toxin in 2008 to the list of additional drug provision botulinum therapy become more affordable, this being reflected in the statistics of growth of this type of medical care. Over 80% of those in need of care are young patients of working age, able to return to work through regular botulinum therapy. Botulinum therapy in a number of neurological diseases is virtually the only effective means of symptomatic treatment, which reduces the level of disability. Its advantages are not only its high effectiveness, but also the possibility of conducting the procedure on an outpatient basis. **Conclusion.** Based on the assessment of the dynamics of botulinum therapy it is considered necessary to establish regional programs, which would provide botulinum toxin to patients who are not disabled, but acutely in need of injections. **Keywords:** botulinum therapy, dystonia, extrapyramidal pathology, spasmodic torticollis, blepharospasm.

На сегодняшний день ботулинотерапия двигательных расстройств представляет собой отдельное направление неврологии [7]. Официально зарегистрированные показания к применению ботулотоксина — блефароспазм, гемифациальный спазм, цервикальная дистония (спастическая кривошея), фокальная спастичность запястья и кисти у пациентов, перенёвших инсульт, паралич у детей в возрасте 2 лет и старше [2]. Спектр показаний к ботулинотерапии расширяется, рассматривается вопрос о применении ботулотоксина при головных болях напряжения, мигрени (в

США Управление по надзору за качеством пищевых продуктов и медикаментов уже приняло законодательный акт о применении ботокса для лечения мигрени), ахалазии кардии (что также одобрено в США) и других синдромах. При этом решаются и такие задачи, как устранение боли в спастичной конечности, снижение нагрузки на ухаживающих за больным родственником и т.д. [6]. Преимуществами ботулинотерапии являются не только высокая эффективность, но и возможность проведения процедуры в амбулаторных условиях. Недостатком лечения препаратами ботулинического токсина остаётся высокая стоимость [3].

С 2008 г. ботулинический токсин внесён в список дополнительного лекарственного обеспечения согласно приказу МЗСР РФ №665 от

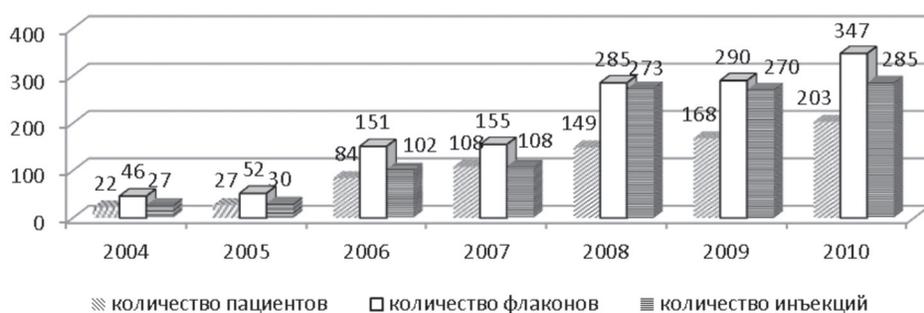


Рис. 1. Динамика применения инъекций ботулинического токсина в 2004–2010 гг. в Республиканском клинко-диагностическом центре экстрапирамидной патологии и ботулинотерапии.

18.09.2006 г. «Об утверждении Перечня лекарственных средств, отпускаемых по рецептам врача (фельдшера) при оказании дополнительной бесплатной медицинской помощи отдельным категориям граждан, имеющим право на получение государственной социальной помощи» с изменениями и дополнениями, внесёнными в Перечень в соответствии с приказом МЗСР России №451 от 27 августа 2008 г. и приказом №760н от 23 декабря 2008 г.

За время существования городского и республиканского центров всего было проведено 5438 консультаций для 2678 пациентов. За период 2004–2010 гг. показания к ботулинотерапии установлены у 569 (10,5%) человек с такими заболеваниями, как детский церебральный паралич, блефароспазм, лицевой гемиспазм, спастическая кривошея, болезнь Мейжа, посттравматический и постинсультный спастический гемипарезы, миелопатии со спастическими пара- и тетрапарезами, гемитремор, оромандибулярные дискинезии, эссенциальный тремор головы, верхних конечностей, гипергидроз, сиалорея, тики, камптокормия. Для оценки эффективности ботулинотерапии применяют различные количественные шкалы и методы объективизации состояния до и после инъекций: «Рейтинговая шкала спастической кривошеи западного Торонто» (TWSTRS), унифицированная шкала дистоний, проба Минора при гипергидрозе (йодо-крахмальный тест), шкала Ашворта при спастичности и др.

В 2010 г. было сделано 285 инъекции 203 пациентам (рис. 1), более 50% из них получали инъекции неоднократно. Количество использованных флаконов составило 347 штук. У всех пациентов отмечен положительный результат с уменьшением симптомов на 70–80%. Побочные эффекты чаще отмечали при инъекциях в области лица (4%), они носили локальный и обратимый характер.

Наиболее часто в корригирующем лечении ботулотоксином нуждались пациенты с различными формами первичных дистоний – фокальными, сегментарными и генерализованными (80% пациентов). Реже получали лечение методом ботулинотерапии пациенты с вторичными гипоксическими (в том числе перинатальными

и лекарственными, 15%) и другими (5%) поражениями. Среди пациентов, получивших инъекции, преобладали больные со спастической кривошеей (40%). На втором месте находились пациенты с блефароспазмом и другими локальными и сегментарными дистониями (16,7%). Между тем, распространённость фокальных дистоний в США составляет 40 случаев на 100 тыс. населения, в Европе – 15–16 на 100 тыс., идиопатический блефароспазм – 3,6, спастическая кривошея – 5,7, оромандибулярная дистония – 0,09 на 100 тыс. населения [5]. В России распространённость генерализованных дистоний составляет 3–4 случая на 100 тыс. населения, а фокальных – 30–35 на 100 тыс. [4]. Сделав несложные математические подсчёты, можно предположить, что в Республике Татарстан 1514 пациентов, нуждающихся в инъекциях ботулинического токсина, – в 2,6 раз больше числа обратившихся [1].

Среди других «недистонических» показаний к применению ботулинического токсина были гипергидроз ладоней и стоп, миоклонии, сиалорея, камптокормия, ларингеальные гиперкинезы, синдром ригидного человека и спастичность.

В Республиканском клинко-диагностическом центре экстрапирамидной патологии и ботулинотерапии применяют три препарата ботулотоксина: ботокс («Allergan»), диспорт («Ipsen») и ксеомин («Merz»). Наиболее часто используют диспорт (50,25%), несколько реже ботокс (32,02%) и ксеомин (17,73%). Доступны по программе дополнительного лекарственного обеспечения препараты ботокс и диспорт, именно поэтому их доля преобладает по количеству использованных флаконов.

Средняя доза ботокса составила 160 ЕД, диспорта – 772 ЕД, ксеомина – 153 ЕД, в среднем использовали 1,5 флакона. Максимальные используемые дозы составили 300 ЕД, 2000 ЕД и 300 ЕД для ботокса, диспорта и ксеомина соответственно. Минимальные используемые дозы составили 50 ЕД, 200 ЕД и 50 ЕД для ботокса, диспорта и ксеомина соответственно.

Одна из важнейших проблем ботулинотерапии – обеспечение пациентов с локальными и сегментарными дистониями (такими, как блефароспазм, спастическая кривошея, синдром Мейжа),

имеющих грубые нарушения функций, но после инъекций ботулинического токсина восстанавливающих трудоспособность. Средний возраст пациентов с блефароспазмом составляет 30–55 лет, но из-за насильственного зажмуривания (формирования «функциональной слепоты») их способность к труду и самообслуживанию значительно ограничена. Спастическая кривошея также развивается у лиц молодого возраста (25–40 лет). Насильственный поворот головы и формирование патологической позы в сочетании с болевым синдромом затрудняют трудовую и социальную деятельность человека. Периодические инъекции ботулинического токсина, существенно улучшая функциональные возможности больного, позволяют ему вернуться к привычной деятельности, устраняют финансовую и физическую зависимость от окружающих и государства [8].

ВЫВОДЫ

1. На основании оценки динамики применения ботулинотерапии считаем необходимым создание региональных целевых программ обеспечения ботулиническим токсином пациентов, не являющихся инвалидами, но остро нуждающихся в инъекциях.

2. Сотрудники Республиканского клинко-

диагностического центра экстрапирамидной патологии и ботулинотерапии готовы принять активное участие в их разработке.

ЛИТЕРАТУРА

1. Лебедев А.Н. Перепись-2010: нас стало больше // Республика Татарстан. — 2011. — №16. — С. 3.
2. Орлова О.Р., Яхно Н.Н. Применение ботокса (БТА) в клинической практике. Руководство для врачей. — М.: Каталог, 2000. — 208 с.
3. Тимербаева С.Л., Иванова-Смоленская И.А., Маркова Е.Д. Ботулотоксин А — высокоэффективное средство лечения фокальных дистоний // Ж. неврол. и психиатр. — 2000. — №5. — С. 32–35.
4. Тюрников В.М., Маркова Е.Д., Добжанский Н.В. Хирургическое лечение краниальной и цервикальной дистонии // Атмосфера. Неврн. бол. — 2007. — №3. — С. 28–32.
5. Collaborative Group. The Epidemiological Study of Dystonia in Europe (ESDE). A prevalence study of primary dystonia in eight European countries // J. Neurol. — 2000. — Vol. 247. — P. 787–792.
6. Gracies J.-M., Singer B.J., Dunne J.W. The role of botulinum toxin injections in the management of muscle overactivity of the lower limb // Disabil. Rehabil. — 2007. — Vol. 23. — P. 1789–1803.
7. Truong D., Dressler D., Hallett M. Manual of botulinum toxin therapy. — NY: Demos, 2009. — P. 125.
8. Ward A.B. A summary of spasticity management — a treatment algorithm // Eur. J. Neurol. — 2002. — Vol. 9, suppl. 1. — P. 48–52.

УДК 616.853-036.2-036.8-053.8: 616.831-001.31-001.34 (470.41)

Н02

ЭПИДЕМИОЛОГИЯ ПОСТТРАВМАТИЧЕСКОЙ ЭПИЛЕПСИИ В РЕСПУБЛИКЕ ТАТАРСТАН

Ярмухаметова Миляуша Рифхатовна*

Казанский государственный медицинский университет

Реферат

Цель. Комплексное изучение эпидемиологических и клинических характеристик больных с посттравматической эпилепсией среди взрослого населения трёх районов Республики Татарстан.

Методы. Исследование проводили в 2009 г. в трёх районах: Арском, Балтасинском и Тетюшском. Случаи активной эпилепсии регистрировали по результатам подворных обходов, сплошного изучения медицинских амбулаторных карт в лечебно-профилактических учреждениях, карт регистрации вызовов станции скорой медицинской помощи. При впервые выявленной эпилепсии, а также для уточнения диагноза проводили клинко-неврологическое обследование, включающее осмотр неврологом, электроэнцефалографию, дополнительно — магнитно-резонансную и компьютерную томографию.

Результаты. Из установленных причин симптоматической эпилепсии самой частой была черепно-мозговая травма (25,09%), причём у мужчин (n=52, 19,47%) в среднем в 3 раза чаще, чем у женщин (n=15, 5,61%). Наиболее часто травмы встречались в возрастной группе 30–49 лет (в 5–6 раз чаще у мужчин). У 23,88% (n=16) пациентов с посттравматической эпилепсией регистрировалось более 12 приступов в год, у 73,14% (n=49) — 1–12 приступов в год, в медикаментозной ремиссии находились 2,98% (n=2) пациентов.

Монотерапию получали 83,58% пациентов. Наиболее часто назначаемые препараты — соли вальпроевой кислоты, карбамазепин, топирамат, как в качестве монотерапии, так и в составе политерапии.

Вывод. Выявлена высокая распространённость посттравматической эпилепсии (25,09%); отмечена недостаточная степень контроля эпилептических приступов, зачастую вследствие нерациональной медикаментозной терапии.

Ключевые слова: неврология, эпилепсия, черепно-мозговая травма, эпидемиология, заболеваемость, распространённость, Республика Татарстан.

EPIDEMIOLOGY OF POST-TRAUMATIC EPILEPSY IN THE REPUBLIC OF TATARSTAN

M.R. Yarmukhametova. Kazan State Medical University, Kazan, Russia. **Aim.** To conduct a comprehensive study of epidemiological and clinical characteristics of patients with post-traumatic epilepsy among the adult