

Врз основа на член 27 став (1) од Законот за здравствената заштита („Службен весник на Република Македонија“ број 43/12, 145/12 и 87/13), министерот за здравство донесе

У П А Т С Т В О
ЗА ПРАКТИКУВАЊЕ НА МЕДИЦИНА ЗАСНОВАНА НА ДОКАЗИ ЗА
ТРЕТМАН НА СПАСТИЦИТЕТ

Член 1

Со ова упатство се пропишува медицинско згрижување преку практикување на медицина заснована на докази за третман на спастицитет.

Член 2

Начинот на третман на спастицитет е даден во прилог, кој е составен дел на ова упатство.

Член 3

Здравствените работници и здравствените соработници ја вршат здравствената дејност на медицинско згрижување при третман на спастицитет по правило согласно ова упатство.

По исклучок од став 1 на овој член, во поединечни случаи по оценка на докторот може да се отстапи од одредбите на ова упатство, со соодветно писмено образложение за причините и потребата за отстапување и со проценка за натамошниот тек на медицинското згрижување, при што од страна на докторот тоа соодветно се документира во писмена форма во медицинското досие на пациентот.

Член 4

Ова упатство влегува во сила наредниот ден од денот на објавувањето во „Службен весник на Република Македонија“.

Бр. 07-8953/2
30 ноември 2013 година
Скопје

МИНИСТЕР
Никола Тодоров

ТРЕТМАН НА СПАСТИЦИТЕТ

МЗД Упатство
19.05.2010

- Основи
- Општи напомени
- Симптоми на лезија на моторниот трактус
- Медикаментен третман
- Хируршки третман
- Општи мерки
- Референци

ОСНОВИ

- Третман на спастичитетот не е неопходен. Лекувањето се состои во подобрување на состојбата на екстремитетот со ослабена мускулна способност и олеснување на неговото движење.
- Лековите се индицирани кога мускулната способност е адекватна, но спазмот се продлабочува.
- Лековите секогаш се индицирани за спастичниот екстремитет кај пациентите кои не се третираат амбулантски.
- Други можни третмани се регионалната анестезија на нервниот корен со алкохол или фенол и неврохируршките процедури.

ОПШТИ НАПОМЕНИ

- Оштетувањата на ЦНС предизвикуваат мускулен спастичитет и ригидитет. Спазмот се јавува поради оштетувањата во пирамидниот (моторниот) тракт. Затегнатоста се јавува при нагло протегање на мускулот. Иницијално се јавува јака резистентност, која попушта со текот на времето. Таканаречената "jack knife" (дебно ноже) спастичност, карактеристична за оштетувањата на моторниот тракт, се разликува од "lead pipe" (оловна шипка) ригидноста, карактеристична за екстрапирамидната лезија.
- Најчестите причини за оштетувањата во моторниот тракт се цереброваскуларните болести, туморите и повредите на мозокот/рбетот.

СИМПТОМИ НА ЛЕЗИЈА НА МОТОРНИОТ ТРАКТУС

- Покрај присутниот спастичитет, оштетувањето на моторниот тракт, исто така, доведува до:
 - Мускулна слабост;
 - Засилени тетивни рефлекси;
 - Позитивен Бабински;
 - Спазам на екстензорните и флексорните мускули.
- Оштетувањата на моторниот тракт на долните екстремитети, исто така, може да создаде нарушувања на функцијата на мочниот меур и на цревата:
 - Често мокрење, предизвикано од хиперрефлексијата на детрусорот;
 - Инконтиненција.

МЕДИКАМЕНТЕН ТРЕТМАН

- Baclofen-от и дијазепамот се најефикасни кај повредите на грботот и на мозокот. Најзначаен несакан ефект кај овие два лека е поспаноста, а големи дози може да предизвикаат конфузност, вознемиреност и хипотензија. Наглиот прекин може да биде тригер фактор за епилептичен напад. Tizanidin-от и clonazepam-от се ефикасни и кај двата типа на повреди (ннд-**D**).

Баклофен

- Регуларната иницијална доза е 5mg 2-3 пати дневно.
- Просечната доза е 20 до 30mg/дневно.
- Максималната дневна доза е 75mg.
- Предозирањето доведува до мускулна хипотонија, опишана од болните како зголемена мускулна слабост.
- Баклофенот може да се ординира и интратекално (ннд-**A**).

Тетразепам и дијазепам

- Двата лека од бензодиазепинската група ја редуцираат психичката напнатост и интензивно ја релаксираат мускулатурата:
 - Особено тетразепамот ефикасно ја релаксира мускулатурата. Тој има поблаго седативно дејство отколку дијазепамот.
- Лековите би требало да се користат краткорочно, заради несаканите ефекти и ризикот од зависност.
- Дозата на дијазепамот се одредува индивидуално, иницијалната е 2.5-5 mg 2-3x1 дневно. Несаканите ефекти се јавуваат пред постигнување на терапевтските резултати:
 - Дијазепамот се користи во комбинација со баклофенот.
 - На почетокот дијазепамот се дава само навечер.

Тизанидин

- Потребната доза за да го редуцира спастичитетот е 4-6mg 3-4 пати. Максималната доза е 3x12mg.
- Несаканите ефекти се: поспаност, замор и сува уста. Ако се користи во комбинација со антихипертензивни лекови може да предизвика хипотензија и брадикардија.

Антиконвулзиви

- Спастицитетот повремено е поврзан со мускулни крампи во долните екстремитети и на трупот. Овие спазми се краткотрајни, но болни. Може да се третираат со антиконвулзиви, на пример clonazepam 0.5-2.0mg/навечер.

Мемантин

- Мемантинот не е така ефикасен во намалувањето на спастичитетот како баклофенот или тизанидинот, но во потешки случаи тој може да се употреби во комбинација со други медикаменти.

Дантролен

- Дантроленот е ефикасен мускулен релаксант. Тој може да се користи за намалување на интензивниот спастичитет ако со баклофенот или тизанидинот не се постигнал задоволителен одговор во третманот.

Канабиноиди

- Канабиноидите се ефикасни во редукцијата на спастичитетот, но тие не се за широка употреба.

Clostridium botulinum-невротоксин

- Традиционално ботулинум токсинот беше користен локално во третманот на различни мускулни дистонии.
- Исто така, тој може да се користи и во третманот на интензивен локален мускулен спазам кај мултипната склероза кој предизвикува малпозиција и болка.
- Лекот се инјектира во различни точки од спастичната мускулатура, делува на ниво на невромускулната синапса.
- Третманот со ботулинум токсинот би требало да се администрира само од страна на обучени лекари и со искуство во третманот, односно од искусен тим. Штом ќе се започне со третманот, ЕНМГ неопходно треба да се спроведе.
- Оптималната доза се постигнува со титрирање, постепено со мали дози.

ХИРУРШКИ ТРЕТМАН

- Индициран е само кај тешките парези на долните екстремитети, како резултат на спиналните лезии. Рефлексниот лак е прекинат со аблација на предните корени во ниво од L1-S1.
- Рефлексниот лак, исто така, може да биде прекинат заради регионалната анестезија на нервниот корен со алкохол или со фенол. Оваа процедура ќе го уништи сакралниот нерв и може да предизвика дисфункција на мочниот меур и на цревата.
- При миелотомија рефлексниот лак е оштетен во нивото од L1-S1 помеѓу предниот и задниот рог. Ефектите се долготрајни.
- Болката и спастичитетот во долните екстремитети може да бидат третирани и со електростимулација, електродите се аплицираат хируршки во рбетниот мозок.
- Оваа процедура се спроведува само кај пациенти кои имаат корист од транскутаната стимулација.

ОПШТИ МЕРКИ

- Спастицитетот може да се изгуби со континуирани и регуларни физикални терапии. Терапијата со мраз ја зголемува ефикасноста.
- Опсегот на спастичитетот зависи од положбата. На пример, спастичитетот на екстензорите е помалку изразен во крената положба отколку при супинација.
- Функцијата на мочниот меур треба подетално да се мониторира, бидејќи сензитивните стимули од долниот абдомен може да провоцираат спазам во парализираниот мускул. Детрусор-хиперрефлексијата се лекува со антихолинергици.
- Специјално внимание треба да се посвети на превенцијата и третманот на уринарните инфекции.
- Негата на кожата е важна, бидејќи болните дразби го зголемуваат спастичитетот.

РЕФЕРЕНЦИ

1. Taricco M, Adone R, Pagliacci C, Telaro E. Pharmacological interventions for spasticity following spinal cord injury. Cochrane Database Syst Rev 2000; (2):CD001131. **Pub**

2. Creedon SD, Dijkers MP, Hinderer SR. Intrathecal baclofen for severe spasticity: a meta-analysis. International Journal of Rehabilitation and Health 1997; 3:171-185. **DARE**

Authors: Juhani Wikström Article ID: ebm00802 (036.094) © 2011 Duodecim Medical Publications Ltd

1. **EBM Guidelines 19.05.2010, www.ebm-guidelines.com**
2. **Упатството треба да се ажурира еднаш на 5 години.**
3. **Предвидено е следно ажурирање до мај 2015 година.**