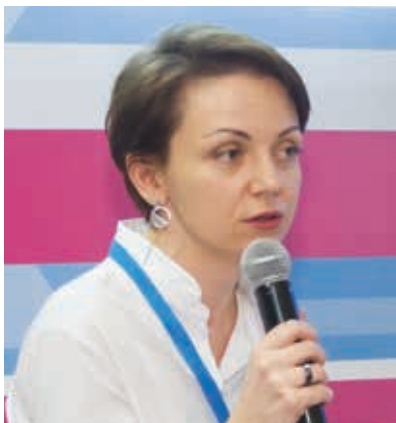




Актуальные вопросы современной неврологии: акцент на клинической практике

В рамках XVI Междисциплинарной конференции «Вейновские чтения» 27 февраля 2020 г. на стенде компании «Верофарм» состоялись образовательные лекции для врачей разных специальностей. Ведущие российские эксперты рассказали об алгоритмах ведения пациентов с цервикалгией в условиях реальной клинической практики, а также о ранней диагностике и терапии когнитивных нарушений.



К.м.н.
Н.Г. Правдюк

Боль в шее (цервикалгия) и связанные с ней расстройства относятся к числу важных проблем современной медицины и волнуют врачей разных специальностей, поскольку симптомы цервикалгии присутствуют в клинической картине целого спектра неврологических, ревматологических, терапевтических и других заболеваний. Цервикалгия может быть вызвана как неспецифическими причинами (дисфункцией дугоотростчатых суставов, миофасциальным синдромом), так и специфическими (травмами позвонков, новообразованиями, инфекционными поражениями, ревматическими заболеваниями и др.). Доцент кафедры факультетской терапии им. акад. А.И. Нестерова РНИМУ им. Н.И. Пирогова, к.м.н. Наталья Григорьевна ПРАВДЮК привела клинический пример цервикалгии, возникшей на фоне вторичного миофасциального синдрома.

Пациент С., 40 лет. Предъявляет жалобы на умеренную боль в основании головы и задней части шеи при запрокидывании головы (60 мм по визуальной аналоговой шкале). Жалобы возникли остро, сохраняются в течение двух

Ревматическая маска цервикалгии

суток. Указаний на травму шеи, заболевания верхних дыхательных путей, стоматологические процедуры нет. В анамнезе артрит коленных суставов. Объективно наблюдается болезненность при пальпации в основании шеи, пальпируются триггерные точки над углом, образованным основанием шеи и надплечьем. Шейной лимфаденопатии нет. Движения в шейном отделе во всех плоскостях ограничены из-за боли.

Пациенту поставлен предварительный диагноз: миофасциальный синдром ременных мышц головы и шеи; цервикалгия острого течения (функциональный класс 2). Выполнена инъекция 0,5%-ного лидокаина 6 мл и дексаметазона 2 мг в триггерные точки. В ходе проведения рентгенографии шейного отдела в боковой проекции обнаружены фокальные кальцификаты в проекции передней поверхности тела С1. Мягкие ткани над проекцией позвонков С1–С5 отечны. Назначена магнитно-резонансная томография шейного отдела в сагиттальной проекции. В T2-взвешенном режиме обнаружен ретрофарингеальный выпот с острым нижним краем – от основания черепа к нижней границе С5, занимающий достаточно большую площадь. При выполнении компьютерной томографии шейного отдела позвоночника в сагиттальной проекции с контрастированием помимо ретрофарингеального выпота выявлены три кальцификата спереди тел позвонков С1–С2.

По результатам инструментальных исследований пациенту поставлен редкий диагноз «острый ретрофарингеальный кальцифицирующий тенди-

нит (ОРКТ) мышц шеи с вторичным миофасциальным синдромом (функциональный класс 2)». Докладчик отметил, что ОРКТ – редкое проявление болезни депонирования основных фосфатов кальция, впервые описанное в 1964 г. К 2015 г. зафиксировано всего 70 случаев ОРКТ.

Заболевание развивается в результате эктопической кальцификации гидроксипатита кальция в сухожилии длинной мышцы шеи и выраженного воспалительного ответа, приводящих к ретрофарингеальному выпоту. Клинически проявляется острой болью в шее, дисфагией, одиофагией, лихорадкой, лейкоцитозом, повышением скорости оседания эритроцитов и уровня С-реактивного белка. При исследовании обнаруживается кальцификация вдоль сухожилий длинной мышцы шеи на уровне С1–С2 с симметричным ретрофарингеальным отеком.

Дифференциальную диагностику ОРКТ проводят прежде всего с ретрофарингеальным абсцессом, которому сопутствуют фебрильная лихорадка, лимфаденопатия, осумкованный выпот, выявляемый при магнитно-резонансной и компьютерной томографиях. Кроме того, следует дифференцировать ОРКТ и остеоартроз атланта-аксиального сочленения, переломы позвонка со смещением отломков, менингит, рабдомиосаркому, грыжу межпозвонкового диска.

Встречаются другие локализации эктопической кальцификации гидроксипатита кальция. Например, над большим бугорком плечевой кости, по ходу сухожилия надостной мышцы (зона Кодмана) при проведении рент-



XVI Междисциплинарная конференция «Вейновские чтения»

генографии могут обнаруживаться кальцинаты и глыбчатые кальциевые депозиты. Кроме того, пациенты могут страдать гидроксипатитной артропатией (синдромом «плечо Милуоки») – редкой деструктивной артропатией плечевого сустава. Это форма артропатии, которая характеризуется выраженной деструкцией хряща и субхондральной кости, ротаторной манжеты, быстро приводящей к деструкции плечевого сустава.

Таким образом, клинический случай наглядно демонстрирует редкую причину вторичного миофасциального синдрома, проявляющегося острой цервикалгией. Вторичный миофасциальный синдром (мышечная дисфункция с формированием локальных болезненных уплотнений в пораженных мышцах) может сформироваться в результате гормональных, структур-

ных и функциональных нарушений, инфекционных и ревматических заболеваний, а также в связи с многими другими причинами.

При вторичном миофасциальном синдроме терапия направлена на лечение основного заболевания, в данном случае ревматического. На этапе острой стадии больным рекомендуют покой, сухое тепло, обезболивание с использованием миорелаксантов и нестероидных противовоспалительных препаратов, в частности эторикоксиба 90–120 мг один раз в сутки на протяжении пяти – восьми дней. Н.Г. Правдюк привела в качестве примера отечественный препарат Аторика® табс (эторикоксиб). Препарат предназначен для симптоматической терапии остеоартроза, ревматоидного артрита, анкилозирующего спондилита, боли и воспаления, связанных с острым

подагрическим артритом, а также для лечения умеренной и острой боли после стоматологических операций. Аторика® табс способствует уменьшению боли, воспаления и улучшению функции, в том числе подвижности суставов у больных ревматическими заболеваниями.

Н.Г. Правдюк отметила, что при стихании боли пациентам с миофасциальным синдромом можно рекомендовать методы постизометрической релаксации мышц, мягкие миорелаксирующие методики, иглоукалывание, чрескожную электронейростимуляцию и лечебную физкультуру.

Пациенту С. были назначены нестероидные противовоспалительные препараты и миорелаксанты. На фоне терапии через пять дней симптомы (боль в шее, дисфагия, одинофагия) регрессировали.

Секреты когнитивного долголетия

Как отметила профессор кафедры неврологии Первого МГМУ им. И.М. Сеченова, д.м.н. Евгения Викторовна ЕКУШЕВА, в пожилом возрасте в норме у человека наблюдается легкое снижение когнитивных функций. Замедляется скорость мыслительных процессов, появляются сложности при переключении между разными задачами, принятии решений и планировании. Однако легкое когнитивное снижение не мешает большинству людей зрелого и старшего возраста работать, исполнять профессиональные обязанности и не влияет на их социальную активность. И несмотря на то что с возрастом частота различных когнитивных расстройств, в том числе деменции, увеличивается, их нельзя назвать следствием возрастных изменений при нормальном старении. Когнитивные нарушения у пожилых людей, сопровождающиеся бытовой, профессиональной и социальной дезадаптацией, – патологическое состояние, которое требует пристального

внимания, обязательного диагностического скрининга с исключением потенциально курабельных заболеваний и проведения дальнейших терапевтических воздействий.

Существует такое понятие, как когнитивный резерв. Под ним подразумевают способность церебральных структур справляться с последствиями повреждения головного мозга (инсультом, травмой, хронической ишемией мозга и др.) или возрастными изменениями, а также способность к функциональной компенсации и минимизации клинической манифестации когнитивной несостоятельности. При этом выделяют гендерные особенности когнитивного резерва. В частности, у женщин выше уровень энергопотребления в функционально значимых церебральных областях, что позволяет осуществлять высокоспециализированные процессы. Но это одновременно делает их церебральные структуры более уязвимыми при патологии, обуславливает более частое развитие нейродегенеративных процес-



Профессор, д.м.н.
Е.В. Екушева

сов (болезнь Альцгеймера). Мужчины отличаются уязвимостью в отношении возникновения и прогрессирования цереброваскулярной патологии^{1,2}. Знание данных особенностей позволяет выявлять наиболее значимые факторы риска когнитивных нарушений в старших возрастных группах.

Различают некорректируемые и корректируемые факторы риска когнитивных нарушений. К первым относят пожилой возраст, семейный анамнез, женский пол, черепно-мозговую травму и депрессию (в молодом и среднем

¹ Tomasi D., Volkow N.D., Wang G.J. et al. Methylphenidate enhances brain activation and deactivation responses to visual attention and working memory tasks in healthy controls // Neuroimage. 2011. Vol. 54. № 4. P. 3101–3110.

² Shaffer S.W., Harrison A.L. Aging of the somatosensory system: a translational perspective // Phys. Ther. 2007. Vol. 87. № 2. P. 193–207.



возрасте) в анамнезе. Ко вторым – артериальную гипертензию, гиперлипидемию, сахарный диабет, дефицит витамина В₁₂ и фолиевой кислоты, курение, ожирение, гиподинамию, гипергомоцистеинемию, злоупотребление алкоголем, недостаточную интеллектуальную активность. В основе большинства коморбидных состояний лежит системное воспаление. Поэтому ведение пациентов с коморбидными заболеваниями подразумевает комплексное наблюдение, включающее воздействие на общие механизмы формирования данных расстройств. Субъективные когнитивные нарушения рассматриваются как наиболее ранняя стадия нейродегенеративного процесса. Они характеризуются уменьшением объема энторинальной коры, ответственной за эпизодическую, семантическую и автобиографическую память по результатам нейровизуализационных исследований, наличием специфических биомаркеров в спинномозговой жидкости. В большинстве случаев в реальной жизни на проявления субъективных когнитивных нарушений не обращают внимания. Но вместе с тем эти пациенты находятся в группе риска развития умеренных когнитивных нарушений и деменции, поэтому нуждаются в наблюдении и лечении. В будущем у пациентов с субъективными когнитивными нарушениями могут произойти изменения в префронтальной коре, парагиппокампальной области, передней поясной извилине и лимбических отделах головного мозга, гиппокампе, которые отвечают за дальнейшее развитие хронической боли, когнитивных и депрессивных расстройств. При диагностике когнитивных нарушений врач особое внимание должен уделять жалобам пациента на стойкое ухудшение умственной работоспособности по сравнению с прошлым без явной причины, а также отсутствие отклонений в неврологическом

статусе и от возрастной нормы при выполнении когнитивного тестирования. Для скрининга недементных когнитивных нарушений, который включает оценку памяти, внимания, регуляции, исполнительных функций, проводят клиническое интервью. Анализ ответов опроса позволяет определить состояние процессов запоминания, хранения и воспроизведения информации, сделать выводы о когнитивном статусе пациента³. В настоящее время в неврологической клинической практике применяют ряд шкал и опросников для оценки когнитивного статуса: краткую шкалу оценки психического статуса, монреальскую шкалу когнитивной оценки, тесты «Рисование часов» и «Мини-Ког». Для определения когнитивных возможностей пациента также используют литеральные (фонетическая речевая активность) и категориальные (семантическая речевая активность) ассоциации. На что еще нужно обратить внимание при обследовании пациента с жалобами на когнитивные нарушения? Важно установить факторы, которые могут приводить к обратимым когнитивным нарушениям, и воздействовать на них. Одним из таких факторов является депрессия. У пациента с умеренными когнитивными нарушениями и депрессией замедляется скорость выполнения заданий, ухудшается способность мыслить или концентрировать внимание, возникают трудности в запоминании повседневных дел, усталость, снижение уровня энергии, расстройство сна. У многих пациентов к 40–60 годам развиваются хронические цереброваскулярные заболевания, в частности хроническая ишемия мозга. Сосудистые когнитивные нарушения при хронической ишемии мозга характеризуются нарушением исполнительных функций, программирования и контроля при относительной сохранности памяти. Это проявляется, особенно

на ранних стадиях, снижением темпа познавательных процессов, ослаблением концентрации внимания, замедленностью мышления, повышенной утомляемостью при умственной работе и затруднением переключения внимания между различными видами деятельности. Сосудистые когнитивные нарушения при хронической ишемии мозга рассматриваются как обратимые, особенно на ранних стадиях. Первоочередная задача терапии когнитивного дефицита – воздействие на когнитивный резерв: поддержание высокой умственной активности, эмоциональной насыщенности, широких социальных контактов, нейропсихологический тренинг. Физические нагрузки, контроль массы тела, средиземноморская диета, отказ от курения прямо влияют на улучшение когнитивного резерва. В многочисленных масштабных исследованиях показано, что физическая активность способствует сохранению когнитивного резерва, снижает риск развития хронических заболеваний, вызванных системным воспалением, и преждевременной смертности⁴. Так, результаты исследования физической активности на протяжении длительного периода (1971–2009) с участием 19 458 человек продемонстрировали, что высокий уровень физической активности в среднем возрасте на 36% уменьшает риск развития деменции в пожилом возрасте вне зависимости от цереброваскулярных нарушений⁵. Таким образом, для профилактики деменции пожилым людям показана ходьба (не менее 500 метров в день), умеренная (150 минут в неделю) и целевая физическая активность. Помимо немедикаментозных методов, воздействующих на когнитивный резерв, к основным направлениям терапии также относятся коррекция факторов риска развития и прогрессирования когнитивных нарушений, а также коррекция (возмещение) дефицита холинэргической и ГАМКер-

³ Fernández-Blázquez M.A., Ávila-Villanueva M., Maestú F., Medina M. Specific features of subjective cognitive decline predict faster conversion to mild cognitive impairment // J. Alzheimers. Dis. 2016. Vol. 52. № 1. P. 271–281.

⁴ Gleeson M., Bishop N.C., Stensel D.J. et al. The anti-inflammatory effects of exercise: mechanisms and implications for the prevention and treatment of disease // Nat. Rev. Immunol. 2011. Vol. 11. № 9. P. 607–615.

⁵ Defina L.F., Willis B.L., Radford N.B. et al. The association between midlife cardiorespiratory fitness levels and later-life dementia: a cohort study // Ann. Intern. Med. 2013. Vol. 158. № 3. P. 162–168.



XVI Междисциплинарная конференция «Вейновские чтения»

гической нейротрансмиссии, чтобы восстановить метаболизм, структуру и функцию нейронов головного мозга. Ацетилхолин – один из основных нейромедиаторов головного мозга, который обеспечивает сложные двигательные функции, внимание, долговременное запоминание. Метаболиты ацетилхолина входят в состав клеточных мембран и обеспечивают их матричные функции.

Среди представителей холинергических препаратов можно выделить препарат Церепро® (холина альфосцерат), обладающий комплексным механизмом действия в отношении восстановления структуры и функции нейронов. Применение Церепро® позволяет восстановить нейромышечную проводимость, улучшить передачу нервного импульса, мембранную пластичность и функции рецепторов нейронов. Таким образом, прием Церепро® приводит к улучшению синаптической передачи и нейротрансмиссии, определяющим формирование и поддержание когнитивного резерва⁶.

Профессор Е.В. Екушева подчеркнула, что пациенты с субъективными когнитивными нарушениями находятся в зоне риска дальнейшего прогрессирования когнитивного дефицита. Поэтому ранняя терапия на этом этапе даже у лиц молодого возраста может существенно замедлить ухудшение когнитивных функций. Пациентам в возрасте 20–45 лет с такими симптомами, как снижение активности, работоспособности, концентрации, ухудшение памяти, усталость, можно назначать препарат Церепро® внутримышечно в дозе 1000 мг/сут в течение 10–15 дней или перорально по 800 мг утром и 400 мг днем на протяжении трех месяцев. При напряженном графике работы рекомендован прием препарата два раза в год⁷. Препарат Церепро® может быть полезен и пациентам в возрасте 40–60 лет, которые жалуются на постоянную усталость, нарушение памяти, концентрации и внимания, снижение

работоспособности, а также людям старшего возраста (старше 60 лет) для сохранения умственной активности и работоспособности, улучшения памяти и внимания.

В исследованиях продемонстрирована эффективность Церепро® в лечении больных хронической ишемией головного мозга в восстановительном периоде ишемического инсульта. На фоне применения препарата отмечена положительная динамика когнитивных и познавательных функций (внимания, запоминания и воспроизведения информации)⁸.

Профессор Е.В. Екушева подчеркнула необходимость коррекции коморбидных заболеваний и состояний у пациентов с когнитивными нарушениями. Хронический болевой синдром – одна из основных причин нетрудоспособности у лиц среднего и пожилого возраста. Терапия пациентов с когнитивными расстройствами, страдающих хронической болью, направлена на предотвращение хронификации боли. При болевом синдроме различной этиологии активно применяется ибупрофен.

Заключение

Благодаря высокому научному уровню докладов, интересным темам и форматам преподнесения информации лекции, которые прозвучали на стенде компании «Верофарм», привлекли широкий круг слушателей. Были представлены актуальные сведения о лечении болевых синдромов. Известно, что в качестве терапии первой линии при боли различной этиологии рекомендуется применение нестероидных противовоспалительных средств. Эксперты отметили эффективность и безопасность таких препаратов, как эторикоксиб (Аторика® табс) и ибупрофен с пролонгированным действием (Бруфен СР).

Ибупрофен в таблетках пролонгированного высвобождения (Бруфен СР) позволяет создавать более плавное повышение кривой соотношения концентрации препарата в плазме и времени с более низким значением соотношения максимума и минимума. При этом Бруфен СР необходимо принимать только один раз в день, что улучшает комплаентность пациентов, особенно при длительном лечении. Препарат имеет потенциально улучшенный профиль безопасности и переносимости. Профиль концентрации плазмы крови с двумя пиками может обеспечивать преимущество пациентам, страдающим от боли с точным ритмом нарастания.

В заключение профессор Е.В. Екушева подчеркнула принципиальное значение своевременного выявления и патогенетически обоснованного лечения когнитивных нарушений. Поддержание и увеличение когнитивного резерва человека предотвращают риск развития необратимой нейродегенеративной патологии и способствуют сохранению высокого качества жизни в любом возрасте.

Была рассмотрена еще одна проблема, с которой часто приходится сталкиваться врачам в клинической практике, – когнитивные расстройства. Одним из препаратов, который хорошо и давно зарекомендовал себя в лечении пациентов с когнитивным дефицитом, является холина альфосцерат (Церепро®). Его применение позволяет улучшить память и мышление, повысить работоспособность, а также положительно влияет на эмоционально-поведенческую сферу. Клинические исследования подтверждают целесообразность применения препарата Церепро® у больных с нарушением когнитивных функций в любом возрасте. *

⁶ Екушева Е.В. Когнитивные нарушения – актуальная междисциплинарная проблема // РМЖ. 2018. Т. 26. № 12-1. С. 32–37.

⁷ Екушева Е.В. Клинические потреты «типичных» пациентов в практике невролога // Consilium Medicum. 2019. Т. 21. № 9. С. 131–135.

⁸ Костенко Е.В., Петрова Л.В. Опыт применения препарата Церепро (холина альфосцерат) при лечении амбулаторных больных с хроническими прогрессирующими сосудистыми заболеваниями головного мозга // Журнал неврологии и психиатрии им. С.С. Корсакова. 2012. Т. 112. № 3. С. 24–30.