



№ 1 (19) 2023

НЕВРОЛОГИЯ

СЕГОДНЯ

СПЕЦИАЛИЗИРОВАННАЯ ГАЗЕТА
ДЛЯ НЕВРОЛОГОВ

ОТ РЕДАКЦИИ

ИНТЕРВЬЮ



Андрей Петрович РАЧИН

Д.м.н., профессор, президент Национальной ассоциации экспертов по коморбидной неврологии

Уважаемые коллеги!

Ежедневно в своей практике мы сталкиваемся с разнообразными историями жизни и заболеваний, нелегкими и подчас трудноразрешимыми задачами. Клиническое мышление и навыки невролога должны распространяться на все системы человеческого организма, часто выходя за границы своей специальности, чтобы поставить правильный диагноз, назначить лечение и помочь пациенту. Перед вами новый выпуск газеты «Неврология сегодня», в котором много внимания уделено именно вопросам на стыке дисциплин.

В статье по материалам выступления ведущих экспертов Екушевой Е.В. и Шипковой В.Н. рассматриваются когнитивные нарушения, ставшие актуальной проблемой всего мира в целом и каждого невролога в частности, в связи с артериальной гипертензией. Ведь зачастую наши пациенты с хронически повышенным давлением крови не воспринимают всерьез свое заболевание, а тем временем оно влечет за собой тяжелые и труднообратимые последствия. И здесь очень важен тандем невролога и кардиолога или терапевта для правильной и своевременной курации такого пациента.

Одной из основных тем номера стало интервью с д.м.н., неврологом из Военно-медицинской академии им. С.М. Кирова С.А. Живолуповым, который рассказал о другой актуальной проблеме неврологии — дорсопатии и боли в спине, новых возможностях терапии этого заболевания, фундаментальных открытиях в области нейронауки.

На приеме у невролога пациент с одним заболеванием в большей степени исключение, чем правило. Чаше мы встречаем варианты с несколькими коморбидными патологиями, и тогда особенно актуальным становится вопрос назначения комбинированной терапии: как помочь, но при этом не навредить и предусмотреть возможные осложнения. Этой теме посвящен отдельный материал в выпуске — на примере лечения болевого синдрома мы рассмотрим вопросы межлекарственного взаимодействия и оптимального выбора лекарственного препарата.

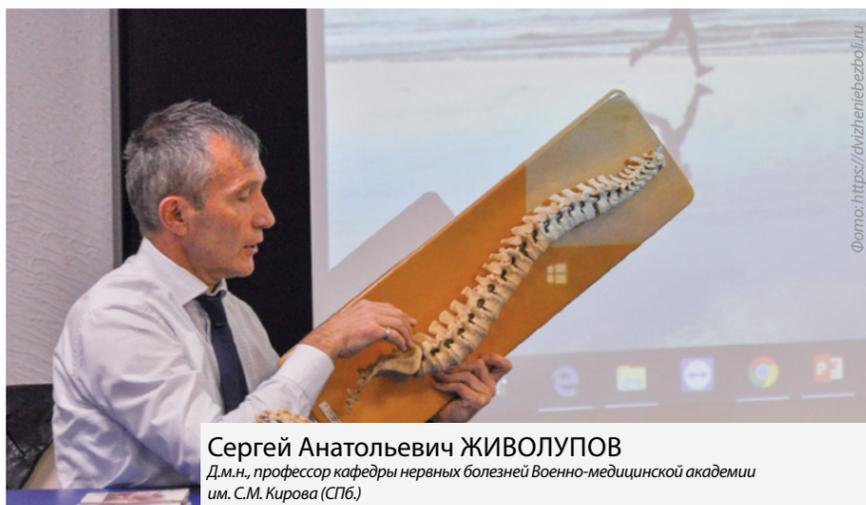
Желаем вам приятного чтения газеты «Неврология сегодня», новых познаний и открытий, а мы всегда с радостью готовы представить актуальные новости неврологического сообщества.

Как сегодня развивается доктрина лечения дорсопатий

Движущая сила эволюции современной доктрины лечения дорсопатий — это не открытие инновационных препаратов, нейрохирургических приемов или способов психотерапии, а усовершенствование и внедрение в неврологическую практику методов, разработанных еще в прошлом веке. И в рамках такого усовершенствования появились новые стратегии лечения дорсопатий, которые позволили заметно улучшить клинические результаты последнего десятилетия. Подробнее об этом рассказал профессор кафедры нервных болезней Военно-медицинской академии им. С.М. Кирова (СПб.), д.м.н. С.А. Живолупов.

— Сергей Анатольевич, наблюдались ли существенные изменения в клинических рекомендациях по лечению неспецифической боли в спине?

— Предлагаю в дальнейшем в нашей беседе вместо термина «неспецифическая боль в спине» (люмбалгия) использовать более правильный — дорсопатия. Почему? Во-первых, дорсопатия очень часто проявляется не только болевым синдромом, но и нарушением статической и динамической функции позвоночника (например, сколиозом). Во-вторых, постановка диагноза «люмбалгия» неоправданно упрощает и сужает задачи медицинской помощи, в которой нуждается пациент, только до обезболивания. В-третьих, любая дорсопатия носит специфический характер: каждый пациент имеет индивидуальный набор триггеров или генераторов боли (патогенетические формы дегенеративно-дистрофических изменений позвоночника). Скажем, у одного больного с дорсопатией главенствующий триггер — грыжа дис-



Сергей Анатольевич ЖИВОЛУПОВ

Д.м.н., профессор кафедры нервных болезней Военно-медицинской академии им. С.М. Кирова (СПб.)

ка, у другого — фасеточный синдром, у третьего — крупные остеофиты. Следовательно, каждому из этих людей мы должны оказать персонализированную специфическую помощь, что позволит качественно купировать боль и предотвратить ее хронизацию.

Теперь коснемся клинических рекомендаций по ведению больных с дорсопатиями. За последние 5–7 лет произошел значительный прогресс в наших представлениях о механизмах развития боли при патологии позвоночника. Это, в свою очередь, инициировало

НОВОСТЬ

Риск болезней Паркинсона и Альцгеймера после вирусных инфекций?

Ученые выявили, что риск развития нейродегенеративных заболеваний у пациентов может повышаться из-за перенесенных тяжелых вирусных инфекций. Данные исследования были опубликованы в научном журнале *Neuron*.

Более 95 000 человек без нейродегенеративных заболеваний были включены в контрольную группу для обширного исследования американскими генетиками из Национального института здравоохранения (штат Мэриленд). Данные контрольной группы были взяты из финского проекта FinnGen и Британского биобанка, которые содержат генетическую информацию более 800 тысяч человек. В ходе исследования стало известно, что 81 % ис-

следуемых вирусов способны атаковать центральную нервную систему через периферические нервы или преодолевать гематоэнцефалический барьер, защищающий кровеносную систему мозга, что и приводит к повышенному риску когнитивных нарушений. Исследователями были обнаружены 22 диагноза, в которых прослеживалась четкая корреляция вирусной инфекции с вероятностью развития нейродегенерации.

Так, например, выяснилось, что энцефалит, вызванный вирусом ветряной оспы или простого герпеса, повышает риск заболеваний, связанных с когнитивными патологиями. А грипп является наиболее распространенной вирусной инфекцией, связанной с болезнями Альцгеймера, Паркинсона, сосудистой деменцией и др. При этом высокий риск сохранялся в течение года после перенесенных вирусных заболеваний, а некоторые взаимосвязи продолжали оставаться значимыми спустя даже 15 лет. Однако не следует забывать, что диагностика вирусной инфекции и нейродегенеративного заболевания у одного и того же пациента может определяться не учтенными в исследовании факторами, например образом жизни или состоянием окружающей среды.

ИНТЕРВЬЮ

Как сегодня развивается доктрина лечения дорсопатий

«1

успешное внедрение в клиническую практику ряда новых препаратов — адъювантных коанальгетиков, что нашло отражение в клинических рекомендациях. До сих пор отечественные рекомендации по лечению болевых синдромов различного происхождения были ориентированы на зарубежные гайдлайны (часто они противоречили друг другу).

Думаю, не за горами время, когда отечественная неврология будет больше опираться на собственный опыт, поскольку клинические традиции и потенциал нашей неврологической службы очень велики. В частности, мы всегда относились с осторожностью к некоторым отнюдь не безопасным, с нашей точки зрения, методам терапии больных данного профиля, которые были приоритетными в зарубежных рекомендациях. Например, в США широко распространено было применение опиоидных лекарственных средств (викодин, оксикодин). Сегодня очевидно, что наша позиция себя оправдала — опиоидная эпидемия была признана национальным бедствием, поскольку с 2005 года умерло более полумиллиона человек, принимавших опиоиды. Отечественные неврологи понимали, что опиоиды не решают проблему дорсопатий, но прибавляют новые, гораздо более серьезные угрозы здоровью, поэтому

разрабатывали комбинированные методы лечения больных с включением адъювантных коанальгетиков и немедикаментозных методик. Все же надеюсь, что до конца текущего десятилетия неврологи разных стран и «школ» выработают консолидированную позицию по данному вопросу.

— Какие препараты, по вашему мнению, могут появиться в российских клинических рекомендациях по дорсопатиям?

— Это лекарственные средства из достаточно разнородного класса адъювантных коанальгетиков. В зарубежных рекомендациях приоритетными среди них считаются антиконвульсанты и антидепрессанты. В наши клинические рекомендации могут быть включены нейротропные витамины группы В (НТВ), миорелаксанты, антихолинэстеразные средства, которые показывали хорошие результаты при лечении дорсопатий. Включение этих средств в алгоритмы лечения дорсопатий отражает системный подход к заболеванию. К сожалению, для некоторых неврологов лечение дорсопатий до сих пор сводится только к обезболиванию...

Развитие концепции адъювантных коанальгетиков уже давно осуществляется на кафедре нервных болезней Военно-медицинской академии, поскольку про-

диктовано необходимостью: применение НПВС, с одной стороны, небезопасно для здоровья, с другой стороны, за последние два года обнаружены экспериментальные и клинические исследования, в которых показана потенциальная роль данных препаратов в хронизации болевых синдромов. В свою очередь, включение к комплексную терапию адъювантных коанальгетиков уменьшает продолжительность применения НПВС по сравнению с монотерапией, позволяет снизить их дозу (а потому уменьшить побочные эффекты, улучшить качество жизни), способствует более раннему возвращению больных к трудовой активности и уменьшению экономического бремени данной патологии для государства.

— Произошли ли за последние годы значимые открытия в фундаментальной нейробиологии относительно ноцицептивной и антиноцицептивной систем мозга, которые позволяют или уже позволили открыть новые классы препаратов для борьбы с хронической болью при дорсопатиях?

— Фундаментальные открытия в области нейронаук опережают успехи прикладной неврологии, но в последние годы временной разрыв при их внедрении в клиническую практику стал гораздо меньше. Недавно было установлено, что для лечения хронической боли очень важное значение, гораздо большее, чем считалось ранее, имеет холинергическая система мозга.

Впервые обезболивающее действие антихолинэстеразных средств было изучено в исследовании Schott, G. D.1; Loh, L. в 1984 году и связано с активацией и модуляцией антиноцицептивной системы, которая является главным нейробиологическим элементом контроля болевого трафика, возникающего при любой соматической патологии.

В последующем механизмы обезболивающего действия антихолинэстеразных препаратов уточнялись — в частности, акцент внимания переносился с их способности улучшать нервно-мышечную передачу на повышение концентрации ацетилхолина в холинергической системе, контролирующей афферентные потоки и тонус других нейромедиаторных систем. Что же касается анальгетической эффективности антихолинэстеразных средств, то она уже была продемонстрирована также при лечении больных с диабетической полиневропатией.

— Не могли бы вы рассказать подробнее о каком-либо представителе класса антихолинэстеразных препаратов?

— Хотел бы остановиться на препарате Нейромидин® (ипидакрин). Это антихолинэстеразный препарат с двойным механизмом действия: обратимым ингибированием ацетилхолинэстеразы и блокадой калиевых каналов пресинаптической мембраны. Последний эффект, в свою очередь, приводит к увеличению выброса нейромедиатора в синаптическую щель. В результате реализуется спектр ацетилхолин-опосредованных эффектов, таких как ускорение проведения нервного импульса, регенерация поврежденных нервных волокон и улучшение

нервно-мышечной передачи. Благодаря способности проникать через гематоэнцефалический барьер ипидакрин опосредованно, вероятнее всего за счет холинергической модуляции боли как на спинальном, так и центральном уровне, демонстрирует обезболивающий эффект.

Например, выраженное антиноцицептивное обезболивающее действие ипидакрин выявляется при лечении невропатии лицевого нерва и дорсопатий поясничного отдела позвоночника. У пациентов с дорсопатиями на фоне назначения ипидакрин отмечались достоверное снижение степени выраженности болевого синдрома, восстановление поверхностной чувствительности.

В исследовании, выполненном в РНИМУ им. Н.И. Пирогова (Авакян Г.Н., 2015), участвовали больные с фокальными невропатиями. После окончания 6-недельной терапии ипидакрином в дополнение к базисной терапии (витамины группы В, тиамова кислота) отмечалось достоверно более выраженное по сравнению с группой плацебо обезболивающее действие. При этом увеличился объем активных и пассивных движений, произошло восстановление симметричности распределения мышечной активности и уменьшилась выраженность чувствительных расстройств в зонах патологического процесса.

— То есть это свидетельствует о регрессе болевого и мышечно-тонического синдрома?

— Несомненно. И замечу, что обезболивающий эффект ипидакрин оказался достаточно сильным. На фоне проведенной терапии снижение выраженности болевого синдрома по шкале ВАШ оказалось почти двукратным — с 23,2 балла до лечения до 12,0 после его окончания.

Таким образом, патогенетически обоснованным считается назначение Нейромидина при периферических невропатиях различного генеза. На фоне этой терапии отмечается восстановление чувствительности, уменьшение боли и мышечной слабости.

Наиболее оправданна ступенчатая схема терапии Нейромидином: подкожное или внутримышечное введение раствора 15 мг в сутки в течение 10 дней с последующим переходом на таблетированную форму (60 мг в сутки сроком до 2 месяцев). Такая схема позволяет добиться наилучшего результата и способствует сокращению сроков лечения.

— Наблюдается ли прогресс в методиках нейрохирургических операций для лечения дорсопатий?

— С точки зрения показаний для оперативного лечения дорсопатий в клинических рекомендациях нет существенных изменений. Показаниями для вмешательства являются нарастание неврологической симптоматики (формирование вертеброгенной миелопатии, неврологического дефицита) или не купируемая консервативной терапией боль в течение более чем 3 месяцев.

КОГДА ВАШ ПАЦИЕНТ
РАДИКУЛОПАТ

НЕЙРОМИДИН® —
ингибитор холинэстеразы,
способствующий
восстановлению движений,
чувствительности
и уменьшению боли
при радикулопатии
и других невропатиях^{1-4*}



Нейромидин®
20 мг таблетки
Ipidacrine

Нейромидин®
15 мг/мл раствор для внутримышечного
и подкожного введения
Ипидакрин

50 таблеток

10 ампул по 1 мл

Stупенчатая терапия, до 2 месяцев^{1**}

* В составе комплексного лечения.
** Дозировка и длительность приема подбираются индивидуально, исходя из тяжести заболевания.
1. ИМП Нейромидин® табл. 20 мг от 20.01.2022; ИМП Нейромидин® р-р 5 и 15 мг/мл от 31.01.2022.
2. Нейромидин® в клинической практике / Дамулин И.В., Живолупов С.А., Зайцев О.С., Максимова М.Ю., Маркин С.П., Самарцев И.Н., Сандаз А.Г., Строков И.А. — 2-е изд., перераб. и доп. — М.: ООО «Медицинское информационное агентство», 2016.
3. Бельская Г.Н. с соавт. Применение ипидакрин (нейромидина) при мононейропатиях // Журнал неврологии и психиатрии им. С.С. Корсакова. 2012; 112(10):31–32.
4. Живолупов С.А. и соавт. Инновации в дифференциальной диагностике и мониторинге терапии пояснично-крестцовых радикулопатий // Журнал неврологии и психиатрии. — 2014. — № 8. — С. 25–31.

Информация предназначена для медицинских и фармацевтических работников.
RUNE1550 от 20.09.2022

СОЗДАНО OLAINFARM
ПРОИЗВЕДЕНО В ЛАТВИИ

125212, г. Москва,
Головинское ш., д. 5, корп. 1, эт. 2, пом. 2137А
Тел./факс +7 499 551 51 10
olainfarmus@olainfarm.com, ru.olainfarm.com

Ознакомьтесь
с инструкцией
по применению

OlainFarm

Реклама

При этом арсенал методик значительно расширился за счет малоинвазивных процедур: микрохирургической дискэктомии, нуклеопластики, радиоволновой, лазерной дискэктомии, озонотерпии и др. Кроме того, достаточно широко используются высокотехнологичные системы и импланты, стабилизирующие позвоночник при спондилолистезе или вертебропластике (например, транспедикулярная стабилизация позвоночника). Все это не только устраняет боль, но и является неотъемлемой частью нейрохирургического лечения дорсопатии. Применяются импланты — например, изготовленные из титанового сплава и представлявшие собой U-образную пружину с парой крепежных элементов на каждой стороне скобы. Либо протезы с имитацией межпозвоночного диска или импланты из силикона, покрытые лавсановой оболочкой, которые вставлялись между позвонками вместо диска как некая «упругая лепешка».

Однако любая стабилизация не может обеспечить пластичности, которую имеет природный межпозвоночный диск, поэтому по возможности следует пытаться решать клинические задачи с помощью консервативной терапии. Тем не менее стремительное развитие нейрохирургических технологий значительно снизило риск развития послеоперационных осложнений.

— В каких еще направлениях лечения дорсопатий, кроме лекарственной терапии и нейрохирургии, вы видите сегодня заметное развитие?

— Такими направлениями я бы назвал когнитивно-поведенческую терапию (КПТ) и нейромодуляцию. Несмотря на существенный прогресс в уже обсуж-

Для лечения хронической боли очень важное значение, гораздо большее, чем считалось ранее, имеет холинергическая система мозга

денных нами двух стратегиях лечения дорсопатий (медикаментозная терапия, оперативное лечение), к сожалению, еще остается много пациентов, которым мы помогаем недостаточно. Это обуславливает необходимость поиска принципиально иных, чем «таблетка» и «скальпель», стратегий терапевтического воздействия. Еще в прошлом веке стала понятна большая значимость психологических факторов в хронизации вертеброневрологической патологии. Медицинские психологи выделили два главных психологических механизма реагирования на боль, значительно отягощающих течение дорсопатии и ставших на сегодня основными клиническими целями КПТ.

Это катастрофизация боли и страх перед ней. Данные проблемы компенсируются не только и не столько медикаментозными средствами, сколько с помощью КПТ, которая моделирует психологическую гибкость. В результате работы психотерапевта пациент обучается избеганию катастрофизации боли и страха перед болью через воспитание толерантного отношения к ней. Одновременно психотерапевт перестраивает мысли пациента таким образом, чтобы перенацелить его когнитивные и эмоциональные ресурсы от переживаний, связанных с болью, на привычную и приятную ему актив-

ность: работу, общение с семьей, природой, искусство и так далее.

Но пусть лучше сами психотерапевты подробнее расскажут читателям вашей газеты о том, как следует обучать пациента с хронической болью ее «принятию». Я же добавлю несколько слов о том, как подытожили свой недавний обзор по КПТ эксперты по этому направлению. По их мнению, КПТ при хронической боли в спине значимо уменьшает инвалидизацию и имеет терапевтический эффект, сравнимый со стандартным медицинским лечением.

— А вы с этим согласны?

— Признавая большие успехи современных методик КПТ хронической боли, я все же высказался бы осторожнее с точки зрения возможности ее применения в качестве монотерапии. Данный метод лечения оправдан и особенно полезен в тех случаях, когда хроническая боль при дорсопатиях привела к формированию болясоцированных психоэмоциональных нарушений (тревно-депрессивные расстройства, нарушения сна, когнитивное снижение и др.), в остальном главное терапевтическое воздействие должно быть направлено на лечение патологии позвоночника, которая привела к формированию болевого синдрома. Но в качестве

одного из методов комбинированной терапии КПТ заняла достойное место, так же как и нейромодуляция. В нашей клинике задолго до мирового признания данного направления были разработаны и применены в клинических условиях под руководством профессора Одинака М.М. электро-стимуляция спинного мозга (1987–1988 гг.), транскраниальная магнитная стимуляция (с начала 90-х годов). Сегодня нейромодуляция интенсивно применяется для лечения различных заболеваний и травм нервной системы.

Подводя итоги нашей беседы, скажу: становится очевидным, что к настоящему времени нигде в мире не изобрели «волшебную таблетку» для лечения боли в спине, да и любой хронической боли.

В то же время развитие доктрины лечения дорсопатий очевидно, и касается оно в первую очередь эволюции наших представлений о данной патологии, переоценки стратегии и тактики лечения больных данного профиля. И если лечащему врачу удастся успешно выбирать из всего многообразия методов лечения персонализированные эффективные схемы, комбинировать разные виды современной терапии дорсопатий, которые мы обсуждали, в зависимости от стадии заболевания, то он может достигать положительных результатов. В связи с этим я смотрю с оптимизмом на развитие помощи неврологическим больным и надеюсь, что прогресс в ближайшее время будет еще более существенным и плодотворным для наших пациентов.

Беседовал Александр Рылов, к.м.н.

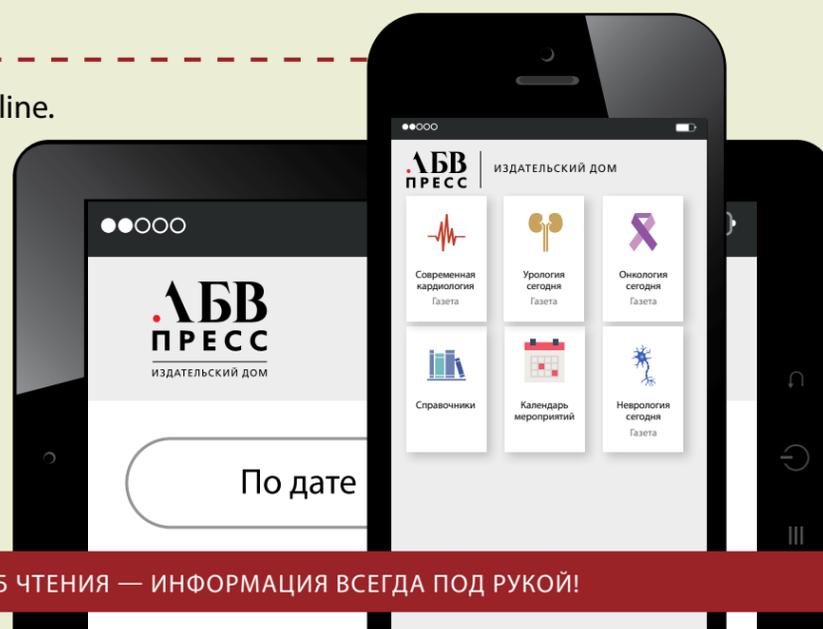
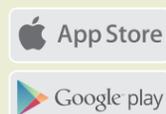
Список упомянутой экспертом литературы находится в редакции

МОБИЛЬНОЕ ПРИЛОЖЕНИЕ «АБВ-ПРЕСС»

СПЕЦИАЛИЗИРОВАННЫЕ МЕДИЦИНСКИЕ ИЗДАНИЯ

- Газеты «Онкология сегодня», «Урология сегодня», «Современная кардиология», «Неврология сегодня», «Педиатрия сегодня», «Акушерство и гинекология сегодня», «Московская эндокринология сегодня», «Гастроэнтерология сегодня»;
 - клинические рекомендации от медицинских обществ — партнеров издательства;
 - справочники для специалистов.
-
- Удобный функционал: возможность чтения off-line.

Бесплатно —
для смартфонов и планшетов
iOS и Android.



СОВРЕМЕННЫЙ И УДОБНЫЙ СПОСОБ ЧТЕНИЯ — ИНФОРМАЦИЯ ВСЕГДА ПОД РУКОЙ!