

# Коморбидный пациент на амбулаторном приеме

**П.Р. Камчатнов**, профессор кафедры неврологии, нейрохирургии и медицинской генетики лечебного факультета ФГБОУ ВО «Российский национальный исследовательский медицинский университет им. Н.И. Пирогова» Министерства здравоохранения РФ

**В.В. Захаров**, профессор, д.м.н., кафедра нервных болезней и нейрохирургии Первого МГМУ им. И.М. Сеченова

С 8 по 10 февраля в Москве прошла конференция «Вейновские чтения», посвящённая памяти выдающегося российского невролога, академика РАМН, заслуженного деятеля науки, лауреата Государственной премии СССР, профессора А.М. Вейна.



**Александр Моисеевич Вейн** был одним из ярких представителей российских неврологов XX века. Поражала широта его научных интересов. В последние годы помимо вегетативных расстройств им разрабатывались новые перспективные научные направления, такие как функциональная неврология, медицина сна, проблема «пароксизмального мозга», неврология

психогенных расстройств, болевые синдромы, роль пола и гендера при неврологических заболеваниях и другие.

В текущем году Вейновские чтения посвящаются 90-летию со дня рождения Александра Моисеевича. И сегодня он остаётся в памяти коллег как талантливый клиницист и исследователь, блестящий оратор и педагог, незаурядный организатор медицинской науки, создавший несколько клинических центров, журнал для практических врачей, кафедру нервных болезней для повышения квалификации врачей-неврологов. Александр Моисеевич – создатель научной школы. Среди его учеников более 50 докторов и 100 кандидатов медицинских наук. Им были написаны более 400 научных трудов, в том числе 30 монографий. Ему было присвоено почётное звание «Заслуженный деятель науки Российской Федерации», он был избран почётным членом научных обществ Германии, Голландии, Польши и Кубы, Европейского общества исследователей сна.

С каждым годом растёт число неврологов и врачей смежных специальностей, участвующих в Вейновских чтениях, что подтверждает непроходящий интерес неврологов к обсуждаемым проблемам и к данной конференции. Неудивительно, что в этом году многие ученики Александра Моисеевича, в том числе известные неврологи России и ближнего зарубежья, приехали на конференцию и приняли участие в её работе. Научные идеи Александра Моисеевича были и продолжают оставаться в высшей степени актуальными и востребованными

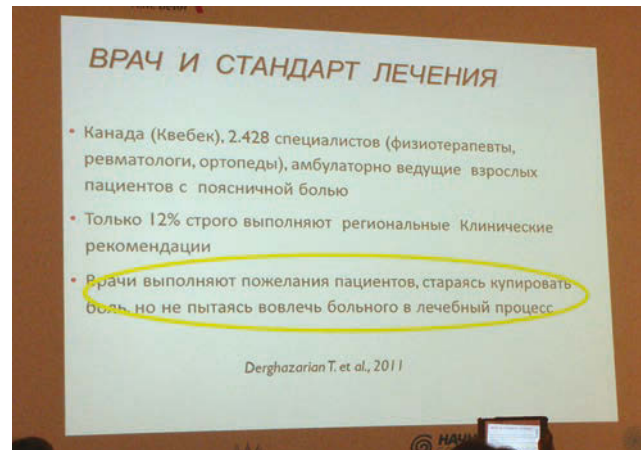
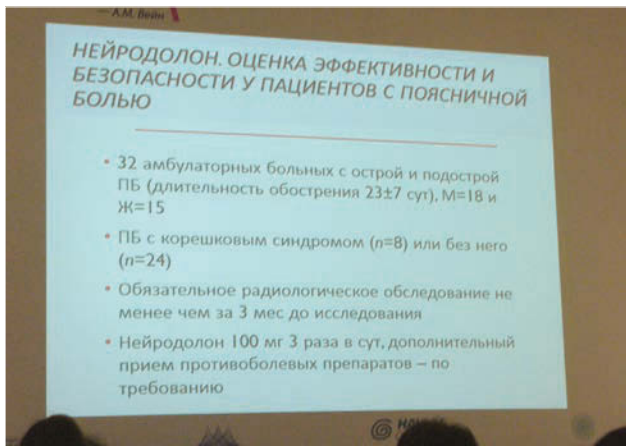
ми в наши дни. Эта конференция, как и все предыдущие, носит междисциплинарный характер и отвечает запросам прежде всего врачей-практиков.

**В этом году Вейновские чтения посетили более 4500 тысяч человек.**

Во время работы конференции прошли пленарные сессии, сателлитные симпозиумы, мастер-классы, клинические разборы и видеопрезентации по самым актуальным вопросам неврологии, а также проблемам, находящимся на стыке дисциплин: нейроиммунологии, нейроэндокринологии и др. Специальное внимание было обращено на направление «неврология для врачей общей практики», детская неврология и др. В рамках конференции состоялся симпозиум компании **ЗАО «Канонфарма Продакшн» «Коморбидный пациент на амбулаторном приеме».**

**В первой части симпозиума с докладом «Обеспечение эффективности и безопасности лечения пациента с поясничной болью» выступил П.Р. Камчатнов.**

Больные со скелетно-мышечными болевыми синдромами, в частности, с дорсопатией составляют значительную часть пациентов на приеме у невролога, врача общей практики и терапевта. Частота таких состояний увеличивается с возрастом, при этом растёт число больных с коморбидными состояниями. Речь идет о пациентах с заболеваниями сердечно-сосудистой системы, органов пищеварения, легких и бронхов. Ведение коморбидного пациента представляет непростую клиническую задачу и требует всестороннего учета выбора наиболее эффективного препарата для снижения риска развития нежелательных побочных эффектов, в частности, развития обострений имеющихся заболеваний вследствие применения противоболевых препаратов. Минимизация лекарственной нагрузки на организм – одна из важных задач при лечении коморбидных пациентов. Ситуация осложняется и тем, что у коморбидного пациента с дорсопатией имеет место затяжное или хроническое течение болевого синдрома с частыми обострениями.



**П.Р. Камчатнов,**  
профессор кафедры  
неврологии,  
нейрохирургии и  
медицинской генетики  
лечебного факультета  
ФГБОУ ВО «Российский  
национальный  
исследовательский  
медицинский  
университет  
им. Н.И. Пирогова»  
Министерства  
здравоохранения РФ

Для лечения пациентов с дорсопатией наиболее часто применяются нестероидные противовоспалительные средства, при этом назначение неселективных ингибиторов циклооксигеназы 1 и 2 типов ассоциировано с повышенным риском гастроинтестинальных осложнений, а использование некоторых селективных ингибиторов 2-ой циклооксигеназы – с риском атеротромботических осложнений – с недостаточным контролем уровня артериального давления. Повышению эффективности лечения способствует прием миорелаксантов наряду с противобольевыми препаратами. Такая лечебная тактика нередко позволяет сократить сроки лечения, однако, может привести к увеличению его стоимости.

Своего рода альтернативой для указанного комбинированного лечения является применение препарата Нейродолон (флупиртин), обладающего выраженным противобольевым действием и мышечно-расслабляющим эффектом. Возможность применения флупиртина при дорсопатиях неоднократно изучалась в ходе клинических исследований, показавших его эффективность и хорошую переносимость. Ранее действие препарата Нейродолон у рассматриваемого контингента больных не изучалось.

С целью изучения эффективности Нейродолона было проведено несравнительное открытое клиническое исследование 32 больных с острой и подострой дорсопатией, из них у 8-ми больных наблюдался «корешковый синдром». Всем больным назначался Нейродолон по 100 мг 3 раза в сутки на протяжении 10 дней в соответствии с имеющимися в инструкции по применению препарата показаниями. Помимо интенсивности боли и степени ограничения способности к выполнению привычной деятельности, оценивалась потребность в дополнительном приеме обезболивающих

препаратов и выраженность сонливости. Оценка состояния больных проводилась исходно, на 5-е и 10-е сутки терапии.

Оценка эффективности лечения проводилась по визуально-аналоговой шкале (ВАШ) и по опроснику Освестри. Результаты исследования показали, что интенсивность боли (ВАШ) с  $7,8 \pm 3,2$  баллов исходно снижалась до  $5,3 \pm 2,1$  баллов на 5-е сутки ( $p < 0,05$ ), с  $7,8 \pm 3,2$  и до  $2,4 \pm 1,7$  баллов ( $p < 0,05$ ) на 10-е сутки. Значения по опроснику Освестри составили, соответственно,  $32,5 \pm 6,3$  (исходно),  $25,4 \pm 5,1$  на 5-е сутки ( $p < 0,05$ ) и  $17,3 \pm 4,1,3$  балла на 10-е сутки ( $p < 0,05$ ). Среди обследованных 8 больных нуждались в дополнительном приеме обезболивающих средств на 5-е сутки, и только 2-ое – на 10-е сутки, у всех из них имел место «корешковый синдром». Из числа обследованных 6 пациентов досрочно прекратили лечение вследствие достижения положительного эффекта в виде купирования болевого синдрома до приемлемого уровня. У 5-ти больных отмечалась повышенная дневная сонливость, которая после второго и третьего приемов препарата во второй половине дня не вызывала дискомфорта. Более того, эти больные отмечали улучшение ночного сна и облегчение засыпания, нарушенного вследствие интенсивной боли. Других побочных эффектов, потребовавших прекращения лечения или изменения режима дозирования препарата, не наблюдалось. У 26 больных было проведено определение в крови концентрации АЛТ и АсАТ до и после лечения, показатели которых не изменились.

Таким образом, полученные данные свидетельствуют о достаточной эффективности и хорошей переносимости Нейродолона у пациентов с дорсопатией и позволяют рекомендовать прием препарата для купирования боли у таких пациентов.



**Во второй части симпозиума выступил профессор Захаров В.В. с докладом «Практические алгоритмы ведения пациентов с хронической ишемией головного мозга».**



*В.В. Захаров, профессор, д.м.н., кафедра нервных болезней и нейрохирургии Первого МГМУ им. И.М. Сеченова*

Хроническая ишемия мозга (ХИМ) – одно из самых распространенных неврологических заболеваний, особенно среди пациентов старше 50 лет. В настоящее время общепризнанно, что главным фактором риска развития ХИМ является патология сосудов небольшого калибра: так называемая, церебральная микроангиопатия. В свою очередь, основные причины церебральной микроангиопатии – это артериальная гипертензия и сахарный диабет; гораздо реже – сенильная амилоидная ангиопатия, васкулиты, редкие генетические синдромы.

Очевидно, что лечение ХИМ должно быть, в первую очередь, направлено на её причину. Следовательно, следует добиться максимально возможного контроля базисного сосудистого заболевания. Согласно международным исследованиям, нормализация артериального давления в наибольшей степени снижает риск именно неврологических осложнений, таких как инсульт и сосудистая деменция. В нашей стране антигипертензивная терапия проводится достаточно широко, но целевых значений артериального давления достигают у небольшого числа пациента. Многие при проведении антигипертензивной терапии ориентируются на самочувствие, продолжая считать, что высокое АД проявляется головной болью. На самом деле, нет корреляций между уровнем АД и самочувствием. Профиль головных болей у пациентов с артериальной гипертензией такой же, как в популяции в целом: самыми частыми являются головные боли напряжения и мигрень.

Церебральная микроангиопатия вызывает как острые нарушения мозгового кровообращения, так и хроническую недостаточность кровоснабжения головного мозга. Острые нарушения имеют характер лакунарных инфарктов. Обычно они формируются без клиники инсульта или, реже проявляются характерными острыми лунакулярными нейроваскулярными синдромами. Субстратом хронической недостаточности кровоснабжения головного мозга является прогрессирующая сосудистая лейкоэнцефалопатия (лейкоареоз). В подавляющем большинстве случаев у пациентов с диагнозом «ХИМ» выявляются как повторные инфаркты головного мозга, так и лейкоэнцефалопатия. Поэтому в программу ведения пациентов следует включать мероприятия по вторичной профилактике инсультов: антитромбоцитарные, гиполипидемические препараты, немедикаментозные методы. В восстановительном периоде перенесенного



ишемического инсульта целесообразно проведение нейрометаболической терапии для поддержки церебральных репаративных процессов. В частности, использование холина альфосцерата в первые 3–6 месяцев после ишемического инсульта способствует регрессу выраженности когнитивных, двигательных и других неврологических расстройств. Имеется положительный опыт использования для этой цели отечественного препарата Холитилин (холина альфосцерат).

Основным клиническим проявлением ХИМ являются когнитивные нарушения (КН). Они формируются раньше других симптомов заболевания и служат важным ориентиром при диагностике. При этом следует анализировать качественные особенности КН. При ХИМ когнитивные функции страдают по подкорковому типу: на первый план выступают снижение темпа познавательной деятельности (брадифрения) и колебания концентрации внимания (флюктуации). Могут также присутствовать умеренные нарушения памяти, связанные с недостаточностью воспроизведения, расстройства управляющих функций (планирование и контроль), конструктивная диспраксия.

Оптимальный набор диагностических методик для выявления сосудистых КН по подкорковому типу содержится в монреальском когнитивном тесте (мокатест), который может быть рекомендован для широкого применения на практике. В то же время классическая методика «Мини-Исследование Умственного Состояния» (англ. – Mini-Mental State Examination) мало пригодна для этих целей, так как изначально разрабатывалась для болезни Альцгеймера. Однако самыми чувствительными методиками являются те, в которых оценивается темп познавательной деятельности. Примером такой методики является тест прокладывания пути (англ. –



Trail Making test). Вторая часть этого теста, где исследуется не только темп познавательной деятельности, но и интеллектуальная гибкость, очень точно фиксирует тонкие изменения в сфере высших психических функций, которые происходят с возрастом даже у условно здоровых лиц без какого-либо установленного неврологического диагноза.

Наличие характерных подкорковых КН у пациентов с артериальной гипертензией или другим заболеванием, вызывающим церебральную микроангиопатию, делает диагноз ХИМ очень вероятным. Для верификации этого диагноза, однако, необходимо проведение нейровизуализации. Предпочтительным методом является магнитно-резонансная томография, которая выявляет постинсультные кисты, немые инфаркты и/или микрокровоизлияния и различной степени выраженности сосудистую лейкоэнцефалопатию.

Установление диагноза ХИМ диктует необходимость проведения вазотропной и нейрометаболической терапии с целью воздействия на основные патогенетические механизмы поражения головного мозга: нарушения церебральной микроциркуляции и нейронального метаболизма. С этой целью используются различные препараты. Оригинальный комбинированный препарат МексигВ 6 в своем составе имеет этилметилгидроксипиридина сукцинат, витамин В6 и Mg лактат, за счет синергизма компонентов обладает выраженным антиоксидантным эффектом, уменьшает концентрацию гомоцистеина, компенсирует дефицит ионов магния, который наблюдается у многих пациентов с ХИМ. К настоящему времени также накоплен большой опыт применения при ХИМ другим оригинальным комбинированным препаратом – Винпотропил, который является фиксированной



комбинацией классического вазотропного препарата винпоцетин и классического ноотропа пирацетама. Действующие компоненты Винпотропила усиливают эффект друг друга за счет синергизма. Показано, что на фоне использования Винпотропила у пациентов с ХИМ наблюдается регресс выраженности когнитивных нарушений, астенических расстройств, оптимизация биоэлектрической активности головного мозга.

Таким образом, в арсенале средств для лечения больных с ХИМ в настоящее время имеется большое количество препаратов. Среди них особое место занимают оригинальные комбинированные препараты МексигВ 6 и Винпотропил, позволяющие повысить приверженность пациентов к лечению за счет снижения количества принимаемых таблеток, соответственно, улучшить результат лечения.

Журнал  
**Поликлиника**

Будьте в курсе  
вместе с журналом  
«Поликлиника»!

ФГБОУ ДПО "Российская медицинская академия непрерывного профессионального образования" Минздрава России

Ежегодная научно-практическая конференция

**Неврологический больной.  
Ранняя диагностика,  
формулирование диагноза,  
прогноз, ведение**

**26 марта 2018, Москва**

Председатель

**Левин Олег Семенович** - д.м.н., профессор, заведующий кафедрой неврологии ФГБОУ ДПО "Российская медицинская академия непрерывного профессионального образования" Минздрава России, руководитель Центра экстрапирамидных заболеваний, член Европейской Академии неврологии.

Место проведения

Здание Правительства Москвы, ул. Новый Арбат, д. 36/9. Проезд до ст. метро Смоленская, Краснопресненская, Баррикадная.

Начало регистрации и работа выставки с 09.00. Начало научной программы конференции в 10.00.

Регистрация и подробная информация

на сайте [www.eecmedical.ru](http://www.eecmedical.ru), по эл. почте: [info@eecmedical.ru](mailto:info@eecmedical.ru), или по телефонам: +7 (495) 592-06-59, +7 (916) 567-35-29

**EEC Medical**  
Educational Event Coordinator