

# Лікування ішемічного інсульту та больовий синдром у практиці лікаря-невролога

1 березня 2018 р. у Києві відбулася науково-практична конференція з міжнародною участю «Неврологічні читання пам'яті Д.І. Панченка». Захід із такою назвою проходить уже сьомий рік поспіль наприкінці лютого — на початку березня, близько до дня народження цього видатного вченого, лікаря і педагога.

Попри те, що такі конференції вже стали традиційними, цього року організатори планували її з особливою ретельністю, адже «Неврологічні читання пам'яті Д.І. Панченка» відкрили низку науково-практичних заходів, присвячених 100-річчю заснування Національної медичної академії післядипломної освіти (НМАПО) імені П.Л. Шупика.

З цією визначною подією на початку конференції колеги привітали **Наталія Савичук**, доктор медичних наук, професор, проректор з наукової роботи НМАПО імені П.Л. Шупика, **Олег Шекера**, доктор медичних наук, професор, директор Інституту сімейної медицини НМАПО імені П.Л. Шупика, **Іван Зозуля**, доктор медичних наук, професор, академік Академії наук вищої освіти України, завідувач кафедри медицини невідкладних станів НМАПО імені П.Л. Шупика, **Юрій Головченко**, доктор медичних наук, професор, завідувач кафедри неврології НМАПО імені П.Л. Шупика.

## Лікування ішемічного інсульту



Відкрилася робота конференції майстер-класом **Наталії Свиридової**, доктора медичних наук, професора, завідувача кафедри неврології і рефлексотерапії НМАПО імені П.Л. Шупика. Професор ознайомила учасників із головними аспектами американських та європейських стандартів лікування пацієнтів з ішемічним інсультом (2018 р.).

Вона, зокрема, зупинилася на тих проблемах, висвітлення яких нечасто знайдеш у методичках або інших документах, натомість, аби врахувати їх у своїй медичній практиці, лікареві довелося б знайти і опрацювати величезну кількість сучасних наукових публікацій, наприклад щодо особливостей застосування деяких препаратів у ході лікування хворих з інсультом.

Для прикладу, у лікувальному процесі у хворих на цукровий діабет широко застосовується  $\alpha$ -ліпоева кислота (АЛК), яка особливо добре показала себе на тлі ішемічних уражень, зумовлених діабетом. Але не всі препарати АЛК однаково зручно застосовувати в умовах кардіопатології чи інсульту.

Розповідаючи про застосування препаратів L-аргініну, професор Н. Свиридова зауважила, що наразі вони лідирують на ринку, і звернула увагу присутніх на той факт, що пацієнтам з герпесвірусною інфекцією (а таких зараз немало) такі препарати призначати не можна, адже аргініни підживлюють цю інфекцію.

Доповідач також зосередила увагу лікарів на такому важливому аспекті, як корекція тривоги і депресії у людей з інсультом. Вона зауважила, зокрема, що сьогодні на нашому фармацевтичному ринку є препарати рослинного походження, які добре себе зарекомендували, їх можна сміливо призначати, причому як пацієнтам з інсультами, так і людям, які за ними доглядають, адже психоемоційний стан останніх не може не впливати на хворого. Ці препарати можна приймати тривалий час, до них не виникає звикання, отже, вони безпечні, але разом із тим досить дієві.

У лікуванні пацієнтів з інсультом також важливим компонентом є терапевтичні заходи, направлені на усунення постінсультної спастичності. У 2017 р. європейські неврологи провели дослідження,

яке показало, що протягом першого тижня у 24% пацієнтів після інсульту відмічається високий тонус м'язів і 38% з них залишаються інвалідами. Тому чим швидше таким пацієнтам будуть призначені препарати толперизонованого ряду, тим раніше буде усунено спастичність. Наразі зібрано досить потужну доказову базу з приводу доцільності раннього призначення таких препаратів. Одне з останніх досліджень за участю 5 тис. пацієнтів німецьких клінік 2017 р. свідчить, що найкращі результати досягнуті у хворих, які отримували толперизон у ранній період розвитку патологічних розладів (до 4 тиж).

## Больовий синдром



Про європейські стандарти діагностики та лікування больових синдромів повідомив у своїй доповіді **Свєтослав Труфанов**, доктор медичних наук, професор кафедри неврології і рефлексотерапії НМАПО імені П.Л. Шупика.

Доповідач зробив акцент на діагностиці та лікуванні різноманітних типів больових синдромів, зокрема ноцицептивного та нейропатичного болю.

За визначенням Міжнародної асоціації з вивчення болю (International Association for the Study of Pain), біль — це неприємне сенсорне і емоційне відчуття, яке пов'язане з фактичним або потенційним пошкодженням тканин чи описане з точки зору такого ушкодження. Як наполягає доповідач, необхідно пам'ятати, що хронічні больові синдроми знижують якість життя пацієнта. Крім цього, хронічний біль може призводити до депресії, тривоги, порушення сну та апатії. Кожен із цих синдромів, зі свого боку, також суттєво знижує якість життя людини. Вважається, що біль є суб'єктивним показником, але трохи полегшити роботу лікаря можуть так звані візуальні шкали оцінки вираженості болю.

Причини, з яких виникає біль (як ноцицептивний, так і нейропатичний), — це широкий спектр неврологічних і не неврологічних захворювань. Ноцицептивний біль виникає зазвичай через ушкоджувальний фактор або запалення. Найбільш частою причиною ноцицептивного болю є остеохондроз хребта. На думку доповідача, остеохондроз є чи не у кожній дорослої людини, тож усі час від часу відчувають помірний біль у хребті. Відомо, що біль у спині — одна з найчастіших причин звернення за медичною допомогою. Протягом життя біль у спині виникає у 70–90% населення.

Фактори ризику розвитку остеохондрозу наразі також добре відомі: перш за все неправильна постава, важкі фізичні навантаження, певні види діяльності, незручна робоча поза, надлишкова маса тіла, гіподинамія тощо.

Ускладнення остеохондрозу умовно поділяють на рефлекторні та компресійні.

До рефлекторних належать:

- больові синдроми: люмбаго, люмбалгія, цервікалгія, торакалгія; ангіоспастичні рефлекси хребетних артерій (синдром хребетної артерії), що призводять до порушення мозкового кровообігу у вертебробазиллярній системі;
  - трофічні рефлекси (плечолопатковий періартрит (нейродистрофічні зміни в плечовому суглобі)).
- До компресійних синдромів належать:
- вертеброгенні радикулопатії, полірадикулопатії (слабкість і атрофії, порушення чутливості, рефлекторні випадіння);

- вертеброгенна мієлопатія (стиснення спинного мозку грижею міжхребцевого диска і як наслідок — парези в м'язах ніг, порушення функції тазових органів).

Мієлопатія, безумовно, є найбільш тяжким ускладненням остеохондрозу хребта. Ще одним грізним порушенням, асоційованим з остеохондрозом хребта, є спінальний інсульт.

Діагностика остеохондрозу хребта включає:

- клінічне обстеження хребта;
- симптоми натягнення (Ласега, Нері);
- дослідження чутливості;
- перевірка рефлексів і м'язової сили;
- нейровізуалізація (магнітно-резонансна — МРТ або комп'ютерна томографія — КТ);
- спондилографія;
- електронейрографія (тільки у разі необхідності).

Лікар особливо підкреслив роль клінічного неврологічного обстеження, з якого, власне, має починатися діагностика.

Для лікування остеохондрозу використовують як медикаментозні, так і немедикаментозні методи. Серед останніх методом № 1 є лікувальна фізкультура. На початкових стадіях, коли зміни у хребті мінімальні, а больового синдрому може не бути взагалі, вона здатна значно загальмувати прогрес захворювання. Але якраз у цьому випадку (на ранніх стадіях) пацієнт, на жаль, найменше зацікавлений у виконанні рекомендацій з лікувальної фізкультури.

Коли ж настають більш виражені дегенеративно-дистрофічні зміни у хребті, відповідно, і більш виражені больові синдроми, пацієнт буде зацікавлений виконувати вправи, але їхня ефективність уже не буде високою.

Також використовується мануальна і рефлексотерапія. Однак деяким пацієнтам показано нейрохірургічне лікування.

Нестероїдні протизапальні препарати (НПЗП) є найбільш ефективним медикаментозним лікуванням, тому їх призначають найчастіше і вони входять до першої лінії терапії при остеохондрозі. «Ми у своїй практиці використовуємо препарат, який містить диклофенак натрію 50 мг (він забезпечує анальгезивний протизапальний ефект) і вітаміни групи В для нейрометаболічного та нейропротективного ефектів», — повідомив Є. Труфанов. Таке поєднання, за словами доповідача, є необхідним, адже при остеохондрозі хребта наявні два типи больових синдромів: ноцицептивний і нейропатичний. Отже, поєднання диклофенаку з вітамінами групи В дає подвійний потенційований анальгезивний і нейротропний ефект.

Протягом останніх років проводилися дослідження, в яких використовувалися різні підходи — терапію диклофенаком з вітамінами групи В і тільки диклофенаком. Ці роботи яскраво демонструють, що комплексне лікування удвічі ефективніше за монотерапію.

Далі доповідач більш докладно зупинився на аспектах пов'язаних із нейропатичним болем.

Нейропатичний біль — вид болю, який, на відміну від ноцицептивного, виникає не унаслідок реакції на фізичне подразнення, а в результаті патологічного збудження нейронів у периферичній або центральній нервовій системі.

Характеристики нейропатичного болю:

- пекучий, стріляючий, поколюючий;
- дифузний, погано локалізований;
- часто поєднується з парестезіями і гіпералгезією;
- больовий синдром може виникати внаслідок впливу подразників, які зазвичай його не викликають (дотик, температурні подразники тощо), — алодинія;
- може виникати або посилюватися після закінчення дії стимулу;
- може бути постійним або періодичним;
- можуть спостерігатися вегетативно-трофічні розлади в зоні болю;
- може супроводжуватися наявністю гіпералгезії, каузалгії (інтенсивний, пекучий, нестерпний біль), гіперпатії (виражена реакція на подразники зі збереженням відчуття болю після закінчення больової стимуляції);
- вираженість нейропатичного болю часто не корелює з вираженістю основного захворювання;
- погано купірується (або не купірується) наркотичним і ненаркотичним анальгетиком, НПЗП;
- купірується габапентином, карбамазепіном, амітриптиліном.

Діагностичний алгоритм включає:

- ретельний неврологічний і соматичний огляд хворого. При неврологічному огляді хворого акцент робиться на оцінці чутливості і вегетативної сфери;
- використання спеціальних опитувальників;
- біохімічні аналізи крові;
- електронейроіографія;
- соматосенсорні викликані потенціали.

Відповідно до сучасних міжнародних рекомендацій, у протоколах лікування нейропатичного больового синдрому на першу лінію виходять препарати-антиконвульсанти (габапентин і прегабалін).

Конференція продовжилася майстер-класом «Радикуліт та радикулоішемія: алгоритм вибору тактики лікування за європейським досвідом», який провела професор Н. Свиридова.

Отже, що нового з'явилося 2018 р. стосовно алгоритму визначення причини болю у спині? Перш за все, «червоні прапорці» (тобто те, що потрібно виключити) наразі поділили на дві категорії: ознаки і захворювання (таблиця).

**Таблиця.** «Червоні прапорці» при болю в спині (2018)

Ознака	Захворювання
1. Порушення тазових функцій	Синдром кінського хвоста
2. Анестезія промежини	
3. Нижній параліз	
1. Лихоманка	Інфекції
2. Імуносупресія	
1. Тривалий прийом кортикостероїдів	Інфекції або травма
1. Травма	Перелом
2. Остеопороз	
1. Вік старше 50 років	Пухлина
2. Онкологічні захворювання	
3. Нез'ясовне зменшення маси тіла	
1. Немеханічний характер болю	Будь-яка із зазначених вище причин
2. Погіршення або відсутність поліпшення протягом 6 тиж	
3. Вогнищевий неврологічний дефіцит, прогресуючий або виражений	

До цього професор Н. Свиридова додала дві важливі, на її погляд, тези: 1) залежно від рівня ураження і прояву больового синдрому певне клінічне значення має «каскадність» дегенеративного процесу; 2) взаємний «негативний» вплив попередніх і наступних ланок патології одна на одну формує порочне коло, в якому «клінічна гетерогенність» болю дещо стирається.

Діагноз радикулопатії встановлюють на основі характерних клінічних ознак: у пацієнта має відзначитися біль із характерною корінцевою іррадіацією плюс хоча б один неврологічний симптом, який свідчить про дисфункцію корінця за типом іррадіації або випадіння.

Наявність грижі, стенозу корінцевого каналу на відповідному рівні чи іншої причини компресії корінця може бути встановлено за допомогою КТ або МРТ.

При інтерпретації даних візуалізації важливо враховувати, що приблизно у 1/3–2/3 осіб, які ніколи не відчували болю в спині, ці методи дослідження виявляють ті чи інші зміни в попереково-крижовому відділі хребта часто на декількох рівнях (у половини з цих хворих виявляють рівномірне симетричне випинання диска, у чверті — фокальне або асиметричне випинання).

Із радикулопатією чітко корелює лише екструзія диска, під якою розуміють крайній ступінь його випинання, коли довжина випинання перевищує ширину його основи.

Екстремне проведення КТ або МРТ показано при наявності симптомів компресії корінців кінського хвоста або залучення спинного мозку, а також при підозрі на інфекційне, пухлинне, запальне ураження хребта.

При відсутності ознак потенційно небезпечних станів КТ або МРТ доцільно проводити при збереженні больового синдрому на 4–6-й тиждень для вирішення питання про доцільність оперативного лікування.

За показаннями проводять рентгенографію легенів, ультразвукове дослідження органів черевної порожнини і малого таза, заочеревинного простору, ректороманоскопію.

Для жінок обов'язковий огляд гінеколога.

Комплекс обстеження може включати також клінічний аналіз крові та загальний аналіз сечі, визначення вмісту глюкози, електrolітів, азоту сечовини, креатиніну, кальцію, фосфору, сечової кислоти, електрофорез білків сироватки крові.

Для чоловіків проводять тест на простатспецифічний антиген.





Особлива настороженість необхідна, якщо біль в спині й нозі вперше з'являється після 50 років, має прогресуючий характер, супроводжується загальною слабкістю, зменшенням маси тіла, лихоманкою та іншими загальними симптомами.

Отже, діагноз має включати:

- 1) нозологію хвороби;
- 2) етіологічний компонент;
- 3) патогенетичний компонент;
- 4) морфологічний компонент;
- 5) функціональний компонент.

Лікування, як і раніше, поділяють на 2 етапи: гостра фаза та профілактика.

У гострій фазі застосовують: НПЗП, опіати, неопіодні анальгетики, вітаміни групи В, міорелаксанти, нейролептики, хондропротектори.

Для профілактики призначають: антиконвульсанти (габапентин, прегабалін), антидепресанти, хондропротектори.

На закінчення майстер-класу Н. Свиридова приділила увагу актуальному для практикуючих лікарів питанню щодо одвічної суперечки: що краще — циклооксигеназа (ЦОГ)-1 чи ЦОГ-2? Н. Свиридова повідомила, зокрема, що у 2017 р. міжнародне

співтовариство з вивчення болю, яке регламентує і щорічно створює рекомендації щодо вибору препаратів для лікування, зробило такий висновок: ЦОГ-1 можуть позитивно модифікувати запальну відповідь на LPS-індукованих нейрозапальних моделях.

ЦОГ-1 переважно присутня в мікроглії і периваскулярних клітинах, тому саме ЦОГ-1 протягом декількох секунд доходить до місцевого ейкозаноїдного пулу в ділянці запалення ще до того, коли почнеться стимуляція ЦОГ-2, тому НПЗП ЦОГ-1 ефективніші при гострих станах.

Під час гранд-раунду (відеотренінг з розбором клінічних випадків) — обов'язкової частини програми цієї конференції, яку вже встигли оцінити і полюбити лікарі (адже кращої форми для експрес-перевірки своїх знань і підвищення кваліфікації, мабуть, не існує), — цього разу запропонували лікарям розглянути такі патологічні стани, як атаксії, гіперкінези, епілептичний напад, міастенія, істерія і невроз.

На конференції прозвучало ще чимало цікавих доповідей провідних вчених-клініцистів про сучасні підходи до діагностики, лікування та профілактики таких розповсюджених патологій, як мігрень (доповідач — Г. М. Чуприна, доктор медичних наук, доцент кафедри неврології і рефлексотерапії НМАПО імені П. Л. Шупика), інсульт та цукровий діабет: ускладнення та наслідки (доповідач — І. С. Зозуля, доктор медичних наук, професор, завідувач кафедри невідкладних станів НМАПО імені П. Л. Шупика); черепно-мозкові травми: нові аспекти тактики лікування у 2018 р. (доповідач — Т. П. Парнікоза, кандидат медичних наук, доцент кафедри неврології і рефлексотерапії НМАПО імені П. Л. Шупика); когнітивні порушення після інсульту: можливі методи корекції (доповідач — Мар'яна Дрігант (Mirjana Drigant), лікар загальної медицини Медичної клініки PEJA of Serbia, Сербія).

Крім того, організатори приготували для учасників конференції особливий подарунок — майстер-клас від Бена Бартона (Ben Burton), доктора медичних наук, професора, директора з досліджень та розвитку Університетської лікарні Джеймс Пейдж (Велика Британія), — знамениту, відому прогресивним неврологам усього світу лекцію «Ураження диска зорового нерва при розвитку патології нервової системи: діагностичний алгоритм та тактика ведення хворих».

Тетяна Стасенко,  
фото Сергія Бека

## РЕФЕРАТИВНА ІНФОРМАЦІЯ

### Применение витамина B<sub>6</sub> может улучшать качество воспоминаний о сюжете сна

#### Актуальность

Витамин B<sub>6</sub> (пиридоксин) относится к группе водорастворимых биоактивных соединений, обеспечивающих здоровое функционирование организма и участвующих в широком спектре биохимических процессов. Известно, что пиридоксин содержится в различных продуктах, включая цельные зерновые культуры, бобовые, фрукты (бананы, авокадо), овощи (шпинат, картофель), молоко, сыр, яйца, красное мясо, рыбу. Отдельными исследованиями ранее показана возможность влияния применения витамина B<sub>6</sub> в умеренно высоких дозах на улучшение качества сновидений.

#### Материалы и результаты исследования

В новом исследовании, проведенном научными сотрудниками Университета Аделаиды (University of Adelaide), Австралия, 100 добровольцам в течение 5 дней перед сном было предложено принимать биологические добавки с высоким содержанием витамина B<sub>6</sub>. Дизайн работы предполагал проведение двойного слепого плацебо-контролируемого исследования. По результатам итогового опроса участников проекта установлено, что описанный подход способствовал значимым улучшениям возможности испытуемых запоминать сюжеты снов по сравнению с результатами, наблюдаемыми на фоне применения плацебо у лиц контрольной группы. Однако прием добавок с повышенным содержанием витамина B<sub>6</sub> не оказывал влияния на восприятие яркости, причудливости или цветовых, а также других характеристик сновидений. В частности, участники основной группы исследования отмечали большую выраженность реальности восприятия сновидений.

Руководитель исследования доктор Денхолм Дж. Аспи (Denholm Aspy), представляющий Школу психологии при Университете Аделаиды (School of Psychology University's of Adelaide), отметил, что результаты проведенной работы открывают новые возможности управления сновидениями и использования времени, проведенного во сне, более продуктивно. Так, подсчитано, что в течение жизни человек проводит около 6 лет во сне со сновидениями. Учитывая это, Д. Дж. Аспи подчеркнул, что реалистичность сновидения представляет для сновидца потенциальное преимущество, состоящее в возможности проигрывать различные варианты решения внутренних конфликтов, поиска ответов на творческие задачи, изживания фобий, совершенствования моторных навыков и даже реабилитации физических травм.

Тем не менее установлено, что прием биологических добавок с повышенным содержанием витамина B<sub>6</sub> может быть эффективным лишь для людей с несбалансированным рационом питания, тогда как описанное влияние пиридоксина на качество сновидений может последовательно уменьшаться при длительном его употреблении.

#### Выводы

Таким образом, результаты работы, опубликованные в издании «Perceptual and Motor Skills» 17 апреля 2018 г., позволяют говорить о возможностях применения пиридоксина в качестве одного из методов повышения реалистичности сновидений и способности воспроизведения их сюжетов.

Aspy D. J., Madden N. A., Delfabbro P. (2018) Effects of vitamin B<sub>6</sub> (pyridoxine) and a B complex preparation on dreaming and sleep. *Percept. Mot. Skills*, Apr. 17 [Epub. ahead of print].

University of Adelaide (2018) Vitamin B<sub>6</sub> helps people recall their dreams. *ScienceDaily*, Apr. 27.

Наталья Савельева-Кулик