

СОВРЕМЕННЫЕ АСПЕКТЫ ОКАЗАНИЯ ПОМОЩИ ПРИ ПОСЛЕДСТВИЯХ ЧЕРЕПНО-МОЗГОВОЙ ТРАВМЫ И БОЛИ В СПИНЕ

Резюме. В обзоре сделан акцент на ключевых тезисах докладов, посвященных оказанию помощи пациентам с последствиями черепно-мозговой травмы и болей в спине, которые были представлены в ходе научно-практической конференции «Когнитивные нарушения при неврологических, психических и наркологических заболеваниях», состоявшейся 6–7 ноября 2016 г. в г. Ужгороде, Украина.

Ключевые слова: черепно-мозговая травма; боли в спине; лечение, холина альфосцерат

Черепно-мозговая травма (ЧМТ) — широко распространенная патология во всех странах мира, нередко приводящая к инвалидности, а иногда и к смерти пациента. Среди прогнозов ЧМТ ведущим является развитие характерного посттравматического синдрома, характеризующегося головными болями, когнитивными нарушениями и изменениями личности.

Именно поэтому важной задачей современной медицины является оказание реабилитационной помощи пациентам с когнитивными нарушениями после перенесенной черепно-мозговой травмы. В зарубежной практике медицинской реабилитации восстановление больных с нарушениями высших психических функций основано на таких стратегических подходах, как когнитивная реабилитация, просветительная работа с членами семьи больного и медикаментозная терапия.

6–7 ноября в г. Ужгороде состоялась научно-практическая конференция «Когнитивные нарушения при неврологических, психических и наркологических заболеваниях», в рамках которой были рассмотрены актуальные вопросы проведения реабилитационных мероприятий у пациентов с когнитивными нарушениями после черепно-мозговой травмы. Также обсуждались темы диагностики и лечения боли в спине, в частности при фибромиалгии и межлопаточной боли.

С докладом «Использование фармакотерапии и альтернативных методов в реабилитации пациентов с когнитивными нарушениями вследствие черепно-мозговой травмы» выступил руководитель функционально-го реабилитационного центра в Кракове П. Адамкевич.

В начале своего выступления докладчик сделал акцент на том, что черепно-мозговые травмы — это распространенная проблема во всем мире, в том числе в Польше. Основная причина их возникновения — дорожно-транспортные происшествия, при которых

наиболее часто страдают мужчины и лица молодого возраста. До 80 % пациентов, находящихся в реабилитационном центре, — это пациенты после ДТП. Когда больного удастся спасти, стабилизировать его состояние, на первое место выходят выраженные нарушения когнитивных функций, проявляющиеся в дезориентации, расстройстве памяти, мышления, речи. Поэтому такие пациенты нуждаются в реабилитационных мероприятиях.

Безусловно, большое внимание в практике реабилитации отводится работе с членами семьи больного или опекуном, проживающими вместе с пациентом в реабилитационном центре. Родственники под руководством врача, медицинской сестры учатся уходу за больным, оказанию помощи, психологической поддержке. Это тяжелое бремя для семьи пострадавшего и большая ответственность, но обычно в течение 1–2 недель они получают необходимые навыки, позволяющие в дальнейшем обеспечить больному уход и поддержку.

Проведение когнитивной реабилитации является важным аспектом ведения пациента, перенесшего ЧМТ. Ее целью является восстановление и компенсация нарушенных функций, поскольку пациент, выходя из комы, нередко находится в неадекватном состоянии, имеют место психические расстройства, утрата памяти, проблемы с речью, дезориентация. В этом неоценима помощь врача-реабилитолога и психолога, действия которых направлены на установление контакта с пациентом и проведение когнитивного обучения. Оно включает в себя специальные методики и программы тренировки, помогающие оптимизировать психические процессы, обеспечить коррекцию нарушений памяти, мышления и внимания. Проводится реабилитация в направлении поведенческих расстройств, которые, по мнению реабилитологов, представляют собой

наиболее сложно корректирующиеся последствия черепно-мозговых травм. Для этого устанавливается расписание и распорядок дня, постепенно повышается физическая нагрузка, ведется учет достижений пациента.

Пациент заново учится практическим навыкам, позволяющим ему в повседневной жизни быть независимым от посторонней помощи: одеваться, раздеваться, пользоваться какими-либо предметами и др. Особенно это сложно для пациентов с утраченной или сниженной памятью. При нарушении речи важны занятия с логопедом, позволяющие ее улучшить либо восстановить, что является важным этапом реабилитации.

В реабилитационных центрах должны работать команды врачей, включающие врача-реабилитолога, основной задачей которого является лечение и профилактика осложнений, назначение медикаментозной терапии; физиотерапевта, занимающегося восстановлением двигательных функций пациента, подбором индивидуальных методик в зависимости от его состояния; психолога, осуществляющего психологическую поддержку больного, разрабатывающего и внедряющего методики по восстановлению памяти, эмоциональной сферы, борьбы с депрессией; логопеда, занимающегося развитием речи; медицинских сестер, контролирующих своевременный прием лекарственных препаратов, проведение физиопроцедур, сопровождение, уход.

Обязательное условие — установление контакта с пациентом. Если у больного отсутствует речь, то возможно общение жестами либо движениями глаз.

Также для реабилитации пациентов после перенесенной черепно-мозговой травмы применяется фармакотерапия. Исходя из понимания механизмов действия препаратов и возможности их влияния на различные звенья патогенеза при данной патологии, важная роль отводится препаратам метаболического действия, способным оказывать нейропротекторный эффект.

В практике реабилитационного центра, где работает П. Адамкевич, наиболее перспективным направлением в лечении когнитивной дисфункции после ЧМТ является применение холинергических препаратов, среди которых ведущее место занимает холина альфосцерат, имеющий большую доказательную базу. Холина альфосцерат — предшественник ацетилхолина и фосфатидилхолина. При попадании в организм препарат расщепляется под действием ферментов на холин и глицерофосфат. Холин участвует в биосинтезе ацетилхолина — одного из основных медиаторов нервного возбуждения, который играет ключевую роль в формировании интегративных когнитивных функций. Глицерофосфат является предшественником фосфатидилхолина мембран нейронов и выполняет, таким образом, нейропротекторную и мембраностабилизирующую роль (рис. 1). Холина альфосцерат положительно влияет на функциональное состояние микро-

структур клеток, нормализует передачу нервных импульсов, потенцирует анаболические процессы в нейронах. Он улучшает познавательные функции, внимание, запоминание и воспроизведение информации, что является важным аспектом в лечении когнитивных дисфункций при черепно-мозговых травмах; способствует регрессу неврологического дефицита и улучшению неврологического статуса больных.

Павел Адамкевич отметил: пребывая сейчас в Украине, он был приятно удивлен, что в арсенале украинских врачей холина альфосцерат европейского качества — препарат Медотилин (рис. 2)

Эффективность назначения холина альфосцерата пациентам после ЧМТ была доказана в исследовании, проведенном в клинике нейрохирургии



Рисунок 1. Нейропротекция по двум направлениям



Рисунок 2. Дозирование и длительность применения

центрального госпиталя Военной медицинской академии, Институте травматологии, ортопедии и нейрохирургии в Варшаве, результаты которого П. Адамкевич представил в заключение доклада (Mandat T., Wilk A. et al., 2000). Применение холина альфосцерата у пациентов с ЧМТ обеспечивало улучшение симптоматики в 96 % случаев, при этом полное восстановление неврологических функций наблюдалось у 61 % больных. Кроме того, были отмечены безопасность и хорошая переносимость препарата.

С докладом «Фибромиалгия (нозология и синдром). Современные аспекты диагностики и лечения» выступил к.м.н. В.Н. Мищенко (г. Харьков).

Распространенность фибромиалгий, по данным эпидемиологических исследований, составляет до 4–5 %. Однако истинная распространенность этой патологии, по собственным данным автора, несколько выше. Женщины чаще подвержены этому заболеванию, чем мужчины: приблизительно 9–10 : 1.

Фибромиалгия — это заболевание, характеризующееся хроническими диффузными болями, сопровождающееся такими симптомами, как повышенная утомляемость, нарушения сна, когнитивные нарушения и приступы депрессии. К первичной патологии относится синдром хронической усталости, синдром раздраженного кишечника, синдром раздраженного мочевого пузыря (интерстициальный нефрит) и др. Характерными для фибромиалгии являются повышенная чувствительность и болезненность в определенных точках тела.

Термин «фибромиалгия» введен сравнительно недавно, хотя это состояние давно описано в научной литературе. В 1904 году William Gowers применил термин «фиброзит». Во второй половине XX века одни врачи считали, что фиброзит является типичной причиной развития болей в мышцах, другие полагали, что фиброзит представляет собой следствие «напряжения» или «психогенного ревматизма», а сообщество ревматологов вообще не рассматривало данную патологию. Современная концепция фибромиалгии была создана Smythe и Moldofsky в середине 1970-х годов. Они ввели новый термин «фибромиалгия». Окончание «-алгия» говорит о том, что это состояние в большей степени обусловлено болевым синдромом, чем воспалением соединительной ткани. Авторы определили наличие локальной повышенной чувствительности — так называемые болевые точки (tender points) — как характерный симптом фибромиалгии. Кроме того, они установили, что у пациентов с фибромиалгией часто наблюдаются нарушения сна.

Следующим этапом исследования заболевания стала разработка диагностических критериев фибромиалгии Американской коллегии ревматологии, которые были опубликованы в 1990 году и пересмотрены в 2010 году. Согласно этой классификации, у больного в анамнезе должны наблюдаться хронические диффузные боли и быть выявлено более 11 из

18 возможных болезненных точек. Существенный прогресс в изучении фибромиалгии был сделан после того, как исследователи пришли к выводу, что это состояние не обусловлено поражением или воспалением периферических тканей. Поэтому все усилия были направлены на изучение центральных механизмов патогенеза.

Считается, что одним из важнейших механизмов формирования хронической боли при фибромиалгии является феномен центральной сенситизации, то есть усиление чувствительности на заурадный стимул. Он связан с нейродинамическими нарушениями в ЦНС у лиц с генетической предрасположенностью под воздействием большого количества стрессовых событий. Это могут быть факторы окружающей среды, запускающие развитие фибромиалгии: эмоциональное напряжение, физические травмы, вакцинация, инфекции, гормональные нарушения, прием некоторых лекарственных средств и др.

Механизмы, отвечающие за клиническую манифестацию фибромиалгии и связанных с ней расстройств, являются весьма сложными и многофакторными. Существенную роль играет фактор хронического эмоционального стресса. Исследования взаимосвязи между стрессом и развитием фибромиалгии выявляют изменения в гипоталамо-гипофизарно-надпочечниковой системе и симпатической вегетативной нервной системе. Кроме того, установлено, что у пациентов с фибромиалгией снижена серотонинергическая активность. Этот факт объясняет нарушение сна и развитие тревожных расстройств и депрессии при данной патологии.

Клинически фибромиалгия характеризуется хронической диффузной болью, не обусловленной какой-либо патологией скелетно-мышечного аппарата, которая беспокоит пациента не менее 3 месяцев. Возможно развитие скованности движений, особенно по утрам. Нередко отмечается гиперестезия на запахи, звуки, яркий свет. Пациентов беспокоит повышенная утомляемость, усиливающаяся при движении или физической нагрузке, плохой беспокойный сон с частым пробуждением, трудным засыпанием или яркими сновидениями неприятного характера. Имеют место нарушения со стороны когнитивной сферы, проявляющиеся трудностью концентрации внимания, снижением памяти, заторможенностью. Возможны психические нарушения в виде тревоги, депрессии.

Таким образом, нарушаются все аспекты повседневной жизни. Считается, что при фибромиалгии качество жизни пациентов гораздо ниже, чем при ревматоидном артрите и остеоартрозе. Данное состояние утяжеляется при физической нагрузке, эмоциональном стрессе, влажной погоде и нарушении сна. Тогда как сухая погода, умеренная физическая нагрузка, положительные эмоции и нормальный сон уменьшают бремя данной патологии.

В 1990 году Американской коллегией ревматологов были разработаны методические рекомендации по диагностике фибромиалгий — критерии ACR (табл. 1). Они обеспечивают более чем 85% точность в дифференциальной диагностике у пациентов с фибромиалгией похожих заболеваний.

В табл. 2 представлены основные аспекты лечения фибромиалгий.

Для купирования болевого синдрома при фибромиалгии применяют НПВП и миорелаксанты. Среди НПВП высокую эффективность продемонстрировал декскетопрофен (Сертофен). Он может назначать-

ся внутримышечно, внутривенно и внутривенно капельно. Рекомендованная доза составляет 50 мг с интервалом введения 8–12 часов. Максимальная суточная доза не должна превышать 150 мг (рис. 3).

Также имеются убедительные доказательства эффективности миорелаксантов. Мускомед (тиоколизид) — миорелаксант центрального механизма действия. Применяется в клинической практике при ряде патологий, в том числе при мышечно-тонических синдромах.

Докладчик привел данные открытого клинического исследования по изучению эффективности и

Таблица 1. Диагностические критерии фибромиалгий и их характеристики (ACR, 1990)

Критерий ACR	Определение
Анамнез диффузной боли (более 3 месяцев)	Боль считается диффузной, если она присутствует в 4 квадрантах тела (слева и справа, выше и ниже пояса). Должна присутствовать боль в осевом скелете (шейный отдел позвоночника, или передняя часть грудной клетки, или грудной отдел позвоночника, или поясница). Боль в плечах и ягодицах рассматривается как боль для каждой пораженной стороны. Радикулит рассценивается как боль в нижней части тела
Боль в 11 из 18 болезненных точек при пальпации	Затылок: двусторонние, в области затылочных мышц Нижняя часть шеи: билатерально, спереди на уровне позвонков C5-C7 Трапециевидные мышцы: билатерально, в средней части верхней границы Надостные мышцы: билатерально, над остью лопатки с медиального края Второе ребро: билатерально, в районе второго костно-хрящевого сустава, немного латеральнее Латеральный надмыщелок плечевой кости: билатерально, 2 см дистальнее надмыщелков Ягодичные мышцы: билатерально, верхний наружный квадрант ягодиц Большой вертел: билатерально, кзади от вертлужного бугорка Колено: билатерально, медиальная сторона коленного сустава
Клинические симптомы	Описание со слов пациента
Повышенная утомляемость	Вялость, отсутствие мотивации; трудности при движении или физической нагрузке
Качество жизни	Влияние на способность составлять планы, достигать целей или выполнять задания
Общие функции	Снижение повседневной бытовой активности
Болезненность	Болезненность при касании
Сон	Плохое засыпание, поверхностный сон, вялое пробуждение
Нарушение когнитивных функций	Трудности концентрации внимания, заторможенность
Ригидность	Скованность по утрам
Депрессия (тревожность)	Чувство усталости, разочарования, грусть

Таблица 2. Стратегии лечения фибромиалгий

Стратегия	Лечение
Уменьшение боли периферических тканей	Местные анестетики
Купирование и/или профилактика воздействия центральной сенситизации	Антиконвульсанты, антидепрессанты
Коррекция нарушений сна	Агонисты ГАМК
Лечение аффективных расстройств (депрессии)	Антидепрессанты



Рисунок 3



Рисунок 4

переносимости препарата Мускомед, проведенного на базе отделения сосудистой патологии головного мозга ГУ «Институт неврологии, психиатрии и наркологии НАМН Украины». В исследовании приняли участие 30 пациентов обоих полов в возрасте от 18 до 65 лет с мышечно-тоническими синдромами, которые находились на стационарном и/или амбулаторном лечении в отделении сосудистой патологии головного мозга ГУ «Институт неврологии, психиатрии и наркологии НАМН Украины». Все пациенты получали Мускомед 2 мл 2 раза в сутки в/м в течение 5 дней на фоне общепринятой стандартной терапии. Действующим веществом Мускомеда является тиоколхикозид, полусинтетический миорелаксант, получаемый из натурального гликозида колхикозида. Он оказывает миорелаксирующее действие, снижает или устраняет мышечные спазмы, обусловленные воздействием со стороны центральной нервной системы (рис. 4).

Результаты проведенного исследования позволили сделать вывод, что препарат Мускомед обладает высокой эффективностью для лечения больных с мышечно-тоническими синдромами, хорошо переносится, не вызывая побочных эффектов. Полная редукция мышечно-тонического синдрома на фоне проведенной терапии отмечалась у 80 % пациентов. Его назначение в составе комплексной терапии способствует регрессу вертеброгенного болевого синдрома, приводит к улучшению физического благополучия, эмоциональной сферы, повышению трудоспособности, общего восприятия качества жизни пациентов.

Тему лечения болевого синдрома в неврологии продолжил д.м.н., профессор М.М. Орос (г. Ужгород), подробнее остановившись на причинах межлопаточной боли и тактике ведения пациентов с этой патологией.

Межлопаточная боль — достаточно распространенная патология во всем мире. Количество причин ее возникновения, по данным разных авторов, составляет от 120 до 197. Однако главной является

миофасциальный синдром. На протяжении жизни он встречается у 75 % населения, чаще у женщин. Средний возраст пациентов с миофасциальным болевым синдромом — 35–60 лет.

В зависимости от поражения той или иной мышцы могут возникать различные болевые миофасциальные синдромы. Так, при миофасциальном синдроме в межреберной мышце (m. intercostales) отмечается ее спазм и наличие триггерной точки при пальпации мышцы. Часто пациенты предъявляют жалобы на боль в области сердца, грудной клетки. Если миофасциальный болевой синдром возникает в этой мышце на уровне T11, то больных беспокоят боли внизу живота.

Для миофасциального синдрома, возникающего в мышце, поднимающей лопатку, характерна боль в шее, сопровождающаяся ограничением поворотов головы в сторону (для того, чтобы посмотреть назад, пациенты разворачиваются всем телом). Сгибание шеи ограничено только в конце движения, разгибание не нарушено. Боль, возникающая в мышце, иррадирует в руку и плечо. Важное значение при этом синдроме играет самолечение — это правильное положение пациента и правильная осанка.

Также боль в грудной клетке могут вызывать активные триггерные точки в любой из лестничных мышц при синдроме лестничных мышц (синдром Наффцигера). Зоны постоянной тупой боли отмечаются вдоль медиального края лопатки и в межлопаточной области. Для данного симптомокомплекса типична боль, распространяющаяся по передней и задней поверхности плеча на лучевую часть предплечья, а также на большой и указательный пальцы. При обследовании выявляется ограничение латерофлексии в шейном отделе позвоночника в контралатеральную сторону. Движения в плечевом суставе, как правило, не ограничены. При клиническом обследовании полезной является проба на спазм лестничных мышц: максимальный поворот головы в сторону локализации боли и энергичное



Рисунок 5

опускание подбородка в надключичную ямку приводит к сокращению лестничных мышц, активации в них триггерных точек и вызывает характерный паттерн отраженной боли.

При миофасциальном болевом синдроме, связанном с трапециевидной мышцей, в триггерных точках ее верхней части возникают цервикобрахиалгии — боль в шее с иррадиацией в руку. Триггерные точки в средней части трапециевидной мышцы приводят к выраженной боли в межлопаточной области.

Миофасциальный болевой синдром верхней зад-
ней зубчатой мышцы проявляется ощущением тупой
глубокой боли в верхней части спины, в области
верхнего и медиального края лопатки.

Боль, отраженная от триггерных точек, локализованных в ромбовидных мышцах, концентрируется вдоль медиального края лопатки, между лопаткой и паравerteбральными мышцами, может распространяться в область надостной части лопатки. Этот паттерн отраженной боли напоминает таковой при поражении мышцы, поднимающей лопатку, с той лишь разницей, что он не распространяется на шею и не может сопровождаться ограничением ее поворота.

В заключение доклада М.М. Орос сообщил, что лечение болевого синдрома, связанного с миофасциальной дисфункцией, включает в себя немедикаментозные и медикаментозные способы воздействия.

Цель лечения заключается в длительной релаксации пораженной мышцы с разрушением триггерных точек. Релаксация в первую очередь достигается созданием покоя пораженным мышцам с исключением их активной работы и длительных позных перенапряжений. В специализированных центрах используются упражнения на растяжение мышц, мягкие миорелаксирующие техники, массаж триггерных точек.

В качестве медикаментозной терапии общепризнанным для миофасциального болевого синдрома является обезболивание с помощью нестероидных противовоспалительных препаратов.



Рисунок 6

Из НПВП для купирования острой боли, а также в качестве симптоматического лечения хронической боли показано назначение декскетопрофена (Сертофен).

Декскетопрофен (Сертофен) — мощный анальгетический препарат, предназначенный для очень быстрого и максимально полного обезболивания в случаях острого болевого синдрома (рис. 5).

Показано назначение миорелаксантов, снижающих патологически повышенный мышечный тонус. Благодаря этому уменьшается боль и увеличивается объем активных движений. На фоне приема миорелаксантов облегчается проведение релаксации мышц, массажа, лечебной физкультуры. Доказано, что использование миорелаксантов позволяет избавить мышцу не только от активных, но и от латентных триггерных точек, т.е. улучшает отдаленный прогноз, снижая рецидивирование миофасциального болевого синдрома.

В Украине и ряде стран Европы для лечения миофасциального болевого синдрома применяется миорелаксант тиаколхикозид (Мускомед). Препарат проявляет селективную аффинность к гамма-аминомасляной кислоте, активируя рецепторы ГАМК на уровне спинного мозга, и глицинергическим рецепторам, что обуславливает его действие на разных уровнях нервной системы как при спазмах местного характера, так и при спазмах центрального происхождения (рис. 6). Мускомед обладает миорелаксирующим, противовоспалительным, анальгезирующим и анестезирующим действием и минимальными побочными эффектами. В отличие от других миорелаксантов Мускомед не оказывает курареподобного влияния, не угнетает дыхание. Кроме того, Мускомед не оказывает какого-либо влияния на сердечно-сосудистую систему.

Введение Мускомеда 4 мг два раза в день в течение 5 дней обеспечивает эффективное и безопасное лечение острого миофасциального синдрома, возникающего у 30–40 % пациентов с межлопаточной болью.

Подготвила Татьяна Чистик ■

Чистік Т.В.

СУЧАСНІ АСПЕКТИ НАДАВАННЯ ДОПОМОГИ ПРИ НАСЛІДКАХ ЧЕРЕПНО-МОЗКОВОЇ ТРАВМИ І БОЛІ В СПИНІ

Резюме. В огляді зроблено акцент на ключових тезах доповідей, присвячених наданню допомоги пацієнтам із наслідками черепно-мозкової травми і болем в спині, які були подані в ході науково-практичної конференції «Когнітивні порушення при

неврологічних, психічних і наркологічних захворюваннях», що відбулася 6–7 листопада 2016 р. в м. Ужгород, Україна.

Ключові слова: черепно-мозкова травма; болі в спині; лікування, холіну альфосцерат

Chystik T.V.

MODERN ASPECTS OF DELIVERING HEALTH CARE FOR PATIENTS WITH CONSEQUENCES OF BRAIN TRAUMA AND BACKACHE

Abstract. The review emphasizes on the key points of the reports dedicated to the health care for the patients with consequences of brain trauma and backache, which were submitted at the research and training conference «Cognitive Disorders in Neurological, Mental

and Substance Dependence Disorders» held on 6–7 November 2016, Uzhgorod, Ukraine.

Keywords: brain trauma; backache; treatment; choline alfoscerate