

СУЧАСНЕ БАЧЕННЯ ЛІКУВАННЯ БОЛЬОВИХ СИНДРОМІВ ТА РУХОВИХ РОЗЛАДІВ В НЕВРОЛОГІЇ

За матеріалами Міжнародної конференції
«Досягнення неврології»
(6-8 квітня 2017 р., Київ, Україна)

*Т.В. Антонюк,
Київська міська клінічна лікарня № 1, м. Київ*

Яскравою подією цьогоорічної весни для сучасного наукового неврологічного співтовариства стала Міжнародна неврологічна конференція «Досягнення неврології», яка проходила у м. Києві з 6 по 8 квітня. Організаторами заходу, виступили Міністерство охорони здоров'я України, Національна медична академія післядипломної освіти імені П.Л. Шупика, Ужгородський національний університет та Харківський національний медичний університет спільно з Міжнародною академією медичної освіти (ГО «МАМО»).

В рамках конференції успішно відбулися заплановані засідання з інтерактивною методикою викладання, а також різні теоретичні та практичні майстер-класи під керівництвом видатних вчених з України, США, Великобританії, Німеччини, Ізраїлю, Канади, Іспанії.

Програма заходу була надзвичайно насиченою, адже доповіді провідних спеціалістів охоплювали майже всі сфери неврології. Учасники детально розглянули теми присвячені захворюванням екстрапірамідної нервової системи; діагностиці та лікуванню розсіяного склерозу; нейрогенетиці та нейроонкології; нейроінфекції; сучасним підходам до лікування больових синдромів; терапевтичним та нейрохірургічним підходам до лікування епілепсії; сучасним питанням лікування хворих з судинною патологією; психосоматичним розладам.

Урочисте відкриття розпочалось з вітального слова Головенко Юрія Івановича, доктора медичних наук, професора, заслуженого діяча науки і техніки України, завідувача кафедри неврології № 1 Національної медичної академії післядипломної освіти ім. П.Л. Шупика. Професор відзначив масштаб та високий професійний рівень подібних заходів, які є дуже корисними та важливими для лікарів, а також подякував усім присутнім гостям за підтримку, розуміння та живий інтерес до вказаної події.

З нетривіальною доповіддю виступив завідувач кафедри неврології, нейрохірургії та психіатрії Ужгородського національного університету доктор

медичних наук, доцент Михайло Михайлович Орос. Виступ був присвячений основним неврологічним причинам болю в шийному відділі хребта з демонстрацією клінічного випадку. Зазвичай, коли хворий звертається зі скаргою на біль у шийному відділі хребта, на пульсуючий головний біль, перша думка, яка виникає у невролога щодо причини цього стану – цервікокраніалгія (ураження корінців С2, С3, С4) або міофасціальні синдроми, що імітують патологічні зміни у значених сегментах (ураження трапецієвидного м'яза, синдром малого круглого м'яза – С5, та ін.). Згідно з критеріями цервікального головного болю їх вирізняє односторонній характер без зміни сторони локалізації, що спричинений різкими рухами в шиї, незручним положенням шиї та голови, зовнішнім тиском на шию та потилицю. Цей тип болю має різну інтенсивність та тривалість, починається з шиї та поширюється на скроню й чоло. Його можуть супроводжувати різні вегетативні симптоми: нудота, набряк, почервоніння обличчя, головокружіння, фоно- та фотофобія, нечіткість контурів предметів в іпсилатеральному куті ока.

Вертеброгенна цервікокраніалгія характеризується різким болем внаслідок подразнення надірваним диском задньої поздовжньої зв'язки, яка густо іннервована. Залежно від розташування сегментів пошкодження, пацієнт буде відчувати біль в оці, потилиці, скроні і т.д. Це відбувається внаслідок колатералей спинномозкових корінців С1, С2, С3.

Синдром Барре-Льеу (синдром хребетної артерії, шийна мігрень, задній шийний симпатичний синдром) – захворювання, яке виникає внаслідок стискання нервів, що оточують хребетні артерії і проявляється одностороннім мігреноподібним болем. Характерним є постійний тупий головний біль, часом пульсуючий, який локалізується в шийно-потиличній області, може поширюватися на лобовину голови (тому цей стан і називають «шийною мігренню»). Біль часто виникає при тривалому вимушеному положенні голови (наприклад,

під час роботи за комп'ютером, в кінотеатрі) і посилюється під час швидкої ходьби, тряскі в транспорті, спуску і підйому по сходах. Він триває від декількох хвилин до декількох годин. Іноді головний біль супроводжується парестезією (порушенням чутливості, онімінням), «стягуванням» голови, «випиранням» очей, відчуттями печіння чи холоду. Також при шийній мігрені пацієнти скаржаться на дискомфорт і шум у вухах, нудоту, запаморочення, біль в області очей, тимчасове зниження зору, поява «туману» і «мушок» перед очима, швидку стомлюваність.

М.М. Орос зазначив, що для лікування цервікогенного больового синдрому використовують мануальну терапію, лікувальну фізкультуру, черезшкірну електронейростимуляцію (ЧЕНС), хондропротектори, проводять блокаду великого потиличного нерва, практикують введення кортикостероїдів у суглоб С2-С3, радіочастотну нейротомію. У разі, якщо жоден із цих методів не виявився ефективним, застосовують оперативне лікування.

Доповідач також звернув увагу присутніх на те, що нині досить актуальною та поширеною проблемою є хлесто-подібна травма хребта, яка виникає в результаті гіперфлексії, а потім такої ж різкої гіперекстензії. Внаслідок такого зміщення відбувається пошкодження шийних м'язів, міжхребцевих суглобів, зв'язок і нервових корінців, надрид трапецієподібного м'язу. Нерідко хлестова травма хребта супроводжується струсом мозку, порушенням кровообігу, ураженням скронево-щелепного суглоба. Основними симптомами, які можуть проявитися пізніше, є біль в голові та в кінцівках, ший, нудота та/або блювання, розлади пам'яті, порушення зору, вегетативні розлади, погіршення концентрації уваги. Це довготривалий процес, який може відзначитися вторинним міофасціальним синдромом. Дуже часто відбувається формування больових точок без іррадіації, так звана фіброміалгія, що стає причиною хронізації процесу.

Крім того, Михайло Михайлович приділив увагу і критеріям визначення хронічного головного болю та болю в шийному відділі хребта, який виникає внаслідок хлестоподібної травми. За його словами, вказаний стан носить нетиповий характер. Через 7 днів після травмування виникає біль, що персистує більше 3-6 місяців.

Стратегія та тактика лікування мають бути направлені на зняття гострого нападу та профілактику хронічного больового синдрому й емоційних розладів. Фармакотерапія включає анагетіки, нестероїдні протизапальні препарати (НПЗП), опіоїди, триптани, міорелаксанти. Варто також приділити увагу наявності в схемі лікування фізіотерапевтичних методів та реабілітації: холодні та гарячі компреси, постізометрична релаксація, ЧЕНС, гідротерапія, комірць Шанца (тимчасово), ін'єкції в тригерні точки. За таких травм протипоказана мануальна терапія.

Прогнози щодо вилікування даного стану є досить сприятливими: 25% пацієнтів відчувають покращення протягом одного тижня, більшість одужує протягом місяця. Лише 2% не відновлюються протягом року. Основа профілактики хронізації болю полягає у знятті гострого мігренозного болю.

На думку доповідача, у терапії даного стану доцільним буде використання препаратів групи триптанів. При

прийомі ризатриптану терапевтична дія настає швидше, ніж при прийомі золмітриптану та суматриптану, оскільки цей засіб має досить короткий період досягнення максимальної концентрації та високу біодоступність, а також проникає через гематоенцефалічний бар'єр.

До того ж середня максимальна концентрація препарату у плазмі крові після однократного прийому 10 мг ризатриптану у здорових суб'єктів складає приблизно 1-1,5 години, а це менше, ніж у інших представників цього класу (Sciberras et al., 1997; Goldberg et al., 2000; Vyas et al., 2000; Ferrari et al., 2002). Це дозволяє не тільки якомога швидше покращити стан пацієнта, але й призупинити прогресування нападу на ранньому етапі, тобто не допустити перетворення болю на сильний або дуже сильний, коли купірувати його стає дуже важко. Варто також звернути увагу на те, що висока ефективність лікування призводить до зниження витрат, пов'язаних із захворюванням.

Надзвичайно насиченою клінічними випадками виявилась секція, на якій розглядалися проблеми осіб із хворобою Паркінсона (ХП). Так, виступ лікаря-невролога Олени Олексіївни Кріпчак та Катерини Олегівни Карпінської був присвячений темі «складного» пацієнта в клініці рухових розладів. Для кращого сприйняття та розуміння представленого матеріалу, були продемонстровані відео клінічних випадків пацієнтів.

Пацієнти з ХП тривалий час перебувають в стадії компенсації захворювання при дотриманні комплаєнсу та адекватно підібраній терапії. Сьогодні ця хвороба розглядається як прогресуюче захворювання, а лікування направлене на усунення симптомів. Головна мета терапії – підвищення якості життя пацієнта. На думку доповідачів, для цього на кожному етапі розвитку захворювання необхідно сформувавши такий індивідуальний лікувальний підхід, який дасть хворому можливість працювати і залишатися соціально активним якомога довше. При цьому схема лікування, за можливості, повинна бути максимально простою, з мінімальною кількістю побічних ефектів протипаркінсонічних препаратів, спрямованих на сповільнення прогресування захворювання.

Робоча група останнього Європейського керівництва з лікування хвороби Паркінсона (EFNS/MDS-ES, 2013) рекомендує медикаментозне лікування лише тоді, коли хвороба починає впливати на повсякденну активність пацієнта та обмежує його можливості в трудовій діяльності або повсякденному житті. Також у випадку ускладнення, необхідно переглянути призначену терапію й підібрати нові дози та препарати. У разі, якщо виникають немоторні ускладнення, необхідно оцінити критерії діагнозу, виключити атипичний паркінсонізм та «червоні прапорці». Сприятливими щодо рекомендацій та тактики лікування є моторні флуктуації та моторні дискінезії.

За наявності моторних флуктуацій варто оптимізувати частоту і дозування леводопи (збільшити кількість прийомів при збереженні добової дози; зменшити разову дозу). Ще одним варіантом терапії може бути додавання агоністів дофамінових рецепторів (праміпексол). Призначення леводопи повільного вивільнення допомагає при феномені «виснаження кінця дози» та нічний акінезії. Для терапії пацієнтів молодого віку з тремором

за наявності дискінезій та для полегшення паркінсонічних симптомів можна також розглянути можливість приєднання амантадину.

Доповідач також особливо наголосила на необхідності чіткого дотримання пацієнтами режиму прийому та дозування лікарських засобів. Деякі пацієнти, намагаючись попередити приступи агресивної акінезії, починають приймати препарати леводопи та інших дофамінергічних засобів на власний розсуд, не порадившись з лікарем, внаслідок чого виникає синдром дофамінової дизрегуляції.

У випадку тяжких флуктуацій необхідними лікувальними підходами можуть бути апоморфінова помпа, інтестинальний гель леводопи/карбідопи (обидва варіанти лікування не зареєстровані в Україні), хірургічне лікування.

При дискінезії рекомендується прийом зниженої дози леводопи і збільшеної агоністів дофамінових рецепторів (АДР); відміна або зменшення дози інгібіторів МАО-В та КОМТ; призначення амантадинів, атипичних нейролептиків (клозапін або кветіапін); хірургічне лікування (глибока стимуляція мозку).

Крім цього, сучасним і успішним методом лікування ХП є глибока стимуляція головного мозку. Даний метод відноситься до малоінвазивних нейрохірургічних операцій. Суть нейростимуляції полягає в подавленні активності області субталамічних ядер (блідого шару).

Далі О.О. Кріпчак відзначила, що основну роль у формуванні ускладнень при патології екстрапірамідної системи відіграє патологія мезолімбічного і нігостріарного дофамінергічного шляхів. Дегенерація нігостріарного шляху при ХП призводить до різкого зниження синтезу та вивільнення дофаміну з його терміналей у стріатумі. Функціонування нігостріарного дофамінергічного шляху залежить від активності дофамінових рецепторів. У наш час виділяють дві їх великі групи: D1- та D2-рецептори.

Для прикладу доповідач навела декілька клінічних випадків.

Клінічний випадок 1. Жінка у віці 56 років хворіє ХП протягом 3-х років. Захворювання дебютувало із «синдрому замороженого плеча», брадикінезії. Пацієнтка з високим рівнем комплаєнсу, однак на третьому році лікування приєдналися симптоми ортостатичної гіпотензії з колаптоїдними станами, порушення сечовипускання, постуральна нестійкість, погана відповідь на терапію. При цьому збережені когнітивні функції, що підтверджено результатами когнітивних тестів.

У наведеному клінічному випадку пацієнтка на певному етапі лікування перестала відповідати на призначену медикаментозну терапію. У таких ситуаціях Олена Олексіївна рекомендує переглянути клінічні показники та встановлений діагноз, щоб виявити причини, які спровокували ранні ортостатичні прояви.

Наступну частину доповіді лікар К.О. Карпінська присвятила складним клінічним випадкам у практиці рухових ускладнень хвороби Паркінсона.

Клінічний випадок 2. Пацієнт чоловічої статі, 63 роки. Захворювання дебютувало у 59 років. Першими скаргами стали сповільненість рухів та асиметрична

скутість у кінцівках. Сімейний анамнез не обтяжений. Результати МРТ головного мозку відповідали віковій нормі. Враховуючи всі критерії, було діагностовано ХП та призначено стартову терапію – леводопи, праміпексол. Після лікування отримано помірний позитивний ефект. Перше ускладнення виникло через 3 роки лікування у вигляді вираженого галюцинозу, який був успішно скоректований антипсихотиками. На наступному прийомі було визначено, що ефект від леводопи становить 25%; наявна асиметрична олігобрадикінезія; тремор спокою не відмічався; з'явилась досить виражена постуральна нестійкість (4-6 кроків). Неврологічний огляд без особливостей. Однак був виявлений когнітивний дефіцит за MoCA (20 балів). До того ж відмічались закрепи протягом 3-5 років, відчуття постійного здуття живота, у зв'язку з чим пацієнт суттєво обмежив свій раціон. Згодом з'явилась інсомнія та нічна пітливість, відчуття утрудненого дихання вночі, часте нічне сечовипускання (5-6 разів). Ще одним важливим симптомом є ортостатична гіпотензія–гіпертензія. Також були присутні ускладнення – оромандибулярні дискінезії. Враховуючи наведені клінічні дані, уточненим діагнозом стала «мультисистемна атрофія» паркінсонічного типу.

Катерина Олегівна наголосила на тому, що з пацієнтом необхідно розмовляти, адже в даному випадку при атипичному паркінсонізмі найважливішими скаргами стануть не скутість та сповільненість рухів, на перший план виходитимуть інші проблеми. Наприклад, при прогресуючому суправентрикулярному паралічі – падіння, ригідність, біль; при мультисистемній атрофії – дизавтономія, тобто ортостатична гіпотензія, порушення сну, гастроінтестинальні проблеми. Щодо лікувальної тактики, то було прийнято рішення призначити леводопу/карбідопу 250/25 мг ¼ таблетки зранку, потім до лікування додали ретардовану форму леводопи 200/50 мг по ½ таблетки 4-5 разів на добу для стабілізації ортостатичної гіпотензії. З метою лікування сечових розладів призначили толтеродин у дозі 2 мг 1 раз на добу, що скоротило епізоди нічного сечовипускання. Згідно з протоколом лікування артеріальної гіпертензії, таким пацієнтам необхідно призначати гіпотензивні препарати короткої дії (наприклад, каптоприл).

Якщо при ХП спостерігаються порушення сну у випадку нічної акінезії, рекомендовано призначення ретардованих форм леводопи або додатковий прийом леводопи вночі, а в інколи застосування агоністів дофамінових рецепторів (праміпексол). При поєднанні інсомнії з тривогою та депресією ефективними засобами є антидепресанти (амітриптилін, міансерин, міртазапін). У разі нічного галюцинозу слід застосовувати мемантин, ривастигмін або нейролептики (клозапін, кветіапін).

Для лікування ортостатичної гіпотензії у пацієнтів з ХП використовують еластичне бинтування нижніх кінцівок, збільшення об'єму випитої рідини, підсолення їжі. При нічній гіпертензії може допомогти зменшення вживання об'єму рідини у другій половині дня, гіпотензивні препарати короткої дії, сон у сидячому положенні.