



Opinion Leader

лидер мнений



В начале профессионального пути врача амбулаторной практики должен стоять образованный терапевт

Доктор медицинских наук, профессор

**ВЁРТКИН
Аркадий Львович**

~ С. **04** ~

10 (28) 2019

ТЕРАПИЯ





АЛФЛУТОП

- СТАРТОВЫЙ ХОНДРОПРОТЕКТОР
С ГАСТРОПРОТЕКТИВНЫМ
ДЕЙСТВИЕМ

АЛФЛУТОП ОБЛАДАЕТ СТРУКТУРНО-МОДИФИЦИРУЮЩИМ ДЕЙСТВИЕМ²

АЛФЛУТОП ЗАМЕДЛЯЕТ РЕНТГЕНОЛОГИЧЕСКОЕ ПРОГРЕССИРОВАНИЕ ОА КОЛЕННЫХ СУСТАВОВ: СУЖЕНИЕ СУСТАВНОЙ ЩЕЛИ И РОСТ ОСТЕОФИТОВ

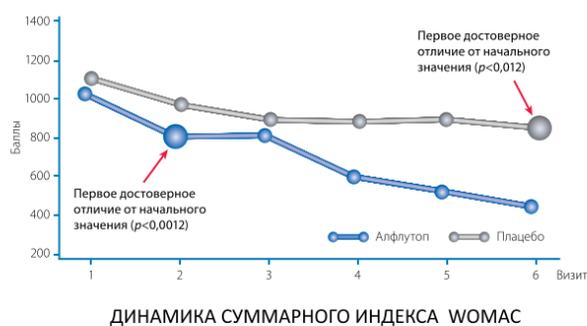
Группа	Алфлутоп	Плацебо
Отрицательная динамика	6,1%	38,4%
Замедление сужения суставной щели	42,5%	11,8%
Увеличение размеров остеофитов	27%	72%
Нарастание субхондрального остеосклероза		+

АЛФЛУТОП УМЕНЬШАЕТ ДЕГРАДАЦИЮ ХРЯЩА

Группа	СТХ-II, нг/ммоль	
	Начало наблюдения	Через 2 года
Алфлутоп (n=39)	5,6±4,4	4,08±3,1 ↓
Плацебо (n=38)	4,4±2,97	4,6±3,6 ↑

АЛФЛУТОП ОБЛАДАЕТ СИМПТОМ-МОДИФИЦИРУЮЩИМ ДЕЙСТВИЕМ²

АЛФЛУТОП СНИЖАЕТ БОЛЬ И СКОВАННОСТЬ В СУСТАВАХ, УЛУЧШАЯ ИХ ФУНКЦИОНАЛЬНОЕ СОСТОЯНИЕ И КАЧЕСТВО ЖИЗНИ БОЛЬНЫХ



АЛФЛУТОП СНИЖАЕТ СУТОЧНУЮ ПОТРЕБНОСТЬ В НПВП И ОБЛАДАЕТ БЛАГОПРИЯТНЫМ ПРОФИЛЕМ БЕЗОПАСНОСТИ



OL Opinion Leader

лидер мнений

Издатель
АННА ГУРЧИАНИ
Главный редактор
СВЕТЛАНА ЕПИСЕЕВА
Руководитель направления
ОЛЬГА ЗЮЗЮКИНА
Арт-директор
ЕЛЕНА МАППЫРОВА
Фотограф
АЛЕКСАНДР ИВАНОВ

Журнал зарегистрирован в Роскомнадзоре. Свидетельство о регистрации СМИ ПИ № ФС77-66303 от 01 июля 2016 года.
Издательство «Лидер Мнений»
125412, г. Москва, ул. Ангарская, д. 55, оф. 6 / +7 (926) 317-4445
opinionleaderjournal@gmail.com

Электронную версию выпущенных номеров журнала можно бесплатно скачать на сайте:
www.opinionleaderjournal.com

Журнал распространяется бесплатно, только среди врачей. 18+
Подписано в печать 13.11.2019
Тираж 2500 экз.

Типография «ТРЕК ПРИНТ»
+7 (495) 785-5733 / www.trackprint.ru

Фото на 1-й странице обложки:
Доктор медицинских наук, профессор Вёрткин Аркадий Львович

Перепечатка материалов, опубликованных в журнале Opinion Leader, допускается только по согласованию с редакцией.

ТЕРАПИЯ

10 (28) 2019

ТЕМА НОМЕРА:
Терапия

Содержание



24–36

СПЕЦИАЛИСТ – ТЕРАПЕВТУ
Н. В. Чичасова, А. В. Носова /
**Характер – системный
10 основных правил
в ревматологии**

04–10

КРУПНЫМ ПЛАНОМ
А. Л. Вёрткин /
**Эра амбулаторного
приема**

38–45

СПЕЦИАЛИСТ – ТЕРАПЕВТУ
А. Б. Данилов,
А. Л. Вёрткин, Е. Г. Силина /
**Основные
неврологические
синдромы
в амбулаторной
практике**

11–15

ПЕРВИЧНОЕ ЗВЕНО
Д. Володарский /
**Поликлиника
как флагман здоровья
населения**

16–22

ЭКСПЕРТНОЕ МНЕНИЕ
О. В. Зайратьянц, А. Л. Вёрткин,
А. Л. Кебина, А. В. Носова /
**Хроническая ишемия
головного мозга:
морфологические
аспекты и
медикаментозная
терапия**

46–51

КЛИНИЧЕСКИЕ РЕКОМЕНДАЦИИ
А. Л. Вёрткин, Г. Ю. Кнорринг /
**Алгоритмы ведения
пациента с гриппом
и ОРВИ на амбулаторном
этапе**

1 ~ Opinion Leader ~ # 28. 2019 ~ Терапия



БИОТЕННОС
115432, Москва,
пр-т Андропова,
д. 18, корп. 6
8 (495) 150-24-71
www.alflutop.ru

1. <https://gds.rosminzdrav.ru/> 2. Л.И. Алексеева и соавт. Многоцентровое слепое рандомизированное плацебоконтролируемое исследование симптом- и структурно-модифицирующего действия препарата Алфлутоп у больных остеоартрозом коленных суставов. Сообщение 1 – оценка симптом-модифицирующего действия препарата. Сообщение 2 – оценка структурно-модифицирующего действия препарата. Научно-практическая ревматология. 2013. Т. 51, №5. С. 532-538. 2014. Т. 52, №2. С. 174-177. 3. В.Н. Дроздов и соавт. Алфлутоп – в современной симптом-модифицирующей терапии остеоартрита. Терапевтический архив. 2019, №5.

10 (28) 2019

ТЕМА НОМЕРА:
Терапия

Содержание

52–68

КЛИНИЧЕСКИЕ РЕКОМЕНДАЦИИ

А. Л. Вёрткин, А. М. Лиля,
А. П. Рачин, А. В. Стародубова,
М. А. Ерёмускин, С. Н. Кузяков /
**Профилактика и лечение
боли в спине в различных
профессиональных
группах**

70–76

КЛИНИЧЕСКИЕ РЕКОМЕНДАЦИИ

А. Л. Вёрткин, Г. Ю. Кнорринг,
Э. К. Алиев /
**Сахарный диабет и
диабетическая нейропатия:
что должен знать
амбулаторный терапевт**

78–85

ОПЫТ ПРИМЕНЕНИЯ

А. С. Сычёва, С. В. Царегородцев,
А. С. Титов, Д. А. Хланта,
А. В. Носова, А. Л. Вёрткин /

**Эффективность
применения
комплексного препарата
Джосет® в терапии
острых и хронических
bronхолегочных
заболеваний**

86–92

ОПЫТ ПРИМЕНЕНИЯ

А. С. Сычёва, А. Л. Кебина,
В. В. Тедеев, Р. Э. Габуева,
А. Л. Вёрткин /

**Эффективность
применения
комбинированного
препарата
Клодифен Нейро®
при почечной колике**

94–96

АЛГОРИТМ
ДИАГНОСТИКИ И ЛЕЧЕНИЯ

**Фармакотерапия
гиперурикемии**

98–104

ЭКСПЕРТНЫЙ АНАЛИЗ

О. В. Зайратьянц, А. Л. Вёрткин,
А. Л. Кебина, М. А. Маркова /

**Ведение пациента
с болью в суставах**

105–113

УЧЕБНАЯ ЧАСТЬ

Ю. Шевчук /
**Московские
научно-образовательные
сессии
«Амбулаторный прием»**

114–115

КАЛЕНДАРЬ СОБЫТИЙ

2019 / сентябрь – декабрь

Важные отраслевые события

АнвиМакс®



МЕНЯ ЗОВУТ МАКС!

**Легендарный герой
в новой упаковке**

→ ПРОСТО
→ УДОБНО
→ ДОСТУПНО



ФОРМА ВЫПУСКА

» саше ⊘ шипучие таблетки ⊕ капсулы

КОЛИЧЕСТВО В УПАКОВКЕ

24 / 12 / 6 / 3 пакетика
10 шипучих таблеток
20 капсул



ВКУСЫ



ЛЕЧЕНИЕ ГРИППА типа А



ПОВЫШЕННАЯ ТЕМПЕРАТУРА,
ОЗНОБ



ЗАЛОЖЕННОСТЬ НОСА*



БОЛЬ В СУСТАВАХ И МЫШЦАХ,
ГОЛОВНАЯ БОЛЬ



БОЛЬ В ГОРЛЕ*

* Показания для саше и капсул.

РЕКЛАМА. РУ № ЛП-001747, РУ № ЛП-001965, РУ № ЛП-004421. ДЛЯ МЕДИЦИНСКИХ И ФАРМАЦЕВТИЧЕСКИХ РАБОТНИКОВ.

ЭРА АМБУЛАТОРНОГО ПРИЕМА

Терапевт — ключевая фигура в системе здравоохранения

Заведующий кафедрой терапии, клинической фармакологии и скорой медицинской помощи МГМСУ им. А. И. Евдокимова профессор, заслуженный деятель науки РФ Аркадий Львович Вёрткин о совершенствовании работы амбулаторного звена

Профессор А. Л. Вёрткин — потомственный врач-терапевт: его родители посвятили жизнь этой специальности. Его многолетняя работа направлена в том числе на усовершенствование работы врача общей практики, на создание максимально эффективного алгоритма взаимодействия «врач — пациент» для достижения оптимального результата — постановки правильного диагноза и, как следствие, назначения адекватного лечения.

— Аркадий Львович, в чем заключается секрет успеха на терапевтическом поприще, с вашей точки зрения?

— В любой профессии есть правила, без которых не обойтись. Так и в терапии: какие-то движения в сторону постановки диагноза, назначения лечения, профилактики заболеваний невозможны, если не соблюдать определенные правила. Терапевт абсолютно отличается от всех других специалистов, и это никто не оспаривает. Мало кто из выпускников выбирает терапию, потому что для этого нужно очень много знать и должно сойтись воедино немало составляющих. Во всяком случае, я следую этим правилам, и, может быть, поэтому удалось достаточно много сделать того, что действительно признано, понятно и пользуется интересом среди врачей по всей стране.

Рекомендации РОО «Амбулаторный врач»

Как стать высококласным терапевтом:

/ родиться в «правильной» семье;

/ получить достойное воспитание;



Заведующий кафедрой терапии, клинической фармакологии и скорой медицинской помощи МГМСУ им. А. И. Евдокимова, руководитель РОО «Амбулаторный врач» и Института амбулаторной терапии.

В 1974 году окончил лечебный факультет ММСИ им. Н. А. Семашко (ныне МГМСУ им. А. И. Евдокимова).

В последующем обучался в клинической ординатуре и аспирантуре на кафедре госпитальной терапии, затем работал ассистентом, доцентом и профессором кафедры внутренних болезней того же института.

С 1991 года — заведующий кафедрой клинической фармакологии ММСИ им. Н. А. Семашко, а с 1996-го по настоящее время — заведующий кафедрой терапии, клинической фармакологии и скорой медицинской помощи, с 2015-го — директор терапевтической клиники МГМСУ им. А. И. Евдокимова.

В 1979 году защитил кандидатскую диссертацию.

В 1990 году защитил докторскую диссертацию.

В 1991 году присвоено ученое звание профессора.

В течение 10 лет заведовал терапевтическим отделением ГКБ № 50 Москвы (ныне ГКБ им. С. И. Спасокукоцкого).

На протяжении 7 лет был главным редактором журнала «Врач скорой помощи» и журнала «Терапевт».

В настоящее время Аркадий Львович — главный редактор журнала «Амбулаторный прием», заместитель главного редактора журнала «Кардиоваскулярная терапия и профилактика», член редколлегии более десяти



Вёрткин Аркадий Львович

заслуженный деятель науки РФ,
д. м. н., профессор

отечественных медицинских журналов. С 2014 года по настоящее время — член президиума Российского научного медицинского общества терапевтов. В 2014–2015 годах был ученым секретарем МГМСУ им. А. И. Евдокимова.

С 1998-го по 2016 год — руководитель Национального научно-практического общества скорой медицинской помощи.

С 2015 года — эксперт комиссии МЗ РФ по формированию перечней лекарственных препаратов для медицинского применения.

С 2016 года — руководитель региональной общественной организации «Амбулаторный врач».

А. Л. Вёрткин впервые в России разработал и внедрил в практику современные технологии ведения неотложных состояний и фармакоэкономические обоснования эффективности

целого ряда экспресс-тестов на этапе скорой медицинской помощи, организовал первые в стране многоцентровые клинические исследования лекарственных препаратов на догоспитальном этапе. Все это позволило создать государственные стандарты лечения больных с неотложными состояниями на догоспитальном этапе.

А. Л. Вёрткин организовал лаборатории по изучению остеопороза, нейропатии и мужского здоровья. С его участием разработан метод радионуклидного исследования сердца с помощью отечественного изотопа Tl-201, новый подход к назначению противоязвенных препаратов пациентам с хеликобактер-ассоциированной язвенной болезнью желудка и двенадцатиперстной кишки, разработан и внедрен для клинического применения у больных с дисбактериозом новый препарат — Биофлор, а также программа применения полиненасыщенных жирных кислот для первичной профилактики атеросклероза, клинико-морфологическое обоснование коморбидной патологии.

Основное направление его научных интересов последних десятилетий — многоплановое изучение патоморфоза современной клиники внутренних болезней.

А. Л. Вёрткин разработал инновационные модели работы поликлинического звена оказания медицинской помощи в условиях реформирования и формирования новой модели поликлиники. Методологические разработки и их апробация в терапевтической поликлинической службе позволили сформировать принципиально новый подход к оказанию догоспитальной помощи, организовать Рос-

сийскую научно-образовательную программу «Амбулаторный прием» и ВиП (Врач и Пациент), первую научно-практическую библиотеку амбулаторного терапевта, алгоритмы диагностики и лечения социально значимых заболеваний.

Он впервые в стране организовал научно-практические сессии «Амбулаторный прием», программы «Диагноз в двери», «Медицина вне города», «Доступное лечение».

Научная группа, возглавляемая А. Л. Вёрткиным, одной из первых в РФ была аккредитована для проведения международных исследовательских протоколов, в том числе I фазы клинических исследований и изучения фармакодинамических особенностей лекарственных средств.

А. Л. Вёрткин автор более 900 научных трудов, в том числе 15 монографий (одна издана на немецком языке), многочисленных методических пособий и рекомендаций.

Имеет 8 авторских свидетельств на изобретения.

Под его консультированием и руководством защищены 15 докторских и 121 кандидатская диссертация.

А. Л. Вёрткин — лауреат премий Совета министров СССР и мэрии Москвы, президент Национального научно-практического общества скорой медицинской помощи и Международного общества по изучению возрастной инволюции, главный редактор рецензируемого журнала «Врач скорой медицинской помощи» и научно-практического журнала «Неотложная терапия», член международных и российских научных обществ, член президиума всероссийского общества терапевтов.

/ с детства овладеть навыком постоянно учиться;
/ расти и формироваться в окружении высокопрофессиональных и культурных людей;
/ обзавестись учителем в профессии;
/ жить в ногу со временем;
/ владеть азами эпистолярного искусства;
/ обладать междисциплинарными знаниями;
/ знать законы философии: от общего к частному и от простого к сложному;
/ иметь навык ассоциативного мышления;
/ уметь работать с алгоритмами;
/ быть на «ты» с современными гаджетами;

/ работать в коллективе преданных и понимающих людей.
— Вы сказали о том, что мало кто из нынешних выпускников медицинских вузов в качестве продолжения своего профессионального образования выбирает терапию. Какие аргументы, по-вашему мнению, могут мотивировать начинающего врача посвятить себя именно этой специальности?
— Ввиду отраслевого развития на «амбулаторный манер» выпускник медицинского вуза должен понимать, что работать в современной поликлинике как минимум престижно. Это и творчество, и перспектива.

По своему многолетнему опыту знаю: необходимо заинтересовать молодого специалиста и правильно его мотивировать. Для этого необходим пример опытных врачей: они сами должны быть мотивированы — гореть своим делом, а не формально отбывать номер. Только так можно привлечь к своему делу молодежь, тем самым обеспечивая преемственность в своей профессии. А в научном аспекте большего «клондайка», чем внутренняя медицина, на амбулаторном этапе просто не найти.

— Чем, на ваш взгляд, отличается врач амбулаторного звена от своих стационарных коллег?

— На протяжении столетий в нашей стране развивалась земская медицина. Считалось, земский доктор — и чтец, и жнец, и на дуде игрец, то есть это человек, который все знает. И сейчас, когда мы говорим о враче общей практики, семейном враче, мы как бы вспоминаем то время, когда у нас были настоящие земские врачи. Я не против развития такой практики. Но какой была продолжительность жизни людей в то время? Многократно меньше. Сегодня эта система не может работать также и потому, что современный врач общей практики — это абсолютно другой доктор: «на сцену» вышли совершенно другие болезни, другие

подходы, все другое. Поэтому, говоря об амбулаторной медицине, мы должны говорить только об одном: в начале профессионального пути семейного врача должен стоять образованный терапевт, и вот уже из него можно делать высококлассного специалиста и как угодно его называть — семейный, домашний доктор. Он должен быть образованным терапевтом — это первое.

Второе, что нужно понять: современная медицина очень обширна, множество диагнозов, но сегодня люди в России болеют, инвалидизируются и умирают от определенного и очень небольшого спектра болезней. Еще много лет назад незабвенный Максим Петрович Кончаловский сказал, что врача не надо «готовить по всему полю», он должен знать и концентрироваться на тех болезнях, которые составляют «костяк» патологий на этапе его деятельности. Поэтому образование амбулаторного врача, который действительно первый, к кому обращаются люди, должно быть нацелено на определенные болезни, и их не так много: сердечно-сосудистые катастрофы, онкология, хроническая обструктивная болезнь легких, сахарный диабет, болезни костей и суставов, от

Образование амбулаторного врача должно быть нацелено на определенные болезни, и их не так много: сердечно-сосудистые катастрофы, онкология, хроническая обструктивная болезнь легких, сахарный диабет, болезни костей и суставов

которых инвалидизируется и погибает большинство пациентов. Ну и, к сожалению, в нашей стране есть еще большая проблема — алкоголь и наркотики. Вот спектр того, чему нужно научить современного врача-терапевта.

Работая в больнице, мы ежедневно сталкиваемся с разными больными и смертями, и я веду различные клинико-анатомические разборы. От чего у нас умирают? Умирают от онкологических, сердечно-сосудистых заболеваний, от сахарного диабета. И если амбулаторное звено сегодня является ключевым, то и образование, как дипломное, так и послевузовское, надо направить в это русло, и именно эти болезни врачи должны знать досконально.

Данные группы нозологий имеют свои известные причины смерти. И если врач будет их знать, ему станет понятно, в каком направлении заниматься профилактикой. Вот это и есть амбулаторное звено. Моя любимая формула: «от цирроза до атеросклероза с остановками на онкологию». То есть если по молодости ты не умер от алкоголя, если тебя не посетил рак, то ты доживешь до своего сосудистого конца. Вот это должно быть понятно.

А раз это так, то чем должен заниматься врач поликлиники, когда к нему приходит человек, не имеет значения по какому поводу? Он должен прежде всего выявлять эти заболевания. Принимая пациента с ОРВИ, выполни все необходимые вещи, связанные с этим, но пойми: от ОРВИ ничего не случится. В итоге оно и без лечения пройдет. А вот если бы не ОРВИ, человек бы не пришел в поликлинику, и этим надо воспользоваться. В России единственная альтернатива диспансеризации — амбулаторный прием.

— Как конкретно это осуществить на практике?

— Сегодня, конечно, все происходит в суете, количество минут на прием очень маленькое, а больному нужно изложить свои жалобы, ему нужно раздеться, одеться. Учитывая все это, для оптимизации работы мы предлагаем оформить соответствующим образом кабинет врача, чтобы у него перед глазами был перечень тех вопросов, которые направлены на выявление этих болезней, и тогда волей-неволей он будет это помнить и всегда их задавать. Первое в нашей схеме — «диагноз в двери». Вот вы приходите в магазин за сыром... Раньше был один сорт, а сейчас их пятьдесят, но вы же не берете первый попавшийся, а выбираете, смотрите. Также и в поликлинику приходят разные люди: пожилые, молодые, мужчины, женщины, косые, горбатые, хромые и т. д. Каждому возрасту и полу свойственны свои болезни, и на эту тему у нас есть абсолютно понятный диагностический круг, в центре которого «диагноз в двери». А дальше очень простой алгоритм. Мы имеем перечень из 5–6 вопросов на предмет выявления того

Здоровье нации находится в руках первичного звена. Формирование здорового образа жизни, профилактика и раннее выявление заболеваний напрямую зависит от уровня подготовки терапевтов, врачей общей практики и узких специалистов терапевтического профиля в амбулаторных медучреждениях

или иного диагноза. Например, вопрос для сахарного диабета: «Вы стали больше пить воды?» — «Да, я стал больше пить воды». И тогда мы следуем по алгоритму сахарного диабета. В итоге мы определяем все, что нужно, и нам становится понятно: либо ставим этот диагноз, либо отвергаем его. Дальше у нас в этом круге перечень простых лабораторных инструментальных вещей, которыми нужно пользоваться, чтобы поставить диагноз. Следующий алгоритм — это вопросы на предмет чем же лечить больного при наличии сахарного диабета.

— В то время как современная концепция последипломного медицинского образования в нашей стране исключает обучение в интернатуре, тем самым существенно снизив степень готовности молодого врача к самостоятельной практике, вы создали Научно-практический центр подготовки и непрерывного развития специ-

алистов первичного звена МГМСУ им. А. И. Евдокимова, который принял первых слушателей в сентябре этого года. Какие еще шаги, на ваш взгляд, стоит сделать в направлении повышения квалификации врачей амбулаторной практики?

— Здоровье нации находится в руках первичного звена. Формирование здорового образа жизни, профилактика и раннее выявление заболеваний, составляющих «базис» в структурах заболеваемости, смертности и инвалидизации населения, на основе использования современных алгоритмов диагностики и лечения напрямую зависит от уровня подготовки терапевтов, врачей общей практики и узких специалистов терапевтического профиля в амбулаторных медучреждениях. Мы всячески содействуем этому: регулярно проводим более 20 научно-образовательных сессий «Амбулаторный прием» как в Москве, так и в других городах России, участие в которых принимают ведущие эксперты нашей страны в самых разных клинических областях. Их выступления, хочу подчеркнуть, проходят в «поликлинических дозах»: многочисленную аудиторию врачей первичного звена не перегружают тонкостями той или иной узкой специализации.

Общество «Амбулаторный врач» твердо стоит на позиции алгоритмизированного подхода (не в ущерб персонифицированному) специалиста первичного звена к пациентам. В этой связи под эгидой общества на регулярной основе выпускаются «Маршруты образования» и «Алгоритмы диагностики и лечения» пациентов с наиболее распространенными заболеваниями и патологическими состояниями на амбулаторном приеме, которые призваны минимизировать ошибки и направить диагностический поиск в нужном направлении. В этих материалах иллюстративно и доступно излагаются современные взгляды на ту или иную нозологию, а также пошагово расписываются действия врача, направленные на верификацию и дифференциальную диагностику болезней. Ежегодно мы выпускаем 5 книг из «Библиотеки амбулаторного врача», посвященной наиболее часто встречающимся нозологиям и синдромам в амбулаторно-поликлинической практике.

Отдельно хочется сказать о наших вебинарах. Как известно, в настоящее время система НМО уделяет большое внимание электронным формам получения информации, главная задача которых состоит в том, чтобы в короткий отрезок времени врач мог получить самую «свежую» информацию по той или иной отраслевой проблеме. В этой связи мы инициировали проект «Вебинары», первый цикл прошел в уникальном формате — бесед морфолога и терапевта, в ходе которых эксперты проанализировали причины летальных исходов всевозможной коморбидной патологии в клинике

внутренних болезней с акцентом на основные группы заболеваний, лидирующие в структуре смертности населения по всему миру.

Концептуальная идея другого цикла наших вебинаров «Специалист — терапевту» заключается в максимальном расширении профессиональной эрудиции докторов первичного звена посредством диалога профессора-терапевта и одного из ведущих представителей той или иной узкой специализации — ревматолога, невролога, пульмонолога, онколога, уролога, эндокринолога, инфекциониста и др. Вследствие этого у наших коллег формируется целостный взгляд на обсуждаемую проблематику.

Наряду с этим мы проводим ряд школ в регионах нашей страны, одна из которых — «Терапевт нашего времени» — ставит перед собой самую амбициозную задачу: стать своего рода амбулаторным университетом на федеральном уровне. Наш Центр располагает всем необходимым для проведения интерактивных мастер-классов, межрегиональных телемостов, виртуальных ПИЛИ и т. д. Не сомневаюсь, что «богатый урожай» наших инициатив и проектов можно будет собирать в ближайшей перспективе.

Резюмируя сказанное, хочется подчеркнуть: отраслевой путь в амбулаторном направлении — концепция позитивная и безальтернативная. Для эффективного ее функционирования необходимо лишь одно — подготовить специалистов первичного звена надлежащим образом. Мы занимаемся этим перманентно и, как мне кажется, весьма эффективно.

— *Вы заведуете кафедрой, инициировавшей многие клинические исследования. Есть какие-то препараты, которые после ваших исследований стали выпускать в России?*

— Надо сказать, что на этапе поликлиники исследований с высоким уровнем доказательности просто нет, непонятно почему. Существует определенный порядок регистрации и внедрения препаратов. Наши исследования основаны на том, что мы просто взяли известный препарат и на широкой популяции амбулаторных больных подтвердили какие-то его свойства или расширили показания. Таких работ мы провели огромное количество.

— *Можете назвать несколько препаратов из тех, что применяются сейчас, которые прошли подобные исследования?*

— Если идти по главным нозологиям, то по болезням сердца и сосудов, хронической ишемии головного мозга, когда наблюдаются когнитивные нарушения, есть такие препараты, как Фезам, Диваза, которые стали использоваться в практике с нашей подачи. Также с нашей легкой руки начали шире применяться именно в амбулаторной практике для лечения хронической сер-

Отраслевой путь в амбулаторном направлении — концепция позитивная и безальтернативная. Для эффективного ее функционирования необходимо лишь одно — подготовить специалистов первичного звена надлежащим образом

дечной недостаточности препараты Эспиро и Эплеренон. При болезнях суставов — Алфлутоп и Диацереин. При сахарном диабете — Метформин. Он известен, мы никакую Америку не открываем, мы только сократили «мостик» между препаратом и возможностью его применения амбулаторным врачом.

— *На вашем счету 8 авторских изобретений. Какое из них вы считаете самым важным?*

— Все эти не мои, а наши изобретения были до так называемой эры амбулаторного приема и до создания общества «Амбулаторный врач». К поликлинической практике они отношения не имеют, например изотопное исследование сердца. Вообще изобретения — это не главное. Все мои соратники, сотрудники знают принцип, по которому я живу: «Спешите жить!». Жизнь не такая большая, как кажется на первый взгляд. Она, к сожалению, коротка. И неизвестно, где найдешь, где потеряешь, поэтому нужно работать, спешить жить, успеть сделать и то и другое, а что-то из этого сторицей окупится обязательно.

□

ПОЛИКЛИНИКА КАК ФЛАГМАН ЗДОРОВЬЯ НАСЕЛЕНИЯ

«Амбулаторный прием» — кузница кадров внутренней медицины на современном этапе

Дмитрий Володарский

креативный директор РОО «Амбулаторный врач»

Современная поликлиника — это как новый век с изменившимися экономическими и социальными условиями. Сегодня на первичное звено возложена самая большая ответственность. А между тем, в отличие от стационара, поликлинические врачи трудятся в автономном режиме, тет-а-тет с больным, и проконтролировать их деятельность не представляется возможным. Ключевой критерий эффективности медицинской помощи на амбулаторном этапе ее оказания — квалификация специалиста

Очереди пациентов, необорудованные помещения, ненужные подразделения, отсутствие алгоритмов ведения больных и прочие атрибуты поликлиники недавнего прошлого постепенно уходят в небытие. Амбулаторное звено выходит на новый уровень оказания медицинской помощи населению. Но в больнице у пациента есть и лечащий врач, и заведующий отделением, и курирующий его кафедральный сотрудник, не говоря уже о дежурных докторах. В поликлинике врач один, и львиная доля лечебного процесса с недавних пор легла на его плечи. К сожалению, сегодня професси-

ональная подготовка специалистов первичного звена зачастую оставляет желать лучшего. Проводить полноценное обучение, к которому мы привыкли, весьма проблематично вследствие большой загруженности поликлинических врачей. Создать необходимые для этого условия доктору из амбулаторной сети весьма сложно: нет журналов, недостаточно конгрессов, интернет-ресурсов, методических пособий, ориентированных главным образом на поликлиницистов.

И самое главное: осталась в прошлом интернатура. Отныне, для того чтобы работать в первичном звене, достаточно окончить медицинский вуз. Таким образом, подавляющее большинство выпускни-

ков безо всякой предшествующей подготовки, знакомящей молодых специалистов с клинической медициной как таковой, окажется в поликлинике лицом к лицу с пациентами. Наши ведущие эксперты-интернисты уверены, что, перед тем как начать полноценную практику, необходимо пройти серьезную подготовку.

В НОГУ СО ВРЕМЕНЕМ

Не следует забывать и о том, что за последние годы в амбулаторной практике появились новые направления, о которых не говорилось раньше: паллиативная помощь, реабилитация, геронтология. При этом сокращаются стационарные койки, все реже происходят госпитализации по «03».

”

Прежде чем приступить к самостоятельной деятельности, нужно побыть пару лет под присмотром более опытных коллег, выработать у себя принципы поведения врача, внутреннюю дисциплину, отточить клиническое мышление. Мое отношение к этой реформе резко отрицательное, несмотря на приводимые доводы. Думаю, нам это аукнется в форме неверных диагнозов и неправильного лечения.



**Ивашкин
Владимир
Трофимович**

главный
гастроэнтеролог
Минздрава России,
академик РАН

Однако человек должен где-то получать медицинскую помощь. И основным местом его лечения становится поликлиника. А для того чтобы не обращаться туда по причине обострения того или иного заболевания, надо заниматься профилактикой. И этот процесс должен носить обоюдный характер: от пациента зависит не меньше, чем от врача. Очень многое зиждется на комплаентности. Что касается непосредственно приема больного у терапевта, то, с нашей точки зрения, предварительный диагноз врач поликлиники должен ставить, что называется, с порога: молодой пациент или пожилой, полный или худой, мужчина или женщина и т. д. Каждой такой группе в той или иной степени свойственны свои патологии, как следствие — свой алгоритм. Под стеклом на рабочем

столе у врача, а также на стенах кабинета должны находиться перечни вопросов по определенным патологиям, всевозможные подсказки — алгоритмы диагностики и ведения пациента в случае той или иной жалобы. Это в значительной степени облегчит жизнь поликлиническому — позволит не думать о том, чего не может быть. Также нельзя не сказать и о социальном уровне больных, среди которых есть злоупотребляющие алкоголем, наркоманы, мигранты, бомжи и др. У них свои болезни — социально обусловленные. В идеале это должно быть проскринировано сразу, с первого взгляда. Также нам видится, что в коридорах медучреждения необходимы образовательные плакаты для больных. Просвещенный больной — немаловажная составляющая эффективно-го лечения.

ШКОЛА СОВРЕМЕННОГО ВРАЧА

Одним из наиболее значимых отраслевых событий последних лет стал стартовавший проект по непрерывному медицинскому образованию — аккредитации медработников. По сути это единственный путь хоть каким-то образом регламентировать обучение врачей. Волей-неволей они обязаны посещать образовательные мероприятия. Общество «Амбулаторный врач» интегрировано в эту балльно-кредитную систему, на протяжении четырех последних лет проводя во многих регионах нашей страны научно-практические образовательные сессии «Амбулаторный прием», ориентированные на первичное звено — поликлинических терапевтов и врачей общей практики. В этой связи под эгидой общества «Амбулаторный врач» создаются учебники для докторов, где резюмируется сказанное во время сессий «Амбулаторный прием» — тот сухой остаток, который должен отложиться в головах врачей: от методологии ведения амбулаторной карты и расспроса больного до тонкостей профессии терапевта первичного звена, основанных на мультидисциплинарном подходе с учетом многообразия внутренней медицины. Для этого мы привлекаем ведущих экспертов и опинион лидеров в той или иной клинической области — академиков и профессоров. Ключевой фактор их выступлений — «амбулаторный» акцент изложения материала, не выходящий за рамки того, что нужно терапевту в поликлинике. Выступающие не перегружают специалистов первичного звена узконаправленной информацией. Однако самого факта участия в наших сессиях авторитетных лекторов отнюдь не всегда достаточно для привлечения врачей. Изложение синтетических знаний, пусть и лучшими из лучших, на протяже-

нии нескольких часов мало кого удержит в аудитории. Именно поэтому презентации сопровождаются отрывками из музыкальных, литературных и кинопроизведений. Наряду с этим в рамках наших сессий проходят спектакли с участием профессиональных актеров. С помощью фраз из классики мы способствуем формированию у докторов ассоциаций, необходимые для их повседневной практики. Также под эгидой общества «Амбулаторный врач» проводятся «круглые столы» и «блицдиалоги» в различном формате, где в ходе живой беседы обсуждаются

реальные клинические ситуации, происходит обмен опытом. Вывод напрашивается сам по себе: отраслевой путь в «амбулаторном» направлении — позитивная тенденция. Это не вызывает сомнений. Расширяется поликлиническое звено, ведь в стационарах подчас находится немало больных, помощь которым можно оказывать в амбулаторных условиях. Относительный негатив проводимой реформы здравоохранения последних нескольких лет состоит лишь в том, что далеко не все врачи оказались готовы к этому. Отныне терапевты — не диспетчеры, а ключевое



**Оганов
Рафаэль
Гегамович**

главный научный
сотрудник, начальник
отдела профилактики
коморбидных состояний
НМИЦ профилактической
медицины
Минздрава России,
академик РАН

”

Лозунг «Болезнь дешевле предупредить, чем лечить» подойдет скорее для инфекционных заболеваний. С неинфекционными все с точностью до наоборот. Здесь лечить легче. Взять, к примеру, артериальную гипертонию. Несмотря на то что избавить человека от этого недуга медикаментозно не представляется возможным, поддерживать уровень его артериального давления весьма просто: главное — подобрать эффективную схему терапии. С профилактикой труднее — нужно менять образ жизни. А это очень и очень сложно. Необходимо создать все условия для ведения здорового образа жизни: правильное питание, спортивные нагрузки, положительные эмоции... И это должно быть естественно. За ЗОЖ не надо бороться.

звено в системе оказания медпомощи населению. Мы пришли к тому, что врач первичного звена должен справляться с более чем 75% обращений пациента за медпомощью. Именно поэтому их нужно учить в срочном порядке, чем мы и занимаемся. Весьма эффективно, с нашей точки зрения. И если, согласно известной фразе, «все дороги ведут в Рим», то путь поликлинического врача к полноценному образованию неизбежно упирается в «Амбулаторный прием». Иного маршрута просто нет.

ЕГО ПРИМЕР — ДРУГИМ НАУКА

Идейным вдохновителем и создателем изложенной выше концепции, отвечающей амбициозным вызовам нынешних отраслевых реалий, главная цель которой — подготовка современного поликлинического терапевта, является известный в нашей стране клиницист — директор терапевтической клиники и заведующий кафедрой терапии, клинической фармакологии и скорой медицинской помощи МГМСУ им. А. И. Евдокимова, руководитель РОО «Амбулаторный врач» профессор, заслуженный деятель науки РФ А. Л. Вёрткин. В многочисленных беседах с ним я поначалу не до конца понимал, а за счет чего общество «Амбулаторный врач» развивается настолько стремительно, объединяя все больше и больше поликлинических терапевтов под сенью своей философии. Однако со временем, тесно сотрудничая с Аркадием Львовичем, а впоследствии работая под его началом, секрет успеха деятельности профессора раскрылся передо мной в полной мере: непрерывная, подчас кропотливая работа, стойкая мотивация к дальнейшим свершениям, а также готовность к непрерывному обучению и гибкости, обусловленной перманентными модификациями окружающего нас мира, что характерно — на генетическом уровне.



В этой связи хочется привести отрывок одной из моих бесед с профессором:

«...Я родился в городе Кисловодске, где моя мама заведовала отделением функциональной диагностики в курортной поликлинике, а отец был главным врачом курортной больницы, в которой лечили заболевших отдыхающих. В этом стационаре наряду с прекрасно поставленным лечебным процессом была совершенно потрясающая домашняя обстановка.

Весь медицинский персонал клиники — от главного врача до санитарки — жили единой семьей с пациентами. С самого рождения я видел невероятную медицину. Дело в том, что в послевоенные годы многие ведущие терапевты нашей страны переехали в Кисловодск. Эта больница была одной из клинических баз Центрального института усовершенствования врачей. Кто только там не работал из великих докторов!.. С утра до вечера в этом стационаре шли клинические разборы. Сутками напролет я заслушивался разговорами о больных.

Так что уже с ранних лет у меня сформировалась собственная идеология о том, кто такой хороший врач, в особенности терапевт. Прежде всего будущий врач должен родиться в благополучной семье. Бытие определяет сознание: асоциальная среда не в состоянии взрастить врача, тем паче терапевта. Кроме того, с моей точки зрения, без доброго сердца не стать хорошим специалистом. Не говоря уже о том, что необходимо много работать, постоянно читать и иметь хорошего наставника, так как без учителя в широком смысле этого слова в медицине делать нечего.

Ярче всего эту парадигму демонстрирует терапия, которая, в отличие от других клинических специализаций, в высшей степе-

Внутренняя медицина не ремесло, не бессмысленное перечисление симптомов. Это абсолютная логика. Способность логически мыслить у постели больного в наибольшей степени развивается под влиянием опытного наставника

ни логическая дисциплина. Этой логикой не овладеть без учителя. Внутренняя медицина не ремесло, не бессмысленное перечисление симптомов. Это абсолютная логика. Способность логически мыслить у постели больного в наибольшей степени развивается под влиянием опытного наставника, неравнодушного и целеустремленного, желающего оставить после себя наследие в виде достойно подготовленных учеников, которые будут продолжать его дело. Конечно, многое приходит с опытом, однако, повторюсь, без наставника не стать настоящим, высококлассным клиницистом. В этом я совершенно убежден...»

«Как мир меняется! И как я сам меняюсь!» — писал незабвенный Николай Заболоцкий. Пожалуй, эти слова в полной мере соответствуют жизненной идеологии профессора А. Л. Вёрткина, которая распространяется и на остальных членов команды общества «Амбулаторный врач» в творческих поисках идей, а также возможностей их реализации для максимально эффективного содействия развитию амбулаторной медицины в нашей стране.

Подготовлено по материалам из собственных интервью с профессором А. Л. Вёрткиным, академиками Р. Г. Огановым и В. Т. Ивашкиным



ХРОНИЧЕСКАЯ ИШЕМИЯ ГОЛОВНОГО МОЗГА: МОРФОЛОГИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ И МЕДИКАМЕНТОЗНАЯ ТЕРАПИЯ



О. В. Зайратьянц



А. Л. Вёрткин



А. Л. Кебина



А. В. Носова

ФГБОУ ВО МГМСУ им. А. И. Евдокимова, Москва

В нашей стране цереброваскулярные заболевания занимают особое место. По данным статистики ГКБ им. С. И. Спасокукоцкого ДЗ Москвы самая частая причина смерти больных старше 70 лет — хроническая ишемия головного мозга. Необходимо понимать, что это не остро возникшее заболевание. У больных в возрасте от 46 до 70 лет цереброваскулярные заболевания по причине смертности занимают второе место. Можно ли повлиять на такое удручающее положение дел?

Чтобы мы понимали друг друга, следует говорить на одном языке. Хроническая ишемия мозга (ХИМ) — это медлен-

но прогрессирующая дисфункция головного мозга, возникшая вследствие диффузного и/или мелкоочагового повреждения мозговой ткани в условиях длительно существующей недостаточности церебрального кровоснабжения. В нашей стране исторически сложилось несколько школ неврологии, и в каждой этот термин обозначался по-разному. На данный момент в МКБ-10 принят термин «хроническая ишемия головного мозга», но допустимо использование синонимов, например: дисциркуляторная энцефалопатия, хроническая недостаточность мозгового кровообращения, ишемическая болезнь мозга, хроническое цереброваскулярное заболевание, хроническая сосудистая мозговая недостаточность. Морфологическая картина хронической ишемии головного мозга

разнообразна, например последствия перенесенного инфаркта головного мозга. Огромная киста занимает большую часть одного из полушарий (рис. 1). Даже такие обширные поражения мозга не приводят к характерной клинике ХИМ, когда действительно есть отдельная неврологическая симптоматика, и тогда диагноз может звучать как «отдаленные последствия перенесенного инсульта». При малейшем расширении симптоматики, а уж тем более с развитием деменции, диагнозы соответствующие: либо хроническая ишемия головного мозга, либо синдром деменции (когда он установлен психиатром и специалистами, ставят сосудистую деменцию).

Острое повышение артериального давления (особенно при гипертоническом кризе) приводит к некрозу и гибели части стенок артериол, что в морфологии принято называть некротизирующим артериолитом (см. рис. 2), иногда с тромбозом — тромбоваскулитом

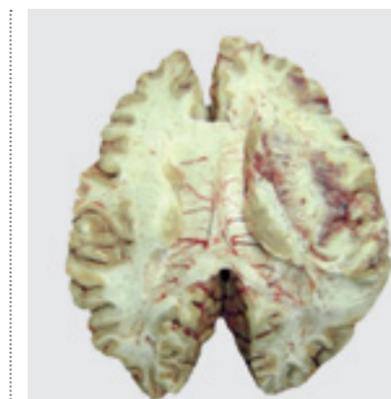
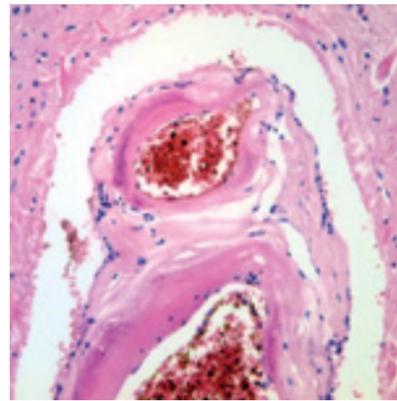
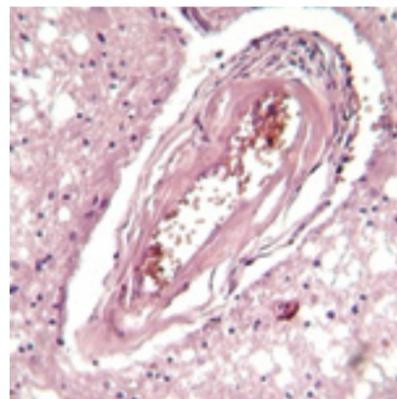


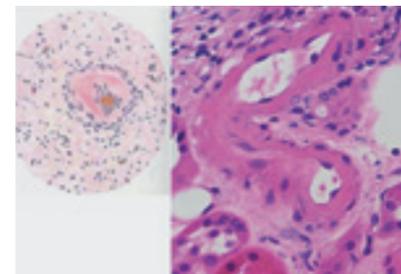
Рис. 1
Морфологическая картина ХИМ после перенесенного инфаркта головного мозга



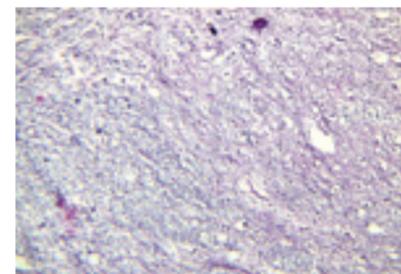
А



В

Рис. 2 (А, В)
Некротизирующий артериолит

А

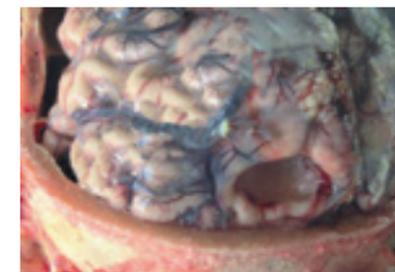
Рис. 3
Гистологический срез стенки
мелкого сосуда, артериолы
головного мозга с развитием ХИМ

В

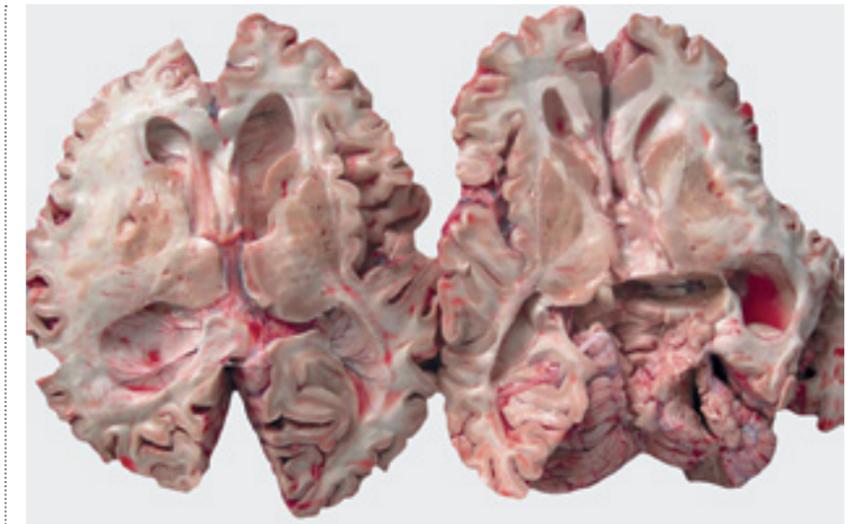
Рис. 5 (А, В)
Артерии Виллизиева кругаРис. 4
Персистирующий отек белого
вещества головного мозга под
микроскопом

Острое повышение артериального давления приводит к некрозу и гибели части стенок артериол, иногда с тромбозом — тромбоваскулитом и/или периваскулярными и более крупными кровоизлияниями (вплоть до развития геморрагического инсульта)

и/или периваскулярными и более крупными кровоизлияниями (вплоть до развития геморрагического инсульта — внутримозгового кровоизлияния). Повторные же подъемы артериального давления (АД) наряду с прогрессированием атеросклероза крупных артерий приведут к прогрессированию повреждений мелких артерий и артериол (гиалинозу, склерозу — рис. 3) и ткани головного мозга с развитием ХИМ. При микроскопии отмечаются персистирующий отек белого вещества головного мозга, его губчатая (спонгиозная) структура, ишемические повреждения и утрата нейронов, а также миелина в большинстве нервных

Рис. 6
Атеросклеротическая аневризма
артерий головного мозгаРис. 7
Атрофия головного мозга при ХИМ

волокон, реактивные изменения со стороны глиальных клеток (рис. 4). На рис. 5 представлены артерии Виллизиева круга: внутренние сонные, базилярная и другие артерии основания головного мозга. Их стенки неравномерно утолщены, желтого цвета, деформированы. На разрезе видно, что просвет артерий неравномерно сужен множественными атеросклеротическими фиброзными бляшками, нередко кальцинированными. И как бы Виллизиев круг ни компенсировал за счет анастомозов недостаток кровоснабжения той или иной зоны, хроническая ишемия нарастает. Могут формироваться атеросклеротические аневризмы артерий

Рис. 8
Головной мозг в разрезе.
Внутренняя гидроцефалия
при ХИМ

головного мозга (рис. 6), которые при очередном подъеме АД легко разрываются и становятся причиной обширных внутримозговых и субарахноидальных кровоизлияний.

Этот макропрепарат демонстрирует степень атрофии головного мозга (рис. 7). Его объем уменьшается настолько, что черепная коробка становится «велика», так как головной мозг занимает меньший объем (развивается наружная гидроцефалия). Это яркая картина хронической ишемии, а в клинике — симптомы деменции.

На разрезе головного мозга (рис. 8) видно, что его большую часть занимают желудочки — внутренняя гидроцефалия, которая развивается не за счет давления ликвора, как при других видах гидроцефалии, а вследствие атрофии ткани мозга, и желудочки увеличиваются в размере. Таким образом, при ХИМ ткань мозга уменьшается прежде всего за счет белого вещества со вторичным увеличением объема его желудочков.

Далее патогенез заболевания достаточно прост. В связи с длительным кислородным голоданием и метаболическими нарушениями возникает гиалиноз, а затем склероз артериол головного мозга. И

проявляется это не локально, а повсеместно (!), что подчеркивает системность повреждений. При возникновении острой декомпенсации состояния, к примеру гипертонического криза, возникает некроз стенки артериол, а соответственно, повышается риск разрыва сосуда и возникновения инсульта.

Грибоедов очень точно писал: «Старушки все — народ сердитый». Обратимся к клинике. У больных наблюдается расстройство в 3 сферах: эмоциональной, двигательной, когнитивной. Это обусловлено анатомическим расположением сосудов, именно в этих центрах головного мозга коллатерали развиты менее всего. Как раз при нарушении эмоциональной сферы возникает агрессия, депрессия. Пациент предъявляет жалобы на головную боль, головокружение, шум в ушах, слабость, утомляемость, раздражительность, нарушение сна, неустойчивость, падения.

Когда возникает нарушение питания ткани головного мозга? Недостаточное кровоснабжение имеет

ясные факторы риска, которые делятся на корригируемые и некорректируемые (табл. 1). Сфера нашего влияния как раз направлена на корригируемые факторы риска.

Для объективной оценки выраженности когнитивных нарушений используем шкалу MMSE.

Нами разработан алгоритм действий, исходя от общего балла, полученного в ходе проведения теста MMSE (рис. 9).

Профилактика хронической ишемии головного мозга направлена на здоровый образ жизни и компенсацию сопутствующих заболеваний: сахарного диабета, артериальной гипертензии, ишемической болезни сердца.

МЕДИКАМЕНТОЗНАЯ КОРРЕКЦИЯ

Артериальная гипертензия: и-АПФ/сартаны, блокаторы кальциевых каналов, диуретики, б-блокаторы. Сахарный диабет: производные сульфаниламидов, бигуанидины, блокаторы альфа-глюкозидазы, тиазолидинионы, инсулин. Обязателен контроль гликемического профиля, контроль гликозилированного гемоглобина (табл. 2). Липидный профиль: статины. Реология крови: антиагреганты/антикоагулянты.

Среди препаратов, направленных на улучшение когнитивных функций, выделяются 4 группы:

1. Средства, действующие на нейромедиаторные системы:

/ холиномиметики:

— ингибиторы холинэстеразы (ривастигмин, галантамин, ипидакрин);

— предшественники ацетилхолина (цитиколин — Нейпилепт, холина альфосцерат — Церетон);

/ блокатор NMDA-глутаматных рецепторов (мемантин);

/ препараты, усиливающие дофаминергическую и норадренергическую передачу (пирибедил).

Таблица 1

Факторы риска сердечно-сосудистых осложнений

Некорригируемые факторы	Корригируемые факторы
Пожилые возраст	Атеросклероз и артериальная гипертензия
Пол	Сахарный диабет
Наследственная предрасположенность	Курение
Этническая принадлежность	Алкоголь
Ранее перенесенный инсульт или инфаркт миокарда	Ожирение
	Недостаточная физическая нагрузка
	Нерациональное питание

Таблица 2

Целевое значение гликозилированного гемоглобина у больных с сахарным диабетом в зависимости от наличия осложнений

Наличие осложнений	Молодой возраст, %	Средний возраст, %	Пожилые возраст и / или ОПЖ < 5 лет
Нет тяжелых осложнений и / или риска тяжелой гипогликемии	<6,5	<7,0	<7,5
Есть тяжелые осложнения и / или риск тяжелой гипогликемии	<7,0	<7,5	<8,0

ОПЖ — ожидаемая продолжительность жизни.

ческую передачу (пирибедил).

2. Средства нейрометаболического действия:

/ Милдронат, Актовегин, Пирацетам, Ginkgo biloba, Фенотропил, Диваза, Нейрокс (этилметилгидроксипиридина сукцинат — действующее вещество препарата Нейрокс, является ингибитором свободнорадикальных процессов, мембранопротектором, обладающим антигипоксическим, стрессопротекторным, ноотропным, противосудорожным и ангиолитическим действием).

3. Средства нейротрофического действия:

/ Церебролизин, Кортексин.

4. Средства с вазоактивным действием и комбинации:

/ Винпоцетин, Нисерголин, Циннаризин + пирацетам (Фезам).

Немало исследований посвящено изучению эффективности препаратов, улучшающих метаболизм, в частности мелдония, у больных с цереброваскулярными заболева-

ниями. Так, в исследовании «Применение милдроната в лечении когнитивных нарушений при сосудистой деменции» показана эффективность применения мелдония у пациентов с легким, средним и тяжелым когнитивным снижением. На фоне трехмесячного приема препарата в первых двух группах наблюдалось постоянное уменьшение проявления когнитивного дефицита. В группе с деменцией улучшение было достигнуто в первый месяц приема препарата, в последующем улучшения не наблюдалось (рис. 10).

В исследовании применения препарата Милдронат у больных с ишемическим инсультом в остром периоде были получены результаты, позволяющие однозначно говорить о его эффективности при данном заболевании. В контрольной группе после 21 дня применения препарата в 87% отмечено улучшение общего состояния, у 80% уменьшился неврологический дефицит.

Профилактика хронической ишемии головного мозга направлена на здоровый образ жизни и компенсацию сопутствующих заболеваний: сахарного диабета, артериальной гипертензии, ишемической болезни сердца

В исследовании В. Н. Шишкова возможности сокращения восстановительного периода у больных, перенесших ишемический инсульт, выполнена оценка не только динамики когнитивного и неврологического дефицита на фоне приема Милдроната в дозировке 1000 мг/сут 45 дней, но и динамика концентрации центрального нейротрофического фактора в крови. Известно, что при любом поражении ЦНС определяется повышение уровня этой молекулы, в свою очередь повышение уровня нейротрофического фактора запускает апоптоз клеток, увеличивая зону некро-

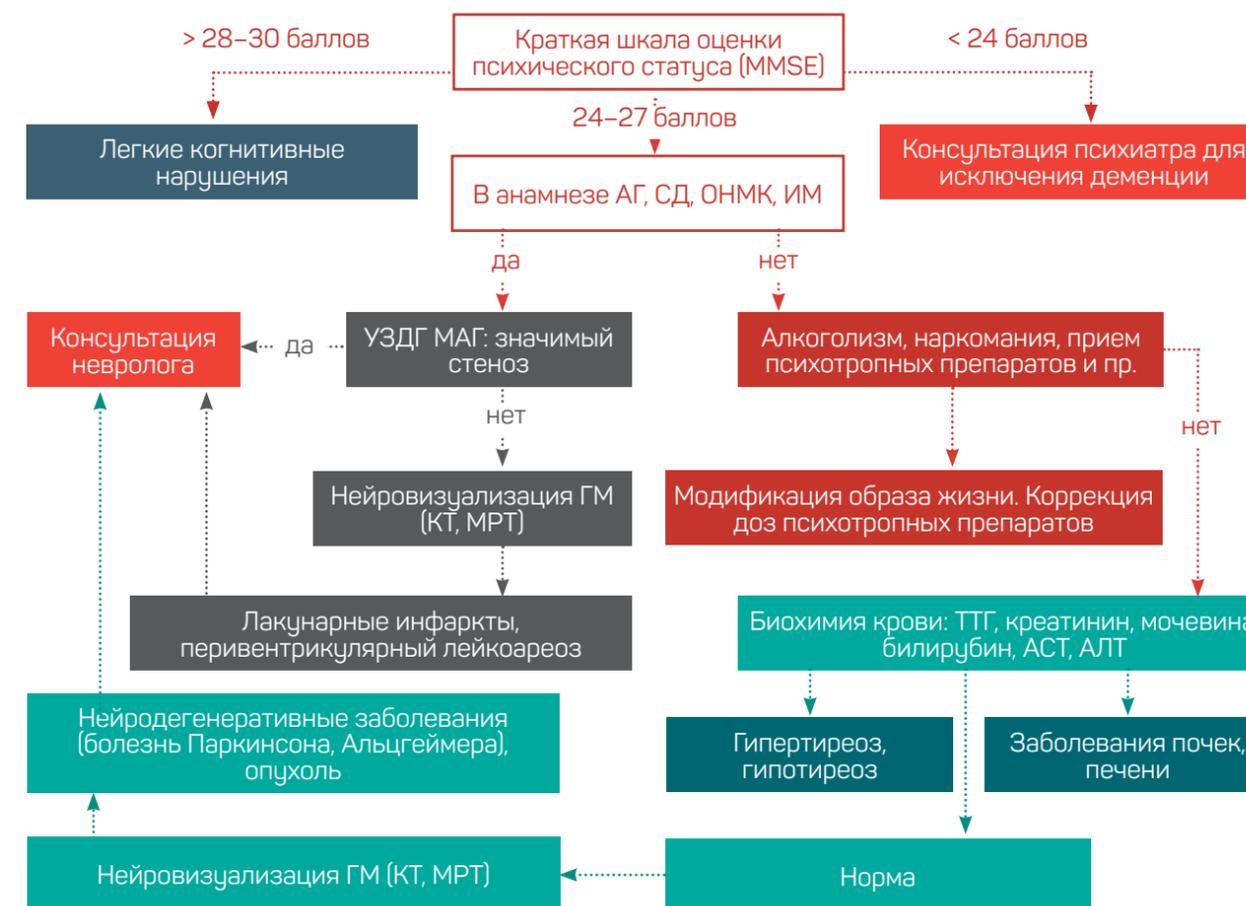


Рис. 9
Алгоритм диагностики причин снижения когнитивных функций для врача терапевта и врача общей практики

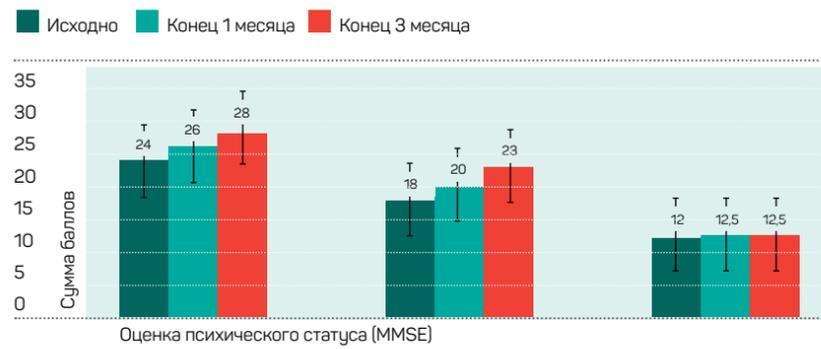


Рис. 10
Динамика показателей шкалы MMSE при различной степени нарушения когнитивных функций (исследуемая группа)

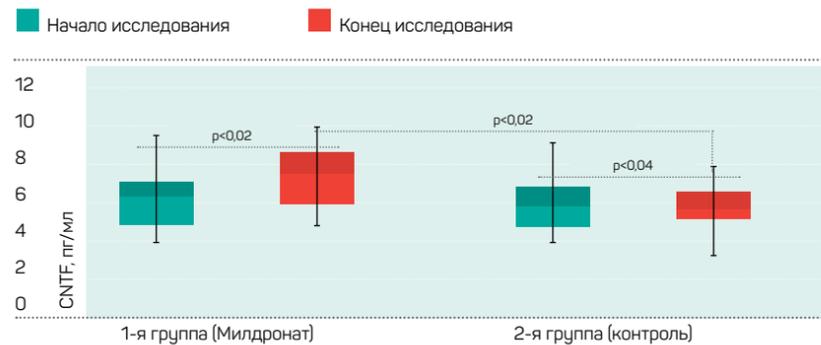


Рис. 11
Динамика изменения концентрации CNTF в группе, получавшей терапию Милдронатом, и в контрольной группе (пг/мл)

за при инсультах. При использовании препарата Милдронат уровень центрального нейротрофического фактора был заметно ниже, чем в контрольной группе (рис. 11).

По результатам исследования положительная динамика в группе получавших Милдронат® была наибольшей в категориях «выраженное улучшение» и «значительное улучшение» в отличие от группы без терапии Милдронатом, что подтверждает эффективность препарата в речевой реабилитации. Ведение больных с хронической ишемией мозга требует постоянного наблюдения и своевременного оказания помощи при декомпенсации состояния, назначения курсов ноотропной и метаболической поддержки.

Литература

- Федин А.И. Избранные лекции по Амбулаторной неврологии. М., 2013.
- Пизова Н.В. Когнитивные нарушения при распространенных и редких соматических заболеваниях // Неврология, нейропсихиатрия, психосоматика. 2015. 7(3):86-92.
- Глембичкая О.В. Автореферат дисс. канд. мед. наук. Волгоград, 2009.
- Дробижев М.Ю. и др. Когнитивные расстройства в общей медицине // Лечащий врач. 2007. 8:33-35.
- Федотова А.В. и др. Результаты исследования «Легенда» (1301 пациент) // Атмосфера. Нервные болезни. 2009. 4:1-5.
- Сорокина И.Б., Гудкова А.А., Гехт А.Б. Умеренные когнитивные расстройства при сосудистых заболеваниях головного мозга: диагностика и принципы терапии // Трудный пациент. 2010.
- Левин О.С. Когнитивные нарушения в практике невролога. М.: 2006.
- Титова Н.В. Возможности применения фиксированной комбинации пирacetama и циннаризина в неврологической практике // Медицинский совет. 2017. 10:102-109.
- Захаров В.В. Всероссийская программа исследований эпидемиологии и терапии когнитивных расстройств в пожилом возрасте («Прометей») // Неврологический журнал. 2006. 11:27-32.
- Гимоян Л.Г., Силванян Г.Г. Применение Милдроната в лечении когнитивных нарушений при сосудистой деменции // РМЖ. 2017. № 21. С. 1518-1524.
- Максимова М.Ю., Танащян М.М., Федорова Т.Н., Гурьянова О.Е. Опыт применения Милдроната при ишемическом инсульте // Medica mente. 2019. 5(1):22-27. DOI: 10.25697/MM.2019.01.05.
- Шишкова В.Н., Ременник А.Ю., Керимова Е.И. Современные возможности улучшения восстановительного потенциала у пожилых пациентов после ишемического инсульта // Consilium Medicum. 2019. 21(9):24-28. DOI: 10.26442/20751753.2019.9.190579.

МИЛДРОНАТ®

Мельдоний

Для сердца, мозга и сосудов!



Улучшает показатели церебральной гемодинамики^{1,2}



Снижает частоту приступов стенокардии³



Повышает физическую и умственную работоспособность⁴



Информация для специалистов здравоохранения

Краткая инструкция по медицинскому применению лекарственного препарата Милдронат®.

Регистрационное удостоверение: ЛС-001115 от 12.05.2011; П N016028/02 от 23.10.2014 **Торговое наименование:** МИЛДРОНАТ® МНН: мельдоний. **Лекарственная форма/состав:** капсулы, 1 капсула содержит активное вещество: мельдония дигидрат – 250/500 мг; раствор для внутримышечного, внутривенного и парабубарного введения, 100 мг/мл; **Показания к применению:** в комплексной терапии ишемической болезни сердца (стенокардия, инфаркт миокарда), хронической сердечной недостаточности и дисгормональной кардиомиопатии, а также в комплексной терапии острых и хронических нарушений кровоснабжения мозга (после инсульта, цереброваскулярная недостаточность). Сниженная работоспособность; умственные и физические перегрузки (в том числе у спортсменов). Синдром абстиненции при хроническом алкоголизме (в комбинации со специфической терапией). **Дополнительно (для раствора):** гемофтальм и кровоизлияния в сетчатку различной этиологии, тромбоз центральной вены сетчатки и ее ветвей, ретинопатии различной этиологии (диабетическая, гипертоническая). **Противопоказания:** Повышенная чувствительность к действующему веществу и другим компонентам препарата, повышение внутричерепного давления (при нарушении венозного оттока, внутричерепных опухолях), возраст до 18 лет (эффективность и безопасность не установлены), беременность, период кормления грудью.

Литература: 1. «Милдронат® в неврологии», обзор исследований, И.П. Логина, И.Я. Калвиныш, Рига 2012г. 2. «Постинсультные двигательные и когнитивные нарушения: некоторые патогенетические и терапевтические аспекты», И.В. Дамулин, Е.В. Кононенко, Л.М. Антоненко, Н.Н. Коберская, Медицинские новости.-2008.-№1.-С.26-30. 3. «Милдронат® в кардиологии», обзор исследований, В.Я. Дзерве, И.Я. Калвиныш, Рига 2013г. 4. Инструкция по медицинскому применению препарата Милдронат® ©Grindex, 2019



Добро
пожаловать на
mildronat.ru

Grindex

Здоровье. Традиции. Качество.

ХАРАКТЕР — СИСТЕМНЫЙ

10 основных правил в ревматологии

В российских реалиях первое обращение к врачу осуществляется в поликлинику, в частности к терапевту или врачу общей практики. Не исключение и пациенты с многочисленными ревматологическими заболеваниями. Вовремя поставленный диагноз, адекватно выбранная консультативная помощь, назначение правильной фармакотерапии — залог успешной медицинской помощи. Осведомленность врачей первичного звена о многообразии ревматологических заболеваний играет в этом немаловажную роль

В современном мире значительно возросло выявление ревматологических заболеваний как в результате успешной диагностики, так и за счет развития специализированной медицинской помощи. Вместе с тем, как видно из рис. 1, проблема ограничения подвижности населения в возрасте 65–74 лет и старше 75 лет, в частности связанная с приемом пищи, купанием, одеванием, возможностью лечь и встать с постели и пр., еще широко распространена. Незавидные показатели в этом плане у России (WHO, 2015). Ведущее значение здесь имеет патология опорно-двигательного аппарата и обусловленные этим различные болевые синдромы. При этом важно своевременно диагностировать патологии как скелетно-мышечной системы, так и воспалительных и аутоиммунных заболеваний. Основные ревматологические заболевания, характерными признаками которых являются боль, а

также различные воспалительные или иные специфические и неспецифические проявления:

- / ревматоидный артрит: синдром Шегрена, синдром Фелти, болезнь Стилла взрослых, палиндромный ревматизм;
- / ювенильный идиопатический артрит;
- / системные заболевания соединительной ткани: системная красная волчанка, системная склеродермия, воспалительные миопатии, системные васкулиты, первичный синдром Шегрена, болезнь Бехчета, антифосфолипидный синдром и др.;
- / дегенеративные заболевания суставов и позвоночника: остеоартрит, спондилостез, пролапс позвоночных дисков;
- / спондилоартриты: анкилозирующий спондилит, псориатический артрит, реактивный артрит, спондилоартрит, ассоциированный с воспалительными заболеваниями кишечника (ВЗК);
- / микрокристаллические артриты: подагра (первичная и вторич-



**Чичасова
Наталья
Владимировна**

д. м. н., профессор,
старший научный
сотрудник ФГБУ НИИР
им. В. А. Насоновой,
Москва

Для того чтобы разобраться в обилии заболеваний и симптомов, необходимо соблюдать десять «золотых» правил ревматологии — основных положений осмотра, анализа симптомов, течения заболеваний, медикаментозной терапии

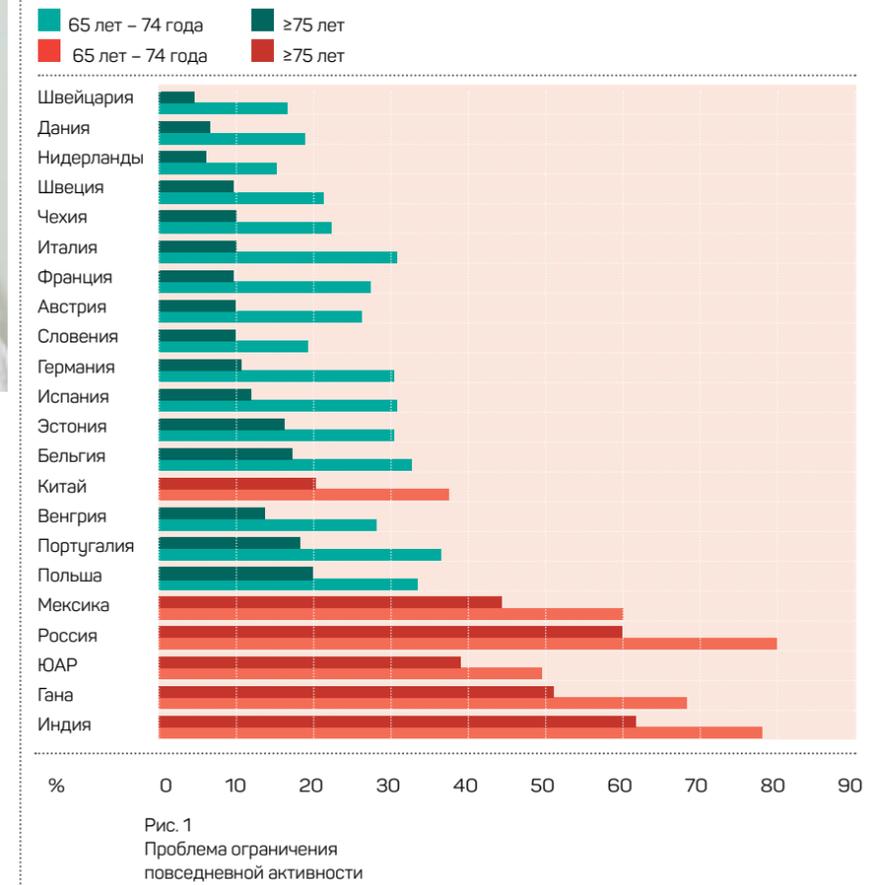
ная), пирофосфатная артропатия, гидроксипатитная артропатия;
/ другие: острая ревматоидная лихорадка, рецидивирующий полихондрит, IgG4-ассоциированное заболевание, артропатии при эндокринных заболеваниях, болезнь Лайма, вирусные артриты, артропатии при злокачественных опухолях, саркоидоз, фибромиалгия, аутовоспалительные заболевания.

Для того чтобы разобраться в обилии заболеваний и симптомов, необходимо соблюдать десять «золотых» правил ревматологии — основных положений осмотра, анализа симптомов, течения заболеваний, медикаментозной терапии и др.



**Носова
Анна
Владимировна**

к. м. н., доцент кафедры
терапии, клинической
фармакологии
и скорой медицинской
помощи ФГБОУ ВО
МГМСУ им. А. И. Евдокимова,
Москва



1 ПРАВИЛО

Сначала видеть и слышать больного, а не анализировать медицинскую документацию.

В 2019 году исполнилось 165 лет со дня рождения выдающегося отечественного терапевта, заслуженного профессора Военно-медицинской академии, академика Михаила Владимировича Яновского, одного из самых талантливых и любимых учеников С. П. Боткина. Профессор М. В. Яновский безоговорочно поддерживал мысль своего учителя о роли первого впечатления, которое производит больной на врача, постулируя при этом следующее:

/ «набить руку, наметать взгляд» на больного;

/ «терпеливое упражнение» в технических приемах клинического исследования и тренировка в диагностике;

/ «врач должен быть на высоте развития больного, а к вам может обратиться и ученый, и публицист, и государственный деятель, и литератор, и художник, и общаться с любым пациентом на понятном ему языке».

2 ПРАВИЛО

Выявить, является ли заболевание ревматологическим или это проявление иных заболеваний (инфекционных, онкологических, эндокринологических и т. д.).

В табл. 1 приводятся основные дифференциально-диагностические критерии («красные флаги»), позволяющие предположить иную (неревматологическую) природу симптомов. Безусловно, в этом плане имеет значение и характер болевого синдрома (ниже будут рассмотрены вопросы, связанные с характерными особенностями боли при ревматологических заболеваниях), особенно при неподдающейся лечению скелетно-мышечной боли. Не всегда пациенты могут четко различать околосуставную и суставную боль,

Таблица 1

«Красные флаги» при болях в структурах опорно-двигательного аппарата

Симптом	Возможная причина
Похудание ± субфебрилитет	Паранеопластический процесс, метастазы, инфекция
Лихорадка, прием глюкокортикоидов, туберкулез в анамнезе, недавняя травма	Септический процесс
Лихорадка + системные проявления	Ревматологическая патология (СЗСТ), паранеопластический процесс
Пульсирующие, приступообразные боли	Расслаивающая аневризма, почечная колика, печеночная колика
Ночные боли	Паранеопластический процесс
Моноартрит + лихорадка + гиперемия	Септический артрит
Прием глюкокортикоидов в анамнезе, недавняя травма	Остеопороз, травматический перелом, спондилолистез

Таблица 2

Наиболее частые болевые синдромы, ассоциированные с возрастом

Преимущественно молодой возраст	Преимущественно пожилой возраст
Заболевания малого таза	Неоплазия
Простатит	Миеломная болезнь
Эндометриоз	Опухоли, метастазы
Воспалительные заболевания	Ретроперитонеальный тумор
Почечные болезни	Инфекции
Нефролитиаз	Эпидуральный абсцесс
Пиелонефрит	Herpes zoster
Околочечный абсцесс	Гипотиреозидизм
Воспалительные артриты	Остеопорозный перелом
Анкилозирующий спондилоартрит	Остеоартрит
Псориатический артрит	Микрористаллические артриты

ссылаясь на бурсит, тендинит и другие формы повреждений мягких тканей. Поэтому при физикальном обследовании важно подтвердить точное расположение боли:

/ боль может быть хорошо локализована, но вызвана отдаленным поражением, как, например, межлопаточная боль вследствие механических проблем в шейном

отделе позвоночника, или боль в правом плече, спровоцированная острым холециститом;

/ боль, вызванная неврологическими и сердечно-сосудистыми заболеваниями, проблемами внутренних органов, труднее визуализируется или выражается, а анамнез может излагаться с различными толкованиями;

/ боль в костях, как правило, постоянна, несмотря на движение или изменение позы, в отличие от мышечной, синовиальной, связочной или сухожильной боли, и часто нарушает сон;

/ боль при переломе, опухоли и метаболических заболеваниях костей, как правило, длительная, локализованная, нарушающая сон, всегда должна быть исследована на наличие причины.

Все это требует от врача, помимо осмотра, не пренебрегать простыми положениями: учитывать возраст, оценивать анализ крови (воспаление, анемия, лейкопения, СОЭ), проводить необременительные диагностические процедуры (УЗИ, рентгенография органов грудной клетки).

В табл. 2 приведены наиболее частые причины боли, ассоциированные с возрастом.

3 ПРАВИЛО

Выявить, является ли характер поражения воспалительным или не воспалительным (травма, дегенеративное поражение), имеет ли место поражение сустава (артрит) или периартикулярных тканей (теносиновит, бурсит, периартрит), есть ли энтезопатии.

В целом при механических повреждениях боль усугубляется физической активностью и исчезает при отдыхе. При тяжелых механических/дегенеративных расстройствах она нарушает сон. При этом важна оценка вторичного мышечного спазма, поскольку такая боль может указывать на локализацию механической боли, особенно в спине, и, безусловно, необходимо знание анатомии и функциональной анатомии для определения пораженных структур.

Воспалительные боли типично возникают после долгого бездвижения, например при вставании

Таблица 3

Термины из шкалы боли Макгилла, которые помогают различать органическую и неорганическую боль

Органическая	Неорганическая
Стучащая	Колблющая
Прыгающая	Стреляющая
Колющая	Стреляющая
Острая	Разрывающая
Сжимающая	Раздавляющая
Горячая	Жгучая
Мягкая	Раскалывающая
Пилящая	Мучительная
Распространенная	Пронзающая
Раздражающая	Невыносимая
Утомительная	Изнурительная
Страшная	Ужасающая
Сильная	Рвущая

Таблица 4

Основные заболевания, сопровождающиеся деформацией и деформацией суставов

Деформация суставов (изменение конфигурации области сустава)	Деформация суставов (необратимые анатомические изменения)
Артрит	Костные разрастания
Теносиновит	Костная деструкция
Бурсит	Подвывихи

с постели или после долгой поездки на машине.

Воспалительные боли в суставах при ревматоидном артрите (РА), воспалительном остеоартрите и заболеваниях периферических суставов при псориатической артропатии или аксиальном спондилоартрите могут начинаться при пробуждении и уменьшаться при движении. Оценка воспалительной боли в спине является ключевой у молодого пациента с ночной болью в спине, уменьшающейся при движении, после при-

ема нестероидных противовоспалительных препаратов (НПВП), сопровождающейся болями в области таза/ягодиц, что может указывать на аксиальный спондилоартрит.

В табл. 3 приведена шкала Макгилла для дифференциальной диагностики органической и неорганической боли.

В табл. 4 приведены основные дифференциально-диагностические критерии различных поражений суставов, а на рис. 2 — видимые их изменения.

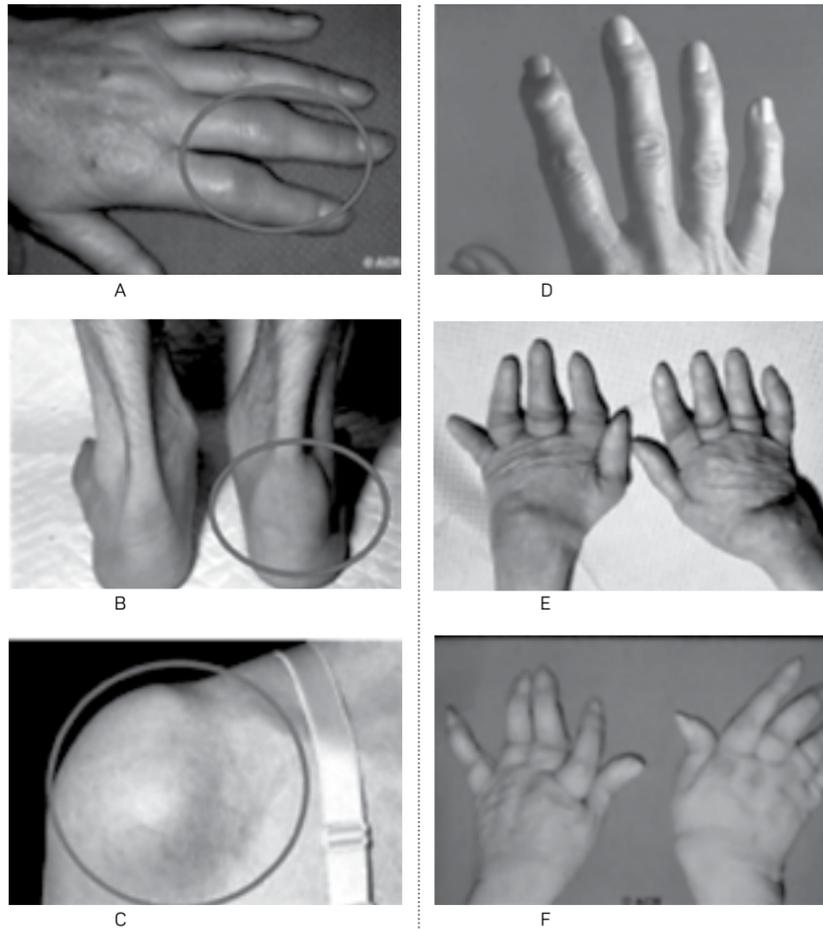


Рис. 2
Клинические проявления деформации и деформации суставов:
А – артрит;
В – теносиновит;
С – бурсит;
D – костные разрастания (узелки Гебердена);
Е – костная деструкция (мультилирующий артрит);
F – подвывихи



Рис. 3
Воспалительные боли в спине: возраст <45 лет; длительность более 3 мес.; постепенное начало; утренняя скованность >30 мин; улучшение при физической нагрузке; отсутствие улучшения в покое; пробуждение от болей, особенно во вторую половину ночи, и уменьшение болей при вставании с постели; перемежающиеся боли в ягодицах. «Чувствительность» выявления воспалительной боли в спине для диагностики аксиального спондилоартрита колеблется от 70 до 80%

Выявить, является ли характер поражения воспалительным или не воспалительным (травма, дегенеративное поражение), имеет ли место поражение сустава (артрит) или периартикулярных тканей (теносиновит, бурсит, периартрит), есть ли энтезопатии

4 ПРАВИЛО

Оценка характера боли:

- / начало: острое, подострое, хроническое;
- / воспалительная или механическая;
- / связь с движением и иррадиация;
- / время максимума (утро, ночь, вечер);
- / наличие провоцирующего фактора (диетический, климатический, психологический, инфекционный, вид деятельности);
- / чем купируется.

Все ревматологические заболевания имеют, как правило, либо

Чувствительность: 80,4%
Специфичность: 75,4%
[A. Braun et al. Rheumatology. 2013. 52:1418-1424]

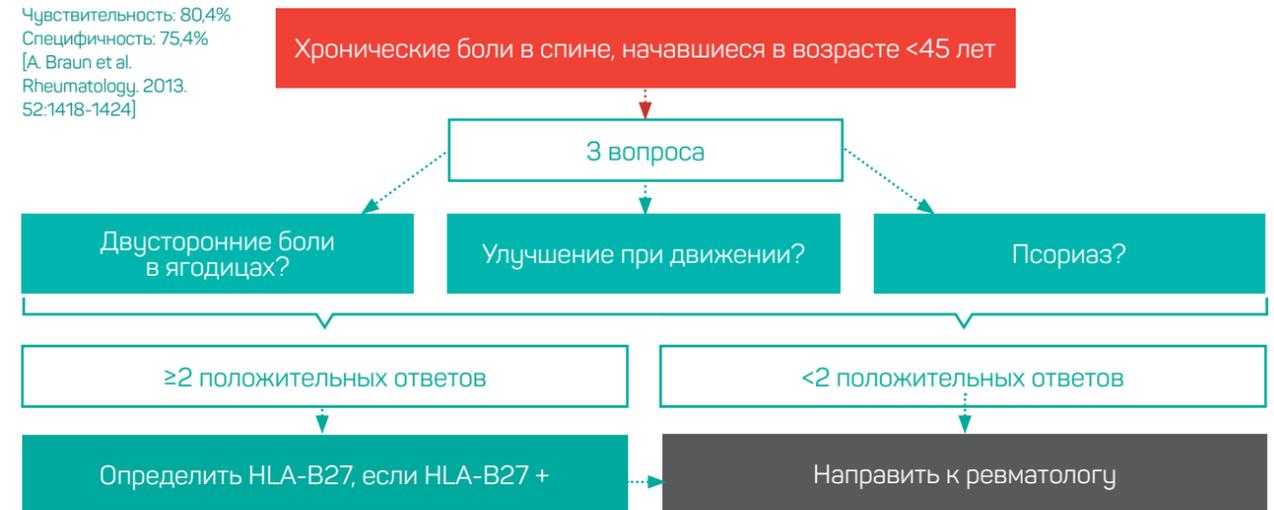


Рис. 4
Двухэтапная диагностика аксиального спондилоартрита

хроническое, либо подострое начало. Острое начало характерно для инфекции либо для кристаллического артрита.

Воспалительные боли возникают в период покоя, сопровождаются скованностью, особенно по утрам (табл. 5). Механическая боль, наоборот, уменьшается во время покоя. При воспалительной боли происходит ухудшение общего состояния — очень важный симптом, а при механической — общее состояние нормальное. При этом пациент локализует свой болевой синдром (табл. 6, рис. 3).

Воспалительная боль в нижней части спины, особенно у молодых мужчин, часто является проявлением анкилозирующего спондилоартрита (болезнь Бехтерева). Для его диагностики необходимо задать всего 3 вопроса (рис. 4).

Иррадиирующие боли сопровождаются поражением периартикулярной ткани, и только артрит тазобедренного сустава может проявлять себя исключительно болями в коленном суставе.

Среди провоцирующих факторов имеет значение нарушение пище-

Таблица 5

Основные характеристики воспалительной боли

Более вероятно	Менее вероятно
Усиление болей в покое и в ранние утренние часы	Боль после физической нагрузки и в вечерние часы
Утренняя скованность >30 мин	Утренняя скованность <30 мин
Ночные боли	Отсутствие ночных болей
Конституциональные проявления	Отсутствие конституциональных проявлений
Острое/подострое течение	Хроническое течение

Исключить инфекции, злокачественные новообразования, фибромиалгию

Таблица 6

Возраст и основные характеристики механической и воспалительной боли

Неосложненная механическая боль	Воспалительная боль
Зависит от физической активности (уменьшение после отдыха)	Возникает в период покоя, сопровождается скованностью
«Стартовые» боли	Физические упражнения уменьшают скованность, но не боль
Рецидивирующее течение	Течение без спонтанных ремиссий
Возраст: чаще пожилой	Возраст дебюта любой
Боль локализуется в 1–2 суставах	Боль локализуется в любом суставе или группе суставов
Нормальное общее состояние	Ухудшение общего состояния
Хороший ответ на НПВП и анальгетики	Ответ на НПВП кратковременный, часто недостаточный. Хороший ответ на глюкокортикоиды
Относительно благоприятный прогноз	Прогноз неблагоприятный (частая инвалидизация)

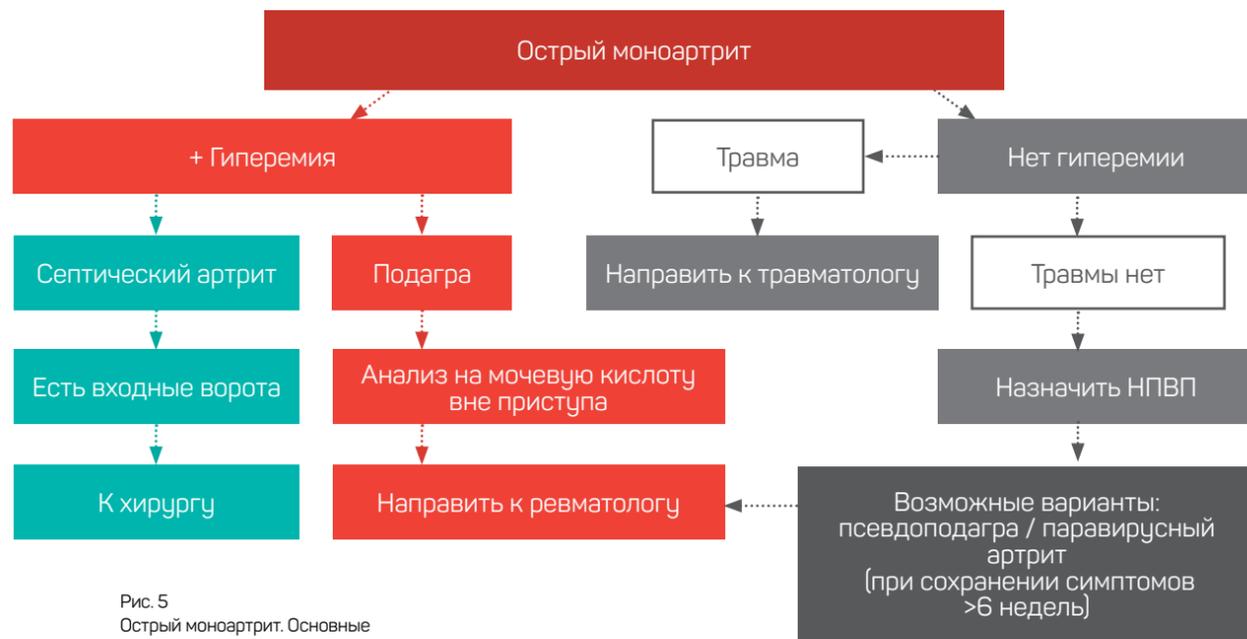


Рис. 5
Острый моноартрит. Основные подходы к диагностике

Таблица 7

Острый дебют суставного синдрома

Острый моноартрит	Острый олигоартрит	Острый полиартрит
Инфекционный артрит	Пара-/постинфекционный артрит	Острая ревматическая лихорадка
Подагра	Урогенные реактивные артриты	Острый саркоидоз
Псевдоподагра		РА (редко)
Посттравматический артрит		

Таблица 8

Хронический дебют суставного синдрома

Хронический моноартрит	Хронический олигоартрит	Хронический полиартрит
Туберкулез	ЮХА, РА	ЮХА, РА
ЮХА, РА (редко)	Диффузные болезни соединительной ткани	Диффузные болезни соединительной ткани
Псориатический артрит	Серонегативные спондилоартропатии	Серонегативные спондилоартропатии
Реактивный артрит		Псориатический артрит

вого режима (при подагре), перенесенные какие-либо инфекционные заболевания за 3–4 недели до начала суставного синдрома.

В табл. 7 приведены наиболее частые заболевания, сопровождающиеся острым дебютом суставного синдрома, а на рис. 5–7 — основные подходы к их диагностике.

При хроническом болевом синдроме заболевания совсем иные (табл. 8, рис. 8).

5 ПРАВИЛО

Определение семиотики поражения:

/ суставного: симметричность, асимметричность, моно-/олиго-/полиартрит, мелкие или крупные суставы;

/ внесуставного: СОЭ, СРБ, РФ, АЦП, АНФ;

/ проведение инструментальных исследований: рентген, УЗИ.

Семиотика суставного поражения:
 / ревматоидный артрит: симметричный полиартрит; поражение проксимальных межфаланговых, пястно-/плюснефаланговых, лучезапястных суставов, может быть артрит крупных суставов;



Рис. 6
Острый олигоартрит. Основные подходы к диагностике



Рис. 7
Острый полиартрит. Основные подходы к их диагностике



Рис. 8
Хронический моноартрит. Основные подходы к диагностике

/ псориатический артрит: моноартрит коленного сустава, асимметричный олигоартрит крупных суставов (чаще нижних конечностей), артриты дистальных межфаланговых суставов, симптом «дактилита»;

/ реактивный артрит — моноартрит или асимметричное поражение крупных суставов (преимущественно нижних конечностей);

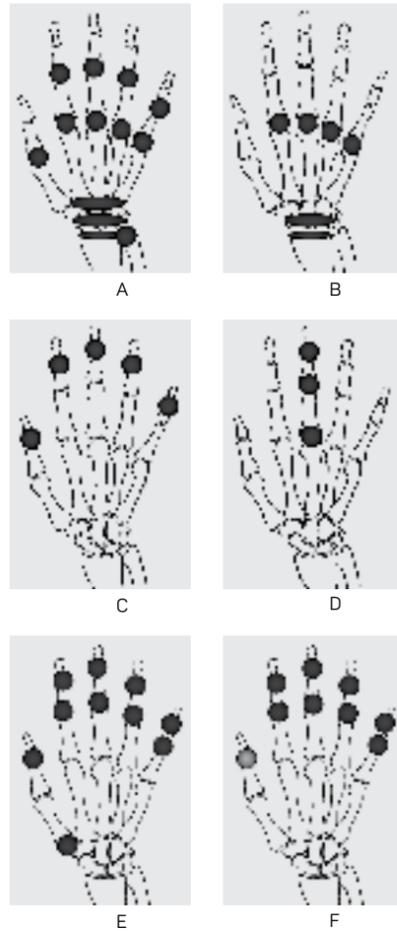


Рис. 9
Поражение мелких суставов:
А — локализация поражения мелких суставов кистей при РА;
В — при гемохроматозе;
С — локализация поражения мелких межфаланговых суставов при псориатическом артрите;
D — дактилит;
Е — локализация поражения суставов кистей при ОА;
F — локализация поражения суставов кистей при эрозивном ОА

/ остеоартрит — либо моно-/олигоартикулярное поражение, либо узелковое поражение дистальных и проксимальных межфаланговых суставов;

/ кристаллическая артропатия — острый моноартрит (с гиперемией).

Поражение дистальных фаланг наблюдается либо при остеоартрите, либо при псориатической артропатии. Остальные мелкие суставы — это либо ревматоидный артрит, либо дебют любого диффузного заболевания соединительной ткани (рис. 9).

Семиотика внесуставных проявлений:

- / конституциональные изменения (снижение веса, повышение температуры тела, лимфаденопатия, анемия);
- / серозиты;
- / узелковые образования;
- / поражение кожи и слизистых;

/ гепато-/спленомегалия. Клинически значимые сопутствующие заболевания: артериальная гипертензия, гиперстеническое телосложение, мужской пол — подумать о подагре.

6 ПРАВИЛО
При полиартралгиях выявить факторы, указывающие на возможный риск развития ревматоидного артрита (табл. 9).

При наличии 4-х признаков в 94% развивается ревматоидный артрит, показана консультация ревматолога. Если 5, 6 и более признаков, то в 100% развивается ревматоидный артрит и нужно сразу направлять к ревматологу.

Исход РА лучше, если пациенты лечатся у ревматолога (ранг III). Задержка начала терапии >12 месяцев снижает вероятность благоприятного прогноза. РФ+, ОФО, эрозии ассоциируются с

Таблица 9

EULAR определение артралгий как риск развития РА

Параметры, которые должны быть у больного с артралгиями без клиники артритов и при отсутствии других заболеваний или причин для артралгий	
Анамнез	Осмотр
Недавнее начало симптомов (<1 года)	Затруднения при сжатии кулака
Локализация симптомов в мелких суставах	Положительный тест сжатия суставов кисти (стоп)
Длительность утренней скованности ≥60 мин	
Наибольшая выраженность в утренние часы	
Наличие 1 стадии относительно РА	

Чувствительность и специфичность наличия артралгий как риска РА при экспертизе клинически подозрительных артралгий		
Число выявленных параметров	Чувствительность, %	Специфичность, %
≥1	100	14,1
≥2	98,4	53,8
≥3	90,2	74,4
≥4	70,5	93,6
≥5	32,8	100
≥6	16,4	100
≥7	1,6	100

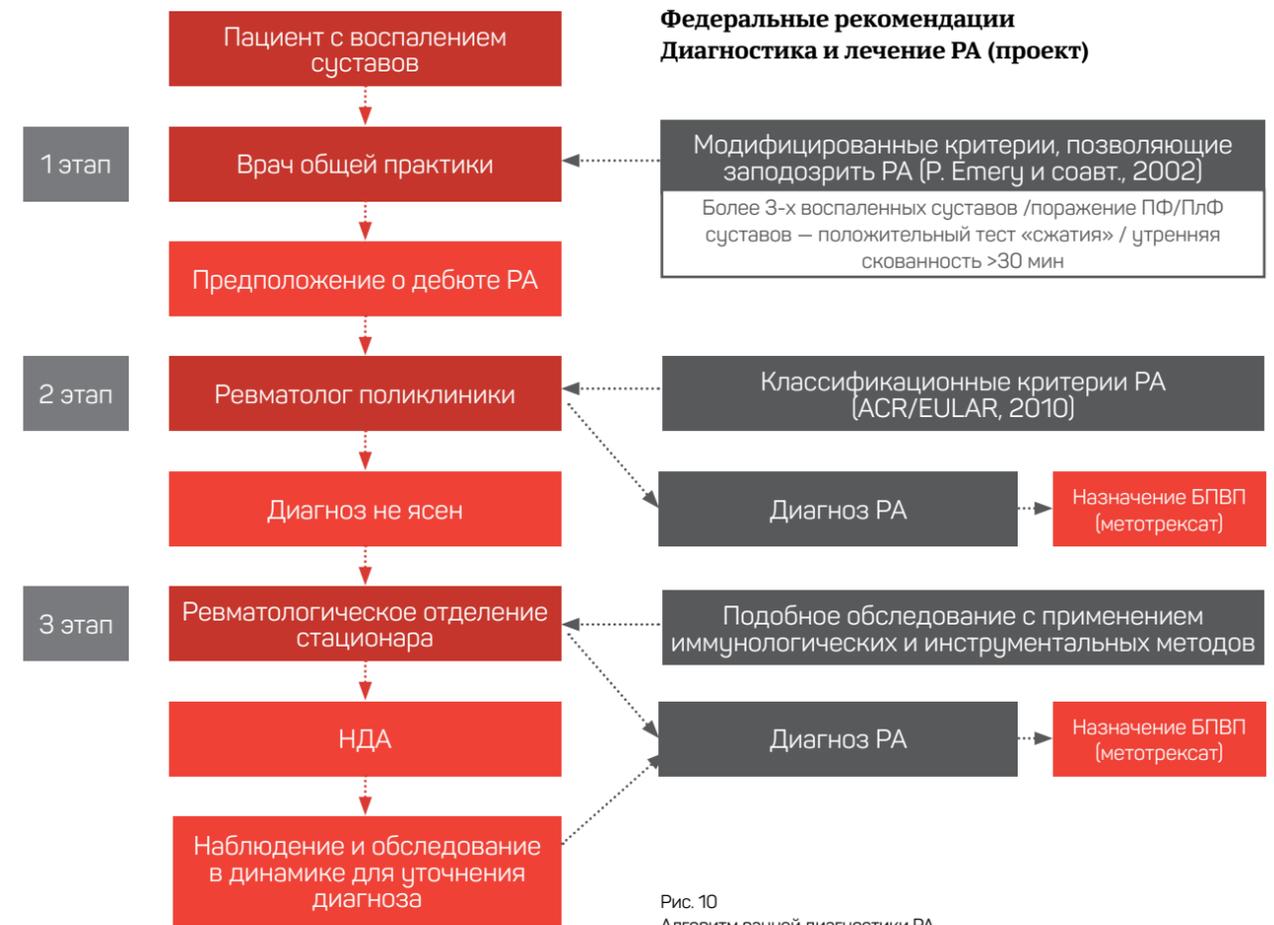


Рис. 10
Алгоритм ранней диагностики РА

неблагоприятным прогнозом, но их отсутствие не исключает диагноз (ранг III). Прием НПВП маскирует симптомы.

Помимо критериев Европейской антиревматической лиги (EULAR), можно использовать облегченные критерии: наличие 3-х воспаленных суставов в определенной локализации (мелкие суставы кистей/стоп), утренняя скованность и положительный тест сжатия дают право предположить дебют ревматоидного артрита и направить к ревматологу.

Алгоритм ранней диагностики РА представлен на рис. 10.

У каждого больного с ранним артритом следует определить предикторы персистенции активности и эрозивной болезни, для чего нуж-

Наличие трех воспаленных суставов в определенной локализации (мелкие суставы кистей/стоп), утренняя скованность и положительный тест сжатия дают право предположить дебют ревматоидного артрита и направить к ревматологу



Рис. 11
Алгоритм дифференциального поиска при артралгиях

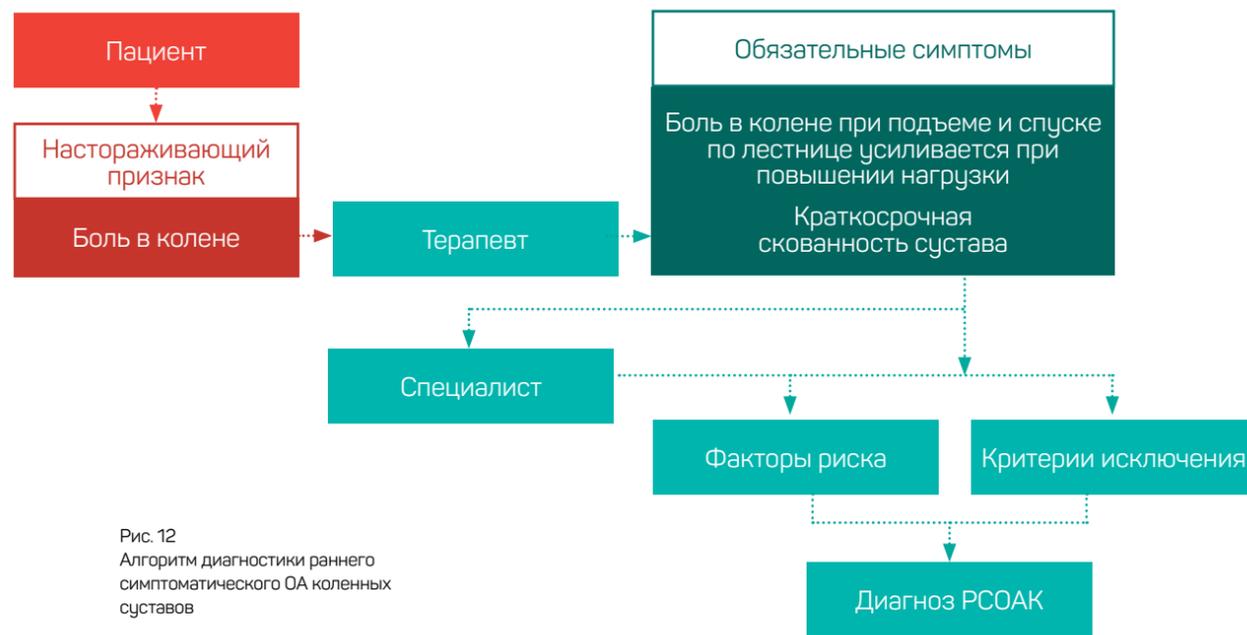


Рис. 12
Алгоритм диагностики раннего симптоматического ОА коленных суставов

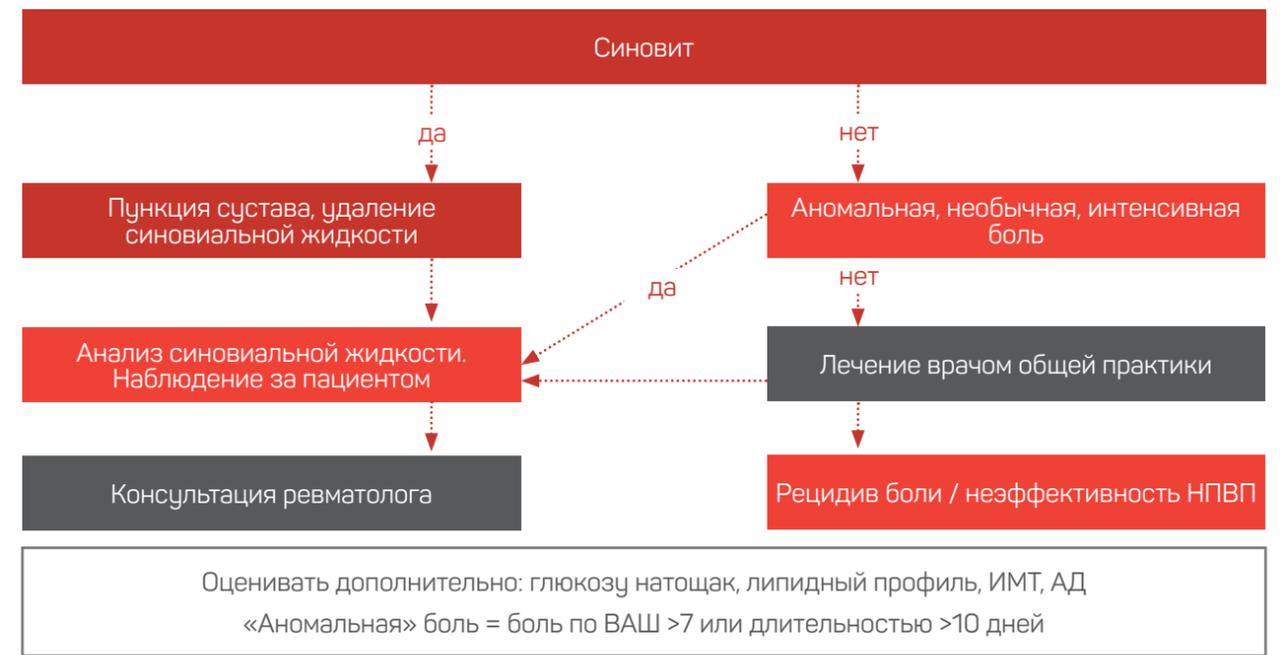


Рис. 13
Алгоритм ведения пациентов с ОА коленных суставов

но оценить число припухших и болезненных суставов, исследовать СОЭ, СРБ, РФ и анти-ЦЦП, произвести рентгенографию мелких суставов кистей и стоп (рис. 11).

7 ПРАВИЛО

При ведении больных остеоартритом необходимо выявлятьстораживающие признаки, указывающие на развитие осложненного течения заболевания (рис. 12–14).

Для ведения пациентов с ОА коленных суставов по алгоритму установлены критерии:

- / боль в коленном суставе;
- / возраст старше 50 лет;
- / остеофиты и/или сужение суставной щели на рентгенограмме (давность <6 мес.).

8 ПРАВИЛО

Нельзя назначать глюкокортикоиды при отсутствии достоверного нозологического диагноза. Даже при установленном диагнозе ревматического заболевания назначение глюкокортикоидов осуществляется только ревматологами.

Нельзя назначать глюкокортикоиды при отсутствии достоверного нозологического диагноза. Даже при установленном диагнозе ревматического заболевания назначение глюкокортикоидов осуществляется только ревматологами

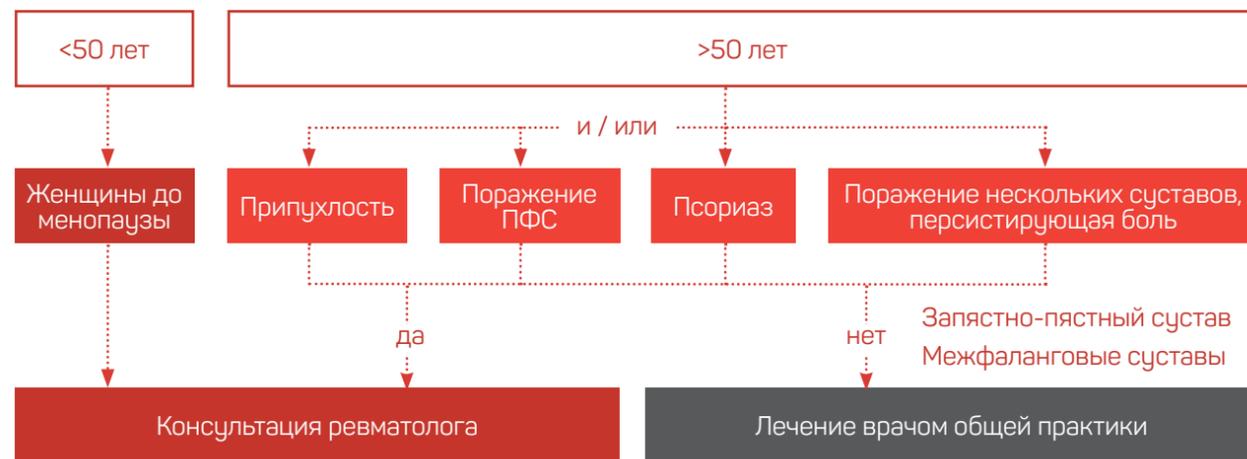


Рис. 14
Алгоритм ведения пациентов с ОА суставов кистей

9 ПРАВИЛО

На время дифференциально-диагностического поиска возможно назначение симптоматических обезболивающих и противовоспалительных препаратов с учетом факторов риска развития нежелательных явлений, в первую очередь со стороны желудочно-кишечного тракта и сердечно-сосудистой системы.

Рекомендации 2017 года по применению НПВП:

- / применять в наименьших, но достаточных для подавления боли дозах;
- / обращать внимание на фармакологические свойства, отдавать предпочтение быстродействующим препаратам:
 - _ при поражении ЖКТ избегать высокоселективных ингибиторов ЦОГ-1;
 - _ при поражении сердечно-сосудистой системы избегать высокоселективных ингибиторов ЦОГ-2;
 - _ назначать аспирин не менее чем за 2 часа до приема НПВП;
- / при необходимости использовать гастропротекторы, контролировать сердечно-сосудительные факторы риска;

/ с особой осторожностью использовать НПВП при наличии хронических заболеваний почек, застойной сердечной недостаточности и тяжелой артериальной гипертензии: назначать НПВП не ранее чем через 3–6 месяцев после острых сердечно-сосудистых осложнений.

10 ПРАВИЛО

Не назначать необоснованно лабораторное и инструментальное обследование.

Не нужно назначать:

- / при отрицательном АНФ исследование антиядерных антител;
- / тест на Лайм-боррелиоз при отсутствии анамнеза и соответствующих клинических симптомов;
- / МРТ для рутинного мониторинга воспалительных артритов;
- / денситометрию чаще, чем раз в 2 года (при выявленном остеопорозе и проведении терапии возможно раз в 12 месяцев);
- / исследование HLA B27 при отсутствии клинических признаков, позволяющих заподозрить спондилоартрит (воспалительные боли в спине, моно-/олигоартрит суставов нижних конечностей, дактилит, увеит, энтезит);

/ инструментальное обследование у пациентов с болями в спине в течение первых 6 недель, если отсутствуют угрожающие клинические проявления (red flags);

/ сканирование костей (сцинтиграфию) для скрининга периферического или аксиального артрита.

Литература

1. A. Braun et al. Rheumatology. 2013. 52:1418-1424.
2. Ann. Rheum. Dis. 2017. 76:491-496. doi:10.1136/annrheumdis-2016-209846.
3. Emery P. Early referral recommendation for newly diagnosed rheumatoid arthritis: evidence based development of a clinical guide / P. Emery, F. C. Breedveld, M. Dougados [et al.] // Ann. Rheum. Dis. 2002. Vol. 61, N. 4. P. 290-297.
4. Martel-Pelletier J., Maheu E., Pelletier J.P., Alekseeva L. et al. A new decision tree for diagnosis of osteoarthritis in primary care: international consensus of experts // Aging. Clin. Exp. Res. 2018 Dec 11. doi: 10.1007/s40520-018-1077-8.

□



издательский дом **Лидер Мнений**

Визуальные решения ваших идей

Издательский дом «Лидер Мнений» производит печатную продукцию для компаний и мероприятий. Привилегии докторам и кафедрам при заказе научной литературы и материалов для научных конференций.

Дизайн, редакция, корректура, верстка, печать и доставка:

монографии / книги / журналы / отчеты / буклеты / брошюры / корпоративный стиль / сувенирная продукция / календари / банеры / корпоративная пресса / POS-материалы

Звонить: +7 926 317 44 45
+7 903 966 92 72

Писать: opinionleaderjournal@gmail.com

ОСНОВНЫЕ НЕВРОЛОГИЧЕСКИЕ СИНДРОМЫ В АМБУЛАТОРНОЙ ПРАКТИКЕ

Сегодня большинство пациентов врачей общей практики — это больные с сосудистой патологией, включающей неврологические проблемы. Но современные терапевты плохо знают неврологию, да и времени для качественного опроса, осмотра и анализа клинических данных у терапевта недостаточно. Следовательно, врач поликлиники должен уметь выделять ситуации, когда не нужно заниматься пациентом самостоятельно, а, не теряя времени, направить его к неврологу

Выдающийся невролог современности академик Александр Моисеевич Вейн говорил, что нужно заниматься междисциплинарной медицинской практикой, а не делить человека по частям, попадающим в поле зрения узких специалистов. Сегодня нет болезней узкого профиля, болезней какого-то отдельного органа или системы. Человек един и представляет собой сложный организм, все части которого взаимосвязаны, поэтому для лечения необходим системный, целостный подход. Эти мысли воплотились в жизнь: появились врачи общей практики, они занимаются коморбидными пациентами, большинство которых представлено больными с сосудистой патологией, включающей неврологические проблемы. Однако, как отметил выдающийся интернист академик РАН В. С. Моисеев, на сегодняшний день сложилась такая ситуация, что «современные терапевты плохо знают неврологию

по той причине, что она дистанцировалась, отделилась от терапии, пустившись в самостоятельное плавание».

Часто в поликлинике можно видеть больных, посещающих один кабинет за другим в надежде получить необходимую помощь, и врачей, которые, испытывая диагностические трудности, не знают, куда им направить пациентов и с чего начать. Среди причин сложившейся ситуации можно выделить отсутствие достаточного времени для качественного опроса, осмотра и анализа клинических данных, невозможность в силу объективных обстоятельств обсуждения проблем с коллегами. Это обуславливает назначение многочисленных исследований и нередко ненужных лекарственных препаратов, что в конечном счете удлиняет время постановки правильного диагноза. Следовательно, врач поликлиники должен уметь выделять ситуации, когда не нужно заниматься пациентом самостоятельно, а, не теряя времени, направить его к неврологу.



**Данилов
Андрей
Борисович**

д. м. н.,
профессор кафедры
нервных болезней
ИПО Первого МГМУ
им. И. М. Сеченова,
Москва

Цель данной статьи — помочь врачу быстро разобраться со сложным в диагностическом плане пациентом и обозначить принципиально важные неврологические проблемы, при встрече с которыми врач должен четко понимать, как ему действовать



**Вёрткин
Аркадий
Львович**

заслуженный деятель
науки РФ, д. м. н.,
профессор, заведующий
кафедрой терапии,
клинической
фармакологии и скорой
медицинской помощи
ФГБОУ ВО МГМСУ
им. А. И. Евдокимова,
Москва



**Силина
Елена
Геннадиевна**

к. м. н., доцент кафедры
терапии, клинической
фармакологии и скорой
медицинской помощи
ФГБОУ ВО МГМСУ
им. А. И. Евдокимова,
Москва

Цель данной статьи — помочь врачу быстро разобраться со сложным в диагностическом плане пациентом и обозначить принципиально важные неврологические проблемы, при встрече с которыми врач должен четко понимать, как ему действовать.

Выделяют 15 основных неврологических синдромов, при выявлении которых терапевту следует направить пациента к неврологу:

- / Боль в спине
- / Временная потеря сознания
- / Внезапное головокружение
- / Острый вестибулярный синдром
- / Внезапная слабость в конечности или асимметрия лица
- / Нарушения речи
- / Боль и онемение в лице
- / Неустойчивость, пошатывание
- / Нарушения памяти
- / Онемение
- / Нарушения сна
- / Нарушения позы головы или шеи
- / Затруднения при письме
- / Непроизвольные движения
- / Тремор

БОЛЬ В СПИНЕ

Боль в спине — одна из самых частых ситуаций на приеме у врача. В России с этой жалобой пациенты традиционно обращаются к терапевтам, врачам общей практики и неврологам. В зарубежных странах существует другая статистика, так как боль в спине в подавляющем числе случаев не является неврологической проблемой.

На рис. 1 представлен алгоритм, который отражает необходимые действия врача при данном синдроме. Согласно алгоритму, когда на прием приходит пациент с болью в спине, в первую очередь нужно исключить так называемые «красные флаги», представляющие угрозу здоровью и жизни больного, что требует срочно направить пациента к профильному специалисту для оказания специализированной медицинской помощи.

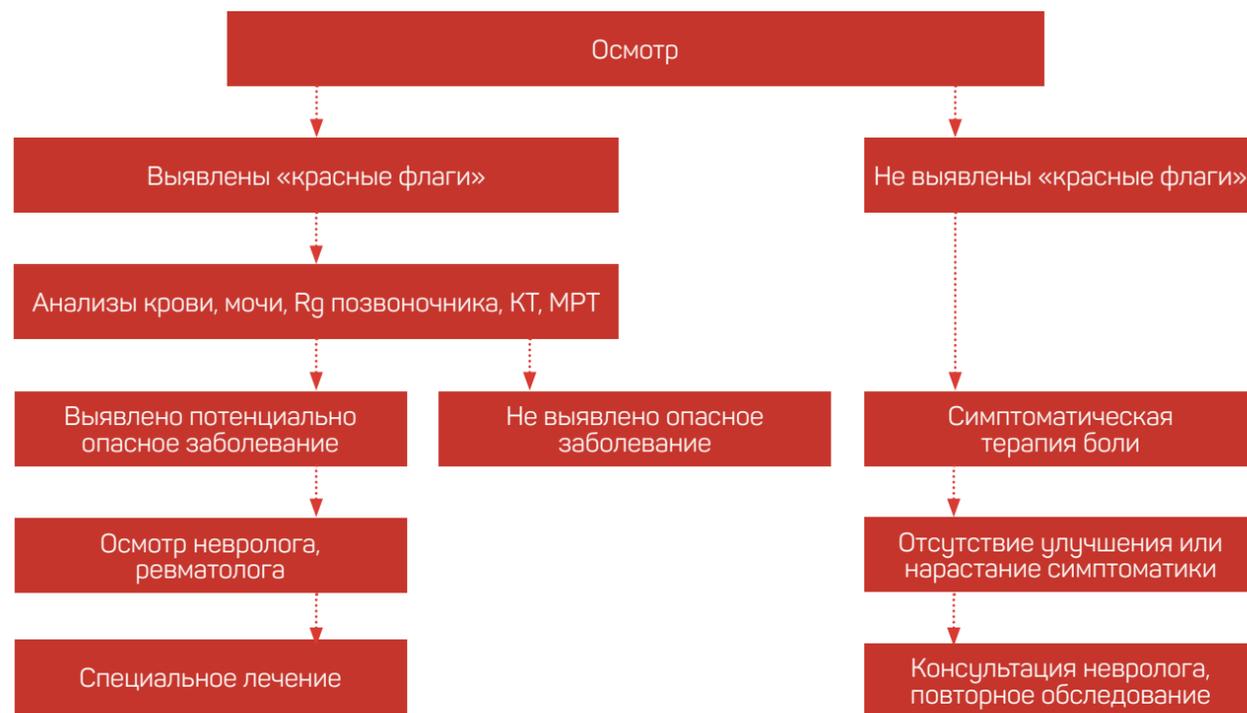


Рис. 1
Алгоритм при боли в спине

Таблица 1

Анализ жалоб и анамнестических сведений при боли в спине

Вопросы	Возможная патология	Диагностические мероприятия
Связано ли появление боли в спине с травмой (особенно важно у женщин в менопаузе)?	Перелом позвоночника и/или остеопороз	Рентгенография, консультация травматолога, эндокринолога
Сопровождается ли боль в спине интенсивной болью на протяжении всей ноги, ощущением онемения пальцев стопы, слабостью в конечности, недержанием мочи и кала?	Люмбоишалгия, стеноз позвоночного канала, синдром «конского хвоста»	Консультация невролога
Имеется ли лихорадка, лимфаденопатия, лейкоцитоз, повышение СОЭ и С-реактивного белка?	Септический процесс или онкологическое заболевание	Обследование для исключения инфекционного или онкологического заболевания
Предшествовали ли появлению боли хирургические вмешательства, повторные инъекции препаратов (в том числе у лиц с наркотической зависимостью)? Есть ли признаки иммунодефицита на фоне инфекционного заболевания (ВИЧ-инфекция), проводилась ли химиотерапия?	Септический процесс (дисцит, туберкулез, остеомиелит позвоночника)	Обследование для исключения инфекционного заболевания
Имеются ли онкологические заболевания в анамнезе? Отмечается ли немотивированное похудание, анемия, лихорадка?	Онкологическое заболевание	Онкопоиск, консультация онколога
Появился болевой синдром в раннем возрасте (до 25 лет), боль в спине продолжительная, носит воспалительный характер: усиливается в состоянии покоя и ночью, особенно под утро, не уменьшается после отдыха, но снижается после нагрузки (разминки)?	Спондилит (в частности, анкилозирующий спондилит и др.)	Консультация ревматолога, рентгенография позвоночника, КТ, МРТ
Имеются ли признаки висцерального заболевания, которое может проявляться острой болью в спине (панкреатит, язва желудка или двенадцатиперстной кишки, почечная колика, аневризма аорты, заболевания малого таза и др.)?	Соответствующая висцеральная патология	УЗИ, ЭГДС, КТ для диагностики соответствующего висцерального поражения, консультация узкого специалиста

«Красные флаги»:

- / связь боли в спине с предшествующей травмой;
- / иррадиация боли в ногу, ощущение онемения пальцев стопы, слабости конечности, появление недержания мочи и кала;
- / сочетание боли с лихорадкой, лейкоцитозом, лимфаденопатией, ускорением СОЭ, повышением уровня С-реактивного белка;
- / немотивированное похудение, анемия, лихорадка;
- / появление боли в молодом возрасте, ее продолжительность и воспалительный характер: усиление в покое, особенно ночью и под утро, уменьшение при физической нагрузке (разминке);
- / наличие в анамнезе заболеваний, которые также могут сопровождаться острой болью в спине.

Необходимо очень внимательно подходить к диагностике основного заболевания, и начинать ее нужно не с рентгенологического исследования, не с установки диагноза «остеохондроз», а с оценки имеющихся клинических симптомов. Например, боль только в ночное время, повышение температуры тела, анемия, ускорение СОЭ — проявления опасных заболеваний, часто приводящих к летальным исходам.

Тщательное изучение жалоб, анамнеза, осмотр пациента в сочетании с данными стандартных лабораторных тестов — клинического анализа крови, включая обязательное определение СОЭ, и анализа мочи — остаются основой стартовой диагностики пациента с болью в спине.

В случае если «красные флаги» исключены, предложен «мультидоменный скрининговый подход», подразумевающий проведение оценки боли и состояния пациента для создания персонализированной программы терапии, основанной на биопсихосоциальном анализе. В этом случае для успешной

диагностики причины хронической или рецидивирующей боли недостаточно ограничиться выполнением рентгенологического исследования, МРТ или анализа крови, а необходимо провести углубленный анализ боли и особенностей социального статуса конкретного пациента. Помочь врачу поликлиники быстро справиться с поставленной задачей в сжатые сроки амбулаторного приема призваны домены, разработанные на кафедре нервных болезней Первого МГМУ им. И. М. Сеченова. Это система коротких вопросов и тестов, характеризующих рисунок боли, что в конечном итоге способствует подбору адекватной терапии. В настоящее время для проведения программы персонализированной терапии предложено 10 доменов: 5 для оценки фенотипа боли и 5 — для оценки социального статуса пациента (рис. 2). Для правильного выбора препарата или комбинации лекарственных средств задачей врача является уточнение участия («вклада») каждого домена в формировании ощущения боли.

Например, если мы приходим к выводу, что боль связана с воспалением, то препараты выбора — нестероидные противовоспалительные препараты (НПВП), потому что именно они действуют на механизмы воспаления, особенно остро. При хроническом воспалении на первый план выходят хондропротекторы, действующие на цитокины, активирующиеся при хронической боли.

При мышечном спазме необходимы миорелаксанты.

При миофасциальном синдроме показан комплекс мероприятий: блокада триггерных точек, сухая пункция, тейпирование, массаж, мануальная терапия.

Центральная сенситизация имеет очень сложный механизм и представляет собой гиперчувствительность центральных сенсорных ней-

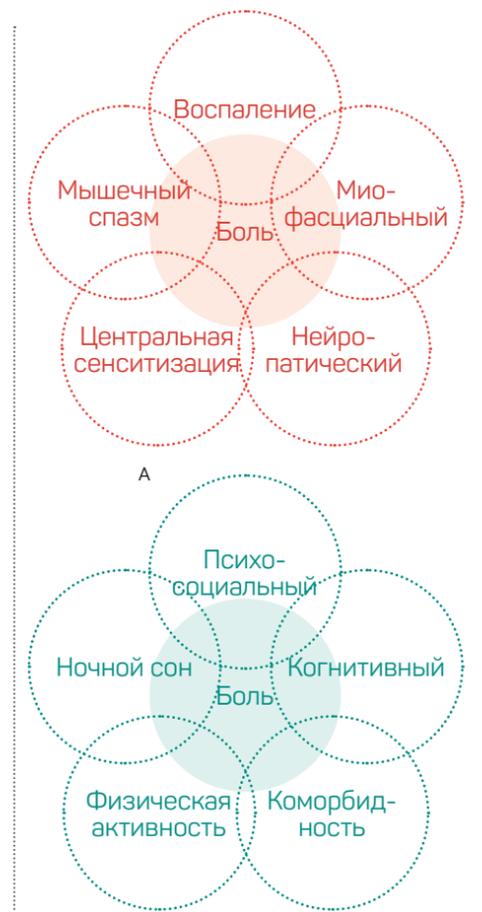


Рис. 2
Программа персонализированной терапии:
А — домены фенотипа боли;
В — домены статуса пациента

ронов (аллогения, гипералгезия, гиперпатия). В фармакотерапии этого домена используют такие препараты, как прегабалин, габапентин, которые закрывают кальциевые каналы, уменьшают выброс медиаторов боли, снижают возбудимость центральных сенсорных нейронов.

Нейропатический домен (радикулопатия) представлен болью, связанной с компрессией/повреждением нервных волокон. Для диагностики этого домена важно наличие определенной клинической картины в сочетании с объективными симптомами, выявляемыми при осмотре.

Изолированное головокружение без перечисленных неврологических нарушений является симптомом более 80 заболеваний и представляет собой междисциплинарную проблему

Характеристика боли, ассоциированной с радикулопатией:

- / жгучая, простреливающего характера, напоминающая «удар током», с иррадиацией в стопу;
- / сочетание боли с другими неврологическими симптомами (например, ощущением покалывания, онемением, слабостью мышц);

- / характерно распространение боли по соответствующим дерматомам.

Объективные признаки, выявляемые при осмотре пациента:

- / неврологические симптомы: гипестезия (снижение различных видов чувствительности: температурной, болевой, тактильной и др.);
- / провокация боли с помощью двигательных тестов (например, симптом Ласега, который считается положительным в случае возникновения болезненности при медленном подъеме вытянутой ноги в положении больного на спине, связанной с натяжением седалищного нерва).

Оценка составляющих домена социального статуса пациента, таких как психосоциальные факторы, продолжительность и качество ночного сна, физическая активность, когнитивные функции, наличие коморбидной патологии, особенно

в случае их коррекции, также помогает ликвидации хронического болевого синдрома.

Таким образом, персонифицированная программа лечения боли предусматривает индивидуальный подход.

ВРЕМЕННАЯ ПОТЕРЯ СОЗНАНИЯ

Кратковременная потеря сознания может быть обусловлена множеством причин, которые находятся в компетенции разных специалистов: кардиологов, терапевтов, неврологов, эндокринологов, гинекологов и др., однако частой причиной обмороков могут быть неврологические заболевания.

Так, обязательным показанием к консультации невролога являются приступы потери сознания, сопровождающиеся признаками, характерными для эпилепсии (внезапное начало, судороги, прикус языка, упускание мочи, дезориентация). Кратковременной потерей сознания может проявляться транзиторная ишемическая атака (ТИА). Следует отметить, что судорожные подергивания могут быть у больных с вазовагальными обмороками, возникающими на фоне эмоционального стресса, ортостатической нагрузки. Такие больные в консультации невролога не нуждаются.

Учитывая факт, что потеря сознания до выяснения ее причины представляет угрозу жизни пациента, необходима обязательная консультация невролога.

ВНЕЗАПНОЕ ГОЛОВОКРУЖЕНИЕ

Направление к неврологу требует внезапно возникающее головокружение в сочетании с очаговыми неврологическими нарушениями, такими как атаксия, глухота, вертикальный или вращательный нистагм и др., что может быть проявлением ТИА или инсульта.

Следует отметить, что изолированное головокружение без перечисленных неврологических нарушений является симптомом более 80 заболеваний и представляет собой междисциплинарную проблему, которой занимаются врачи самых разных специальностей: терапевты, отоларингологи, отоневрологи, нейрохирурги и др. Это связано еще и с тем, что под словом «головокружение» пациент часто понимает совсем другие ощущения, например пошатывание и неустойчивость.

ОСТРЫЙ ВЕСТИБУЛЯРНЫЙ СИНДРОМ

Как правило, является проявлением периферического головокружения и связан с вестибулярным нейронитом, однако в редких случаях этот синдром (головокружение, тошнота, рвота, неустойчивость походки (дисбазия)) может быть проявлением инсульта. Поэтому у взрослых с внезапно возникшим острым вестибулярным синдромом следует выполнить тест HINTS, не пытаясь самостоятельно назначать какие-либо симптоматические лекарственные препараты. Если он окажется положительным, требуется немедленное проведение нейровизуализации и консультация невролога для исключения инсульта.



A



B



C

Рис. 3
Тест на постуральную реакцию после коротких толчков:
А, В, С — различные типы ответа на неожиданный толчок;
С — патология

ВНЕЗАПНАЯ СЛАБОСТЬ В КОНЕЧНОСТИ И АСИММЕТРИЯ ЛИЦА

Внезапно возникшая или нарастающая асимметрия лица в сочетании со слабостью в руке и нарушением речи в первую очередь требуют исключить инсульт. Для подтверждения диагноза при выявлении самых ранних признаков болезни достаточно провести очень простые тесты:

- / Лицо выглядит необычно? — Попросите больного улыбнуться.
- / Речь звучит странно? — Попросите больного повторить фразу.
- / Одна рука падает вниз? — Попросите больного поднять обе руки.

При подозрении на инсульт необходимо срочно направить больного на нейровизуализацию и к неврологу. Асимметрия одной половины лица может наблюдаться при поражении лицевого нерва (невропатия), которое возникает внезапно и может сопровождаться другими симптомами: глазная щель на пораженной стороне не закрывается, вода и жидкая пища выливаются изо рта, наблюдаются слезотечение и нарушение вкуса. Очень важно немедленно направить больного к неврологу, потому что лечение, начатое позднее 3-х суток от начала заболевания, может быть неэффективным, что грозит не только асимметрией лица, но и офтальмологическими проблемами (конъюнктивитами, кератитами и даже утратой зрения).

Медленно прогрессирующее поражение лицевого нерва наблюдается при онкологическом поражении головного мозга (например, при опухоли мостомозжечкового угла).

НАРУШЕНИЯ РЕЧИ

Могут иметь разные проявления: афазия, алалия, брадилалия, дизартрия, дизорфография, дисграфия, дислексия, дислалия и др. У взрослых они практически всегда свидетельствуют о различных не-

врологических заболеваниях. Так, внезапное нарушение речи может быть связано с транзиторной ишемической атакой или являться ранним признаком инсульта, а прогрессирующее — проявлением бокового амиотрофического склероза. Поэтому в случае этого серьезного неврологического синдрома требуется обязательно направить больного к неврологу.

БОЛЬ И ОНЕМИЕ В ЛИЦЕ

Если боль в лице интенсивная, проявляется в виде приступов длительностью от 3 до 30 секунд, возникает при разговоре или провоцируется прикосновением, то вероятный диагноз — невралгия тройничного нерва (тригеминальная невралгия). Эта самостоятельная неврологическая проблема часто связана с компрессией сосудов корешка тройничного нерва.

У пожилых пациентов при гиперчувствительности кожи в височной области, нарушениях жевания и ускорении СОЭ можно заподозрить височный артериит, который часто путают с мигренью. Необходимо выполнить анализ крови с оценкой СОЭ и направить больного к неврологу для исключения этой патологии. Следует отметить, что нормальная СОЭ не исключает диагноза «гигантоклеточный артериит».

Боль и онемение в лице в сочетании с другими неврологическими нарушениями (асимметрия лица, нарушения движения глаз и др.) требуют проведения срочной нейровизуализации с целью исключения онкологического заболевания.

НЕУСТОЙЧИВОСТЬ, ПОШАТЫВАНИЕ (ДИСБАЗИЯ)

Внезапно возникшие и нарастающие неустойчивость и пошатывание — опасный сигнал, который может свидетельствовать о ТИА или инсульте, в связи с чем требуется срочно направить пациента к неврологу.

К неврологическим симптомам относится также постепенно нарастающая неустойчивая походка, свидетельствующая об алкогольной полинейропатии, V_{12} -дефицитной анемии и нормотензивной гидроцефалии. Такие больные также нуждаются в консультации соответствующего специалиста.

При жалобах на неустойчивость рекомендован тест на постуральную реакцию после коротких толчков (см. рис. 3).

НАРУШЕНИЯ ПАМЯТИ

Прогрессирующее нарушение памяти, как правило, сопровождается ухудшением и других когнитивных функций (язык, числовые навыки, последовательность движений). В силу ограничения времени врач на амбулаторном приеме не может уделить этой проблеме должное внимание, однако коррекция данного симптома наиболее перспективна на ранних этапах.

Для быстрой оценки когнитивных функций целесообразно использовать тест «рисование часов» (рис. 4).

ОНЕМЕНИЕ

Как правило, жалоба на онемение конечностей не вызывает серьезного беспокойства врача, однако этот симптом может быть проявлением следующих неврологических заболеваний:

- / эпилепсии (при повторяющихся эпизодах кратковременного онемения длительностью до 2 минут);
- / туннельного синдрома (при постоянном онемении в сочетании с болью в одном месте) (рис. 5);
- / полинейропатии (при постоянном онемении в ногах и руках по типу «носков» и «перчаток»), в том числе полиневропатии Гийена — Барре в случае нарастающего онемения в ногах (часы — дни) в сочетании со слабостью.



Рис. 4
Тест «рисование часов» у пациентов различной тяжести состояния (время — 11:10):
А — норма;
В — легкая деменция;
С — деменция средней тяжести;
D — тяжелая деменция



Рис. 5
Сдавление срединного нерва на уровне запястья проявляется болью или онемением

Таким образом, при жалобах на онемение больного обязательно требуется направить к неврологу.

НАРУШЕНИЯ СНА

Консультация невролога показана при следующих видах нарушений сна:

- / выраженная дневная сонливость (нарколепсия);
- / расстройства поведения во сне (парасомнии: сомнамбулизм, ночные кошмары и др.);
- / выявление симптомов, свидетельствующих об эпилептических приступах во сне.

НАРУШЕНИЯ ПОЗЫ ГОЛОВЫ ИЛИ ШЕИ

Нарушения позы головы и шеи, затруднения при письме и непроизвольные движения, не связанные с травмами и/или мышечно-скелетной патологией — синдромы проявления дистоний. Эта очень интересная группа заболеваний, связанных с поражением центральной нервной системы, характеризуется непрерывными непроизвольными мышечными сокращениями, часто вызывающими «скручивание» пораженной части тела и формированием патологических поз. Еще совсем недавно больным с кривошеей (форма фокальных дистоний) устанавливался диагноз «остеохондроз» с последующим назначением соответствующей неэффективной терапии. В настоящее время эта патология поддается коррекции, поэтому пациенты с дистониями обязательно должны быть направлены к неврологу.

ЗАТРУДНЕНИЯ ПРИ ПИСЬМЕ

Затруднения при письме — «писчий спазм» — еще одна из форм фокальной дистонии. «Писчий спазм» возникает только при активном письме, после написания нескольких слов или строчек. При этом пальцы сковываются и принимают необычную позу, письмо становится невозможным. Нарушение может ограничиваться только одной рукой. Аналогичная патология встречается и при печатании. Сегодня это сложнейшее центральное регуляторное расстройство поддается лечению. Затруднения

при письме также характерны для болезни Паркинсона.

Таким образом, к неврологу направляются пациенты, у которых нарушение положения руки при письме и нарушение почерка не связано с мышечно-скелетной патологией.

НЕПРОИЗВОЛЬНЫЕ ДВИЖЕНИЯ

Непроизвольные движения в лице, конечностях и туловище — трудная диагностическая задача как для терапевтов, так и для неврологов. Тем не менее при их выявлении необходимо задуматься о специфических заболеваниях (фокальные или генерализованные дистонии) и направлять больных к неврологу.

ТРЕМОР

Тремор — это ритмические, быстрые сокращения мышц туловища или конечностей непроизвольного характера. Возникает тремор при нарушении вегетативного обеспечения, нарушениях метаболизма и при поражении центральной нервной системы. Следует различать эссенциальный («автономный») тремор, который в клинической практике встречается чаще, и тремор при болезни Паркинсона.

Эссенциальный тремор усиливается при движении, а тремор при болезни Паркинсона, наоборот, сильнее в покое и исчезает (либо значительно уменьшается) с началом действий. Кроме этого, при болезни Паркинсона тремор вначале может казаться изолированным симптомом и, как правило, начинается с рук. Позже присоединяется тремор головы.

Необходимо проводить дифференциальную диагностику этих состояний, так как они имеют разную природу и, соответственно, разные подходы к лечению.

Тремор может возникать у практически здоровых людей при волнении, эмоциональном и физиче-

ском перенапряжении. Направить к неврологу следует пациента, у которого есть постоянный тремор в руках и/или ногах.

Таким образом, в данной статье структурированы и изложены основные неврологические синдромы и скрининговые тесты, имеющие высокое диагностическое значение, которые помогут провести грамотную маршрутизацию больного к профильному специалисту, что значительно сократит время пребывания пациента в коридорах поликлиники и время, необходимое врачу для постановки правильного диагноза и назначения адекватной терапии. Это также будет способствовать осуществлению мечты А. М. Вейна: «Я бы хотел, чтобы лозунгом медицины стало повышение качества жизни».

Литература

1. Вейн А.М., Данилов А.Б. Болевые синдромы в неврологической практике. МЕДпресс-информ., 2001. 372 с.
2. Вейн А.М., Голубев В.Л., Орлова О.Р., Шавловская О.А. Писчий спазм (клиника, диагностика, лечение): пособие для врачей. МЗ РФ., 2003. 39 с.
3. Голубев В.Л., Вейн А.М. Неврологические синдромы: руководство для врачей. М: Эйдос Медиа., 2002. 736 с.
4. Данилов А.Б., Данилов А.Б. Управление болью. Биопсихосоциальный подход. М: АММ ПРЕСС, 2012, 636 с.
5. Данилов А.Б., Подымова И.Г. Болевые синдромы, с которыми врач сталкивается каждый день // Справочник поликлинического врача. 2015. № 9. С. 46-50.
6. Данилов А.Б., Данилов А.Б., Курушина О.В., Барулин А.Е. Междисциплинарная медицина // Терапия. 2017. № 7. С. 6-11.
7. Замерград М.В. Головокружение при инсульте // Неврология, нейропсихиатрия, психосоматика. 2015. 7(2):47-51.

АЛГОРИТМЫ ВЕДЕНИЯ ПАЦИЕНТА С ГРИППОМ И ОРВИ НА АМБУЛАТОРНОМ ЭТАПЕ

Первичный контакт подавляющего большинства пациентов с подозрением на ОРВИ и грипп происходит с терапевтом или врачом общей практики поликлиник. Предлагаемые положения систематизируют известные подходы к диагностике, лечению и вторичной профилактике гриппа для их применения на поликлиническом приеме

По данным ВОЗ на долю острых респираторных вирусных инфекций (ОРВИ и грипп) приходится около 90–95% случаев всех инфекционных заболеваний [1]. При этом в России количество таких ежегодно болеющих пациентов достигает более 30 млн человек, а суммарный экономический ущерб оценивается в 40 млрд руб. в год (около 80% ущерба от всех инфекционных болезней) [2, 3].

ОПРЕДЕЛЕНИЕ

ОРВИ — группа острых высококонтагиозных инфекционных заболеваний человека с преимущественно аспирационным (воздушно-капельным) механизмом передачи, характеризующихся склонностью к эпидемическому распространению, способностью поражать все возрастные группы населения, коротким инкубационным периодом, быстрым циклическим течением с проявлениями интоксикационно-

го и катарально-респираторного синдромов с преимущественным поражением эпителия слизистой оболочки верхних и нижних дыхательных путей. Возбудителями ОРВИ являются: вирусы гриппа (типы А, В и С), парагриппа, респираторно-синцитиальный вирус, аденовирусы, риновирусы, коронавирусы человека и др. При гриппе по сравнению с другими ОРВИ чаще регистрируется тяжелое течение заболевания, которое может проявляться поражением нижних дыхательных путей с признаками острой дыхательной недостаточности, отека легких, развитием коллапса, отека мозга, геморрагического синдрома и присоединением вторичных бактериальных осложнений [3, 4]. Сезонный грипп характеризуется классическими проявлениями гриппа. При пандемическом гриппе клиническая картина может быть схожа с проявлениями ОРВИ иной этиологии, чаще регистрируются осложненное течение и неблагоприятные исходы заболевания [3, 4].



**Вёрткин
Аркадий
Львович**

заслуженный деятель науки РФ, д. м. н., профессор, заведующий кафедрой терапии, клинической фармакологии и скорой медицинской помощи ФГБОУ ВО МГМСУ им. А. И. Евдокимова, Москва



**Кнорринг
Герман
Юрьевич**

к. м. н., доцент кафедры терапии, клинической фармакологии и скорой медицинской помощи ФГБОУ ВО МГМСУ им. А. И. Евдокимова, Москва

Диагностика и разграничение сезонного и пандемического гриппа, дифференциация ОРВИ и гриппа очень важны именно на первичном этапе оказания медицинской помощи амбулаторным терапевтом или врачом общей практики, от этого зависят и проведение режимных мероприятий, и тактика ведения пациента

КОДИРОВКА ГРИППА В СООТВЕТСТВИИ С МКБ-10

J10 «Грипп, вызванный идентифицированным сезонным вирусом гриппа».

К рубрике относится грипп, вызванный сезонными вирусами типов В и С.

J10.0 Грипп с пневмонией, вызванный сезонным вирусом гриппа.

J10.1 Грипп с другими респираторными проявлениями, вызванный сезонным вирусом гриппа.

Включены гриппозные: острая инфекция верхних дыхательных путей, ларингит, фарингит, плевральный выпот.

J11 «Грипп, вирус не идентифицирован».

Включены: грипп и вирусный грипп без указания об идентификации вируса.

J11.0 Грипп с пневмонией, вирус не идентифицирован.

J11.1 Грипп с другими респираторными проявлениями, вирус не идентифицирован.

Включены: грипп без дополнительных уточнений; гриппозные: острая

инфекция верхних дыхательных путей, ларингит, фарингит, плевральный выпот, неуточненные или без указания об идентификации вируса.

J11.8 Грипп с другими проявлениями, вирус не идентифицирован.

Включены: энцефалопатия, вызванная гриппом, гриппозный гастроэнтерит и миокардит (острый), неуточненные или без указания об идентификации вируса.

ДИАГНОСТИКА

Диагностика и разграничение сезонного и пандемического гриппа, дифференциация ОРВИ и гриппа очень важны именно на первичном этапе оказания медицинской помощи амбулаторным терапевтом или врачом общей практики, от этого зависят и проведение режимных мероприятий, и тактика ведения пациента.

При первичном обращении пациента с подозрением на ОРВИ/грипп необходимо выполнить несколько несложных, но важных этапов диагностики.

Еще один важный аспект при гриппе и ОРВИ — осложнения, вызванные активизацией вторичной бактериальной микрофлоры

Оценка эпиданамнеза:

- / Постоянное место проживания, был ли выезд за пределы домашнего региона и пределы РФ, когда и каким видом транспорта?
- / Не было ли в доме гостей из других регионов?
- / Пребывание в организованном коллективе (школа, детские сады).
- / Проживание в общежитии, воинской части и др.
- / Контакт с больными ОРВИ.
- / Наличие схожих симптомов у контактных лиц.

Таблица 1

Дифференциальная диагностика гриппа и ОРВИ

Синдромы	Клинические проявления гриппа	Клинические проявления ОРВИ
Интоксикационный синдром	Быстрое повышение температуры тела выше 38°C, а также <u>гектическая или стабильно высокая лихорадка (выше 38,5°C) более трех суток; озноб; головная боль, преимущественно в лобной области, боль в глазах; боль в мышцах, тошнота, рвота, снижение цифр АД; инъекция сосудов склер; тошнота, рвота</u>	Субфебрильная температура, лихорадка, головная боль
Катарально-респираторный синдром	<u>Сухой надсадный кашель; саднение по ходу трахеи; першение в горле; яркая гиперемия ротоглотки; заложенность носа, ринорея (в первые часы может отсутствовать)</u>	Заложенность носа, ринорея (слизистые, слизисто-гнойные выделения; в первые часы может отсутствовать), першение и/или боль в горле, гиперемия ротоглотки, осиплость голоса, саднение по ходу трахеи, сухой надсадный кашель
Нейротоксический синдром	Адинамия или возбуждение, угнетение сознания, судороги, менингеальные знаки, очаговые симптомы	Судороги, менингеальные знаки
Признаки развития ОДН	Одышка, цианоз кожи и слизистых, снижение SaO ₂ менее 95%	Одышка, цианоз кожи и слизистых, снижение SaO ₂ менее 95%
Другие проявления		Инъекция сосудов склер, век, слезотечение, конъюнктивит

Таблица 2

Дифференциальная диагностика состояний, протекающих с лихорадкой

Симптомы и синдромы	Инфекция
Подострое начало, обильные выделения из носа, фарингит, тонзиллит, бронхит, конъюнктивит, лимфаденопатия (часто генерализованная)	Аденовирусная инфекция
Умеренная интоксикация, ринит, фарингит, сухой кашель с приступами удушья, бронхообструктивный синдром	Респираторно-синцитиальная инфекция
Умеренные катаральные явления (сухой кашель, насморк), конъюнктивит, слезотечение, пятна Бельского — Филатова — Коплика	Корь
Бурное начало, менингеальные симптомы, «звездчатая» геморрагическая сыпь	Менингококковая инфекция
Другие инфекционные заболевания с гриппоподобной симптоматикой: энтеровирусная инфекция, лептоспироз, геморрагическая лихорадка с почечным синдромом, иерсиниоз, гепатит А и др.	

Оценка факторов риска [5]:

- / Позднее обращение (начиная с 3-х суток).
- / Отсутствие стартовой противовирусной терапии.
- / Возраст >65 лет и беременные.
- / Сопутствующие заболевания (факторы риска развития осложненного течения гриппа):
 - _ заболевания сердца и легких (ИБС, ГБ, ХОБЛ, бронхиальная астма);
 - _ хронические нарушения обмена веществ (сахарный диабет, ожирение);
 - _ заболевания почек с нарушениями функции;
 - _ заболевания ЦНС (хроническая ишемия мозга, эпилепсия);
 - _ иммунодефицитные состояния (злоупотребление алкоголем, применение психоактивных веществ, ВИЧ-инфекция, онкологические заболевания, проведение иммуносупрессивной терапии (глюкокортикостероиды, иммунодепрессанты), длительная иммобилизация, недавно родившие и кормящие женщины);
 - _ длительный прием аспирина

- (ацетилсалициловой кислоты);
- _ отсутствие вакцинопрофилактики от гриппа;
- _ больные с тугоухостью.

Для диагностики ОРВИ основополагающим является наличие катаральных изменений слизистой оболочки носа и ротоглотки, верхних и нижних дыхательных путей. Для диагностики гриппа необходимо наличие минимум двух выделенных (подчеркнутых) симптомов из каждого пункта (табл. 1). Оценка выраженности интоксикационного и нейротоксического синдромов, признаков поражения внутренних органов проводится лабораторными и инструментальными методами.

Обязательные лабораторные исследования (возможные изменения):

- / клинический анализ крови: лейкопения, тромбоцитопения;
- / клинический анализ мочи (при неосложненном течении ОРВИ/гриппа не должно быть изменений);
- / мазок из носа и ротоглотки, экспресс-тест при подозрении на грипп.

Обязательные инструментальные исследования:

- / пульсоксиметрия;
- / цифровая флюорография/рентгенография легких (при подозрении на пневмонию);
- / Rg-графия околоносовых пазух (при подозрении на синусит);
- / ЭКГ.

Консультация специалистов:

- / инфекционист — при подозрении на грипп;
- / оториноларинголог — при подозрении на развитие риносинусита, отита, тонзиллофарингита.

Состояния, требующие госпитализации («красные флаги»):

- / тяжелое течение: тошнота/рвота, менингизм, изменение сознания, судорожный синдром, бронхообструктивный синдром, пневмония, геморрагический синдром, нарушение ритма сердца, снижение АД, сатурация менее 95%;
- / отсутствие эффекта от амбулаторного лечения;
- / по эпидемиологическим показаниям (отсутствие возможностей изоляции — проживание в общежитии, гостинице и т. д.);
- / декомпенсация хронических заболеваний (ИБС, сахарный диабет, заболевания легких, хроническая почечная и печеночная недостаточность и др.);
- / беременность;
- / иммунодефицитные состояния.

Диагноз гриппа устанавливается и кодируется только при наличии вирусологического подтверждения в сертифицированной лаборатории (рекомендации ВОЗ, нормативно-распорядительные документы Минздрава России). В эпидемиологический сезон допускается диагностика гриппа клинически. Дифференциальная диагностика гриппа приведена в табл. 2.

Еще один важный аспект при гриппе и ОРВИ — осложнения, вызванные активизацией вторичной бактериальной микрофлоры [5, 6, 7]:

Диагноз гриппа устанавливается и кодируется только при наличии вирусологического подтверждения в сертифицированной лаборатории. В эпидемиологический сезон допускается диагностика гриппа клинически

Необходимость параллельного проведения этиотропной и симптоматической терапии обосновывает применение комбинированных препаратов, совмещающих несколько компонентов

/ Острый бактериальный риносинусит (воспаление околоносовых пазух). Заподозрить наличие синусита можно в том случае, если насморк, заложенность носа не прекратились в течение 7–10 дней: остается заложенность носа, тяжесть в голове, головная боль, повышенная температура. При отсутствии лечения острый синусит легко переходит в хроническую форму заболевания.

/ Острый средний отит. Заболевание проявляется постоянными или пульсирующими (стреляющими) болями в ухе, больного беспокоит заложенность уха, снижение слуха.

/ Острый бронхит. Может выступать как проявление ОРВИ, так и ее осложнение, обусловленное присоединением вторичной микрофлоры на фоне или после перенесенной ОРВИ. В этом случае острый бронхит проявляется кашлем с отделением мокроты желтого или зеленого цвета. К данному осложнению имеют предрасположенность люди, страдающие хроническими заболеваниями верхних дыхательных путей (бронхитом, ХОБЛ, гайморитом и др.), в том числе курильщики.

/ Пневмония. Одно из самых грозных осложнений гриппа. Развитие пневмонии следует подозре-

вать при высокой температуре тела более 5–7 дней, с сохранением кашля, реже она развивается в первые 3 дня от начала заболевания. Характерными аускультативными признаками пневмонии являются ослабление дыхания, наличие разнокалиберных влажных хрипов, крепитации. Диагноз подтверждается при рентгенологическом исследовании легких.

В амбулаторных условиях проводится лечение легких и средне-тяжелых форм ОРВИ и гриппа [4, 6, 8, 9].

ЛЕЧЕНИЕ

Немедикаментозное:

- / постельный режим на весь лихорадочный период;
- / обильное теплое питье на весь лихорадочный период;
- / ирригационная терапия (промывание носовых ходов), полоскание ротоглотки;
- / рациональное питание (легкоусвояемые продукты: молочно-растительная диета, фрукты, овощи).

Медикаментозное симптоматическое:

- / при повышении температуры тела >38,5°C — содержащие парацетамол препараты, в том числе комбинированные. При выраженной интоксикации пациенты подлежат госпитализации, ин-

фузионная терапия должна проводиться в условиях стационара.

/ При заложенности носа — сосудосуживающие (назальные деконгестанты) капли или спрей в нос (Називин, Отривин, Фликсоназе).

/ При непродуктивном и продуктивном кашле — Ренгалин по 1–2 таблетки (5–10 мл раствора) на прием 3 раза в день в течение 7–10 дней, в первые три дня частота приема может быть увеличена до 4–6 раз в сутки.

/ При кашле с трудноотделяемой мокротой — амброксол (Амбробене, Лазолван), ацетилицистеин (АЦЦ, Флуимуцил) или эрдостеин (Эрдомед, Эльмуцин) или карбоцистеин (Флуифорт, Бронхобос).

Этиотропная терапия направлена на элиминацию возбудителя.

При гриппе назначаются препараты:

- / Осельтамивир — 75 мг 2 раза в сутки 5 дней, при тяжелом течении — 300 мг/сут;
- / Занамивир (Реленза) по 2 ингаляции 2 раза в сутки 5 дней;
- / Уминофеновир — 200 мг 4 раза в день в течение 5 дней;
- / Эргоферон — 8 таблеток в течение первых суток: по 1 таблетке каждые 30 минут в первые 2 часа, затем по 1 таблетке 3 раза через равные промежутки времени; со вторых суток до полного выздоровления — по 1 таблетке 3 раза в день;
- / Имидазолилэтанамида пентандиовой кислоты — 90 мг, по 1 капсуле 1 раз в день в течение 7 дней (противопоказано беременным и больным до 18 лет).

Необходимость параллельного проведения этиотропной и симптоматической терапии обосновывает применение комбинированных препаратов, совмещающих несколько компонентов.

Так, АнвиМакс — первый на российском рынке комбинированный противовирусный препарат, об-

ладающий как симптоматическим, так и противовирусным действием, содержит: парацетамол (360 мг), аскорбиновую кислоту (300 мг), кальция глюконат (100 мг), рутозид (20 мг), римантадин (50 мг), лоратадин (3 мг). Благодаря своему составу АнвиМакс обеспечивает противовирусное действие, стимуляцию образования интерферонов, детоксикационное действие. Стоит обратить внимание на то, что препарат содержит: ангиопротекторный комплекс (рутозид, витамин С, кальция глюконат), укрепляющий стенки сосудов, что особенно важно при гриппе, так как основной патогенетической особенностью гриппа в отличие от других инфекций является воздействие вируса гриппа на сосудистую стенку, вызывающее повышенную проницаемость; антигистаминный компонент — лоратадин, не обладающий седативным действием. А отсутствие в составе фенилэфрина, который сужает стенки сосудов, дает возможность назначать данный препарат пациентам с повышенным АД.

Антибактериальная терапия при гриппе и ОРВИ рассматривается индивидуально и только при наличии бактериальной (!) инфекции. **Контроль лечения при гриппе и ОРВИ:** кратность осмотра — 1 раз в 3–5 дней, при необходимости — чаще. В эпидсезон в первые дни болезни предпочтительно наблюдение на дому.

Лабораторные исследования, проводимые для контроля состояния пациента:

- / клинический анализ крови (1 раз в начале заболевания; повторное исследование — по показаниям), глюкоза, креатинин;
- / инструментальные исследования:

/ Rg-графия органов грудной клетки при подозрении на пневмонию или при отсутствии четкой положительной динамики от лечения

в течение 7–10 дней для решения вопроса о коррекции терапии и исключения туберкулеза (индивидуально);

/ Rg-графия (предпочтительно — компьютерная томография) околоносовых пазух при подозрении на синусит;

/ ЭКГ.

Консультации специалистов: по показаниям (при обострении имеющихся хронических заболеваний, развитии осложнений и отказе больного от госпитализации).

Ведение, лечение, наблюдение больных с ОРВИ и гриппом требует от амбулаторного терапевта или врача общей практики внимательного учета эпиданамнеза, всех факторов риска, сопутствующей патологии, оптимального набора лабораторных и инструментальных методов обследования и контроля, своевременного применения современных лекарственных препаратов строго по показаниям, грамотного привлечения специалистов-консультантов.

Литература

1. ВОЗ. Информационный бюллетень. Грипп. Ноябрь 2016 г.
2. О состоянии санитарно-эпидемиологического благополучия населения в Российской Федерации в 2016 году: государственный доклад. Федеральная служба по надзору в сфере защиты прав потребителей и благополучия человека. М., 2017. 220 с.
3. Юшук Н.Д., Хадарцев О.С. Профилактика гриппа и острых респираторных вирусных инфекций с учетом особенностей их эпидемиологического процесса // Инфекционные болезни: новости, мнения, обучение. 2018. Т. 7, № 2. С. 44–51.
4. Грипп и острые респираторные вирусные инфекции: современная рациональная этиотропная и патогенетическая терапия. Алгоритмы оказания медицинской помощи больным: методические рекомендации / Авторы-составители: Никифоров В.В. и др. М.: Спецкнига, 2018. 20 с.
5. Острые респираторные вирусные инфекции у взрослых. Клинические рекомендации Национального научного общества инфекционистов. 2014. 69 с.
6. Грипп у взрослых. Клинические рекомендации Национального научного общества инфекционистов. 2014. 105 с.

7. Инфекционные болезни. Национальное руководство / Под ред. акад. РАН Н.Д. Ющука, акад. РАЕН Ю.Я. Венгерова. М: ГЭОТАР-Медиа, 2010. 1047 с.

8. Грипп: эпидемиология, диагностика, лечение, профилактика / Под ред. академика РАМН, проф. О.И. Киселева, д. м. н. Л.М. Цыбаловой, академика РАМН, проф. В.И. Покровского. М.: Медицинское информационное агентство, 2012. 496 с.

9. Фазылов В.Х., Ситников И.Г., Сирина Е.В., Шевченко С.Б., Можина Л.Н., Замятина Л.Л., Еганян Г.А., Гроппа Л.Г., Корсантия Б.М. Лечение ОРВИ и гриппа в рутинной клинической практике (результаты многоцентрового международного наблюдательного исследования FLU-EE) // Терапевтический архив. 2016. 11:61-68.



А. Л. Вёрткин¹



А. М. Ли́ла²



А. П. Ра́чин³



А. В. Стародубова⁴



М. А. Ерёмушкин⁵



С. Н. Кузяков⁶

¹заслуженный деятель науки РФ, д. м. н., профессор, заведующий кафедрой терапии, клинической фармакологии и скорой медицинской помощи ФГБОУ ВО МГМСУ им. А. И. Евдокимова, Москва

²д. м. н., профессор, директор НИИ ревматологии им. В. А. Насоновой, заведующий кафедрой ревматологии РМАНПО, Москва

³д. м. н., профессор, заместитель директора по научной деятельности НМИЦ реабилитации и курортологии, Москва

⁴д. м. н., заместитель директора по научной и лечебной работе ФИЦ питания, биотехнологии и безопасности пищи, главный внештатный диетолог ДЗМ, Москва

⁵д. м. н., профессор, ФГБУ НМИЦ реабилитации и курортологии, Москва

⁶инструктор-методист по лечебной физкультуре НИИ ревматологии им. В. А. Насоновой, Москва

ПРОФИЛАКТИКА И ЛЕЧЕНИЕ БОЛИ В СПИНЕ В РАЗЛИЧНЫХ ПРОФЕССИОНАЛЬНЫХ ГРУППАХ

Консенсус экспертов

Лечение неспецифической боли в спине должно носить комплексный характер с обязательным использованием немедикаментозных способов и реабилитационных мероприятий. Предлагаемый консенсус специалистов позволит акцентировать внимание на профилактике хронизации данного вида боли путем коррекции образа жизни и питания, применения физических упражнений, физиотерапевтического лечения, а также рационального использования лекарственных средств

Глобальное исследование бремени заболеваний (Global Burden of Disease Study) признало боль в спине главной медицинской причиной снижения качества жизни во всем мире, и Россия не исключение. Около трети населения (28,4%) в возрасте 20–69 лет страдает периодическими болями в спине, а 84% переживает относительно длительный их эпизод хотя бы один раз в течение жизни [1].

Зачастую боль в спине является следствием образа жизни и профессии (табл. 1). Речь идет прежде всего о людях, чья работа сопряжена с длительным пребыванием в вертикальном (работники сферы обслуживания, учителя, стюардессы и др.) или сидячем положении (водители, офисные сотрудники и др.), а также занятых физическим трудом. Из 450 различных профессий основные 28 составляют большую часть рабочей силы в РФ, а это 36 млн человек

(50% работающего населения). Среди них 5 млн (7%) — водители, 4,8 млн (6,8%) — продавцы, 3,6 млн (5%) — сотрудники бухгалтерии и юристы, 2 млн (2,8%) — педагоги и др. В подавляющем большинстве случаев боль в спине носит неспецифический характер, то есть ее развитие не связано с угрожающим жизни системным заболеванием или травмой* [2]. Лечение неспецифической боли в спине (НБС) должно носить

Таблица 1

Боль в спине является следствием образа жизни и профессии

18 лет	25 лет	45 лет
Активная учеба: продолжительное чтение книг или сидение перед компьютером. Но в перерывах между лекциями: танцы, бег, плавание, занятия другими видами спорта. Спина, суставы и мышцы сохраняют свою эластичность. Тело быстро восстанавливается.	Активная работа для построения карьеры. Весь день спина, суставы и мышцы страдают от пройденных километров дорог, рабочих часов. После работы иногда что-то делается для того, чтобы чувствовать себя лучше.	Еще молоды и энергичны, но появились боли в спине, мышцах или суставах. Борясь с болью, человек продолжает жить своей полной жизнью, в которой стало еще больше работы, появилась семья, дети, внуки и другие обстоятельства. Он не хочет думать, что будет дальше, и хотел бы вернуть время назад.

*Более подробно см. «Консенсус по ведению больных с болью в нижней части спины», утвержденный Советом экспертов в сентябре 2017 года и Конгрессом терапевтов в ноябре 2017 года.

комплексный характер с обязательным использованием немедикаментозных способов и реабилитационных мероприятий. Предлагаемый консенсус специалистов позволит акцентировать внимание на профилактике хронизации НБС путем коррекции образа жизни и питания, применения физических упражнений, физиотерапевтического лечения, а также рационального использования лекарственных средств. Основные вопросы, которые следует задавать при опросе и осмотре пациента с болью в спине для исключения угрожающей жизни патологии («красных флажков»), требующей дополнительного обследования и консультации узкого специалиста, представлены в табл. 2.

НЕМЕДИКАМЕНТОЗНЫЕ СПОСОБЫ ЛЕЧЕНИЯ И ПРОФИЛАКТИКИ ПРИ НБС
 Терапевт или врач общей практики проводит краткое профилактическое консультирование по снижению массы тела и модификации образа жизни, коррекции факторов риска, при необходимости направляет пациентов на углубленное консультирование (школы здоровья, кабинеты профилактики и т. п.).
 К немедикаментозным способам лечения относятся:
 / проведение образовательных школ для пациентов;
 / коррекция массы тела — модификация образа жизни и питания (рис. 1, см. Приложение 1. Питание; Приложение 2. Физические упражнения);

/ лечебная физкультура;
 / физиотерапия;
 / когнитивно-поведенческая терапия.
 Очевидно, что в реальной клинической практике выбор той или иной физиотерапевтической методики при НБС должен осуществляться специалистом с учетом различных факторов, связанных с оснащенностью медицинской организации, наличием коморбидной патологии, а также приверженностью пациента к тому или иному виду лечения.
 / Электростатический массаж (хивамат) — инновационная технология терапии боли в спине, основанная на применении импульсных электрических полей высокой напряженности. Действующим фактором в этом методе является пульсирующая

Таблица 2
 «Красные флаги» при боли в спине

Вопросы	Возможная патология	Диагностические действия*
Связано ли появление боли в спине с травмой (особенно важно у женщин в менопаузе)?	Перелом позвоночника, в том числе на фоне остеопороза	Рентгенография, консультация травматолога, эндокринолога
Кроме боли в спине отмечается ли сильная боль на всем протяжении ноги, ощущение онемения пальцев стопы, слабость в конечности, недержание мочи и кала?	Люмбоишалгия, стеноз позвоночного канала, синдром «конского хвоста»	Консультация невролога, нейрохирурга
Имеется ли лихорадка, лимфаденопатия, лейкоцитоз, повышение СОЭ и С-реактивного белка?	Септический процесс, системное воспалительное или онкологическое заболевание	Обследование для исключения инфекционного, системного воспалительного или онкологического заболевания
Были ли хирургические вмешательства, повторные инъекции препаратов (в частности, у лиц с наркотической зависимостью)? Имеются ли признаки иммунодефицита на фоне инфекционного заболевания (СПИД) или химиотерапии?	Септический процесс (дисцит, туберкулез, остеомиелит позвоночника)	Обследование для исключения инфекционного заболевания
Имеются ли онкологические заболевания в анамнезе? Отмечается ли немотивированное похудание, анемия, лихорадка?	Онкологическое заболевание	Онкопоиск, консультация онколога
Появился ли болевой синдром в раннем возрасте (до 25 лет), боль в спине продолжается в течение длительного времени, носит «воспалительный характер»: усиливается в состоянии покоя и ночью, особенно под утро, не уменьшается после отдыха, но снижается после нагрузки (разминки)?	Спондилоартрит (в частности, анкилозирующий спондилит и др.)	Консультация ревматолога
Имеются ли признаки висцерального заболевания, которое может проявляться острой болью в спине (панкреатит, язва желудка или двенадцатиперстной кишки, почечная колика, аневризма аорты, заболевания малого таза и др.)?	Соответствующая висцеральная патология	Диагностика соответствующей висцеральной патологии, консультация узкого специалиста

* Обследование проводится в соответствии со стандартами оказания медицинской помощи, принятыми для конкретной патологии.

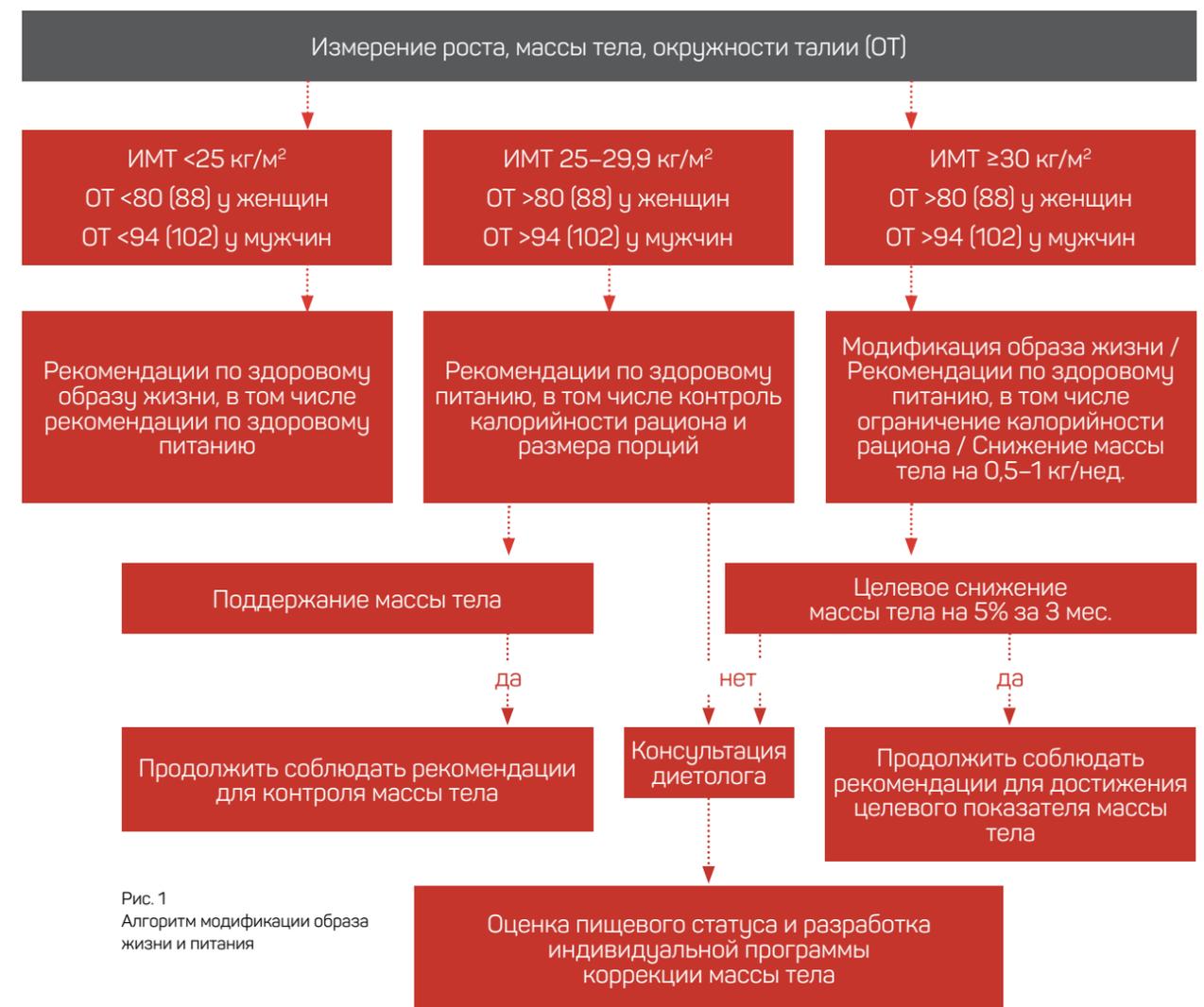


Рис. 1
 Алгоритм модификации образа жизни и питания

щее электростатическое поле, которое возникает между руками врача (или специальным аппликатором) и пациентом. Методика проведения: продолжительность первых процедур обычно составляет 20–25 минут; в начале лечения используют импульсное электрическое поле более высокой частоты (160 Гц), а затем частоту воздействия и время экспозиции уменьшают (при 20–30 Гц до 10 минут); курс терапии составляет от 10 до 15 процедур.
 / Лазерная терапия высокой интенсивности. Высокая интенсив-

ность излучения (1–3 кВ) и плотность энергии (до 15 000 В/см²) позволяют достичь выраженного обезболивающего эффекта. Методика проведения: процедура занимает 15–30 минут; как правило, курс состоит из 10–15 сеансов.
 / Ударно-волновая терапия. Основана на точечном применении вибрации высокой энергии, которая обладает анальгетическим эффектом, стимулирует локальный кровоток, улучшает обмен веществ и препятствует развитию дегенеративных изменений в области позвоночника. Методика проведения: продол-

жительность одного сеанса составляет не более 15–20 минут; второй сеанс следует повторить через 3–7 дней, затем рекомендуется еще 3–5 процедур с равными промежутками между ними.
 / Электротерапия.
 / Кинезиотейпирование.
 / Стельки-ортезы.
МЕДИКАМЕНТОЗНЫЕ СПОСОБЫ ЛЕЧЕНИЯ И ПРОФИЛАКТИКИ
 Неэффективность немедикаментозной терапии является показанием для назначения лекарственных препаратов из группы НПВП прежде

всего для наружного применения в виде мазей, крема или геля и/или системного их применения, а также структурно-модифицирующих препаратов замедленного действия (SYSADOA): хондроитин-сульфата, глюкозамин-сульфата и их комбинаций, препаратов для внутримышечного введения (Алфлутоп).

Нестероидные противовоспалительные препараты (НПВП)

Основные положения по использованию НПВП при болях в спине:

- / Назначаются сразу же после установки диагноза, перорально, в средней или максимальной терапевтической дозе.
- / Инъекционные формы могут использоваться в течение первых 2–5 дней согласно инструкции, при наличии выраженной боли или при невозможности перорального приема.
- / Длительность курса определяется временем, необходимым для максимально полного купирования боли и восстановления функции опорно-двигательного аппарата (в среднем не менее 7–14 дней).
- / Критерием хорошей эффективности является уменьшение боли не менее чем на 50% от исходного уровня и не позднее 5–7 дней после назначения препарата в полной терапевтической дозе.
- / Неэффективность терапии (уменьшение интенсивности боли менее 20% от исходного уровня) на фоне приема адекватных доз НПВП в течение 2–4 недель служит основанием для дополнительного обследования пациента.
- / При назначении всегда следует учитывать риск развития нежелательных явлений. Не следует использовать дозы, превышающие рекомендованные, или комбинировать различные НПВП.

/ Локальные формы НПВП (мази, гели и др.) возможно использовать при умеренной и слабой боли, а также совместно с пероральным или в/м применением НПВП.

Основные вопросы, которые следует задать пациенту перед назначением НПВП:

- / Имеются ли у вас заболевания желудочно-кишечного тракта: гастрозофагеальная рефлюксная болезнь, язва желудка и/или двенадцатиперстной кишки, боли в желудке, желудочно-кишечное кровотечение, воспалительные заболевания кишки?
- / Имеются ли у вас заболевания сердечно-сосудистой системы: ишемическая болезнь сердца, перенесенный инфаркт миокарда или инсульт, сердечная недостаточность, артериальная гипертензия?
- / Имеется ли у вас хроническая болезнь почек?
- / Принимаете ли вы препараты, влияющие на свертываемость крови (аспирин, пероральные антикоагулянты или др.)?
- / Имеется ли у вас аллергия на какие-либо лекарства?
- / Есть ли у вас хронические заболевания?

При назначении НПВП всегда следует учитывать риск развития нежелательных явлений (табл. 4).

Основные противопоказания для назначения системных НПВП:

- / Наличие открытой язвы и/или множественных эрозий ЖКТ, признаки ЖКТ-кровотечения, воспалительные заболевания кишечника (болезнь Крона, язвенный колит).
- / Очень высокий кардиоваскулярный риск (клинически выраженная ИБС, перенесенный инфаркт миокарда, инсульт, аортокоронарное шунтирование, хроническая сердечная недостаточность >2 по NYHA).

/ Хроническая болезнь почек при СКФ <30 мл/мин.

/ Бронхиальная астма, аллергические реакции на НПВП.

/ Беременность.

Локальная терапия при нарушениях опорно-двигательного аппарата и болях в спине — эффективный дополнительный метод лечения. Накожное нанесение НПВП следует применять в тех случаях, когда поврежденный участок ткани располагается на небольшой глубине и трансдермальная диффузия обеспечит в этой области достаточную для получения лечебного эффекта концентрацию действующего вещества [6].

Локальные формы НПВП хорошо переносятся и не вызывают серьезных побочных эффектов [7].

Для местной терапии широко используются локальные формы нимесулида, такие как Найз гель. Показано, что эта форма обеспечивает достижение сопоставимого с пероральным приемом клинического эффекта при достоверно лучшей безопасности [8]. Концентрация действующего вещества в тканях при локальном применении достигала необходимой терапевтической, что обеспечивает должный обезболивающий и противовоспалительный эффекты [9].

Усилить обезболивающий эффект можно при сочетании перорального приема нимесулида и применения его локальной формы.

Рекомендуемая длительность перорального приема препарата Найз при боли в спине составляет 10–14 дней, при необходимости курс лечения может быть продлен до 4–8 недель [10]. При использовании этого препарата, как и других НПВП, следует учитывать факторы риска лекарственных осложнений. Преимущества нимесулида: низкая частота осложнений со стороны ЖКТ и доказанная эффективность для купирования боли, связанной с различными заболеваниями и

Таблица 3

Нефармакологические методы уменьшения боли в спине* (на основе датских (2018), американских (2017) и британских (2017) клинических рекомендаций) [3–5]

Способы уменьшения боли в спине	Острая боль в спине (до 6 недель)	Хроническая боль в спине (более 12 недель)
Сохранение повседневной активности (в том числе на работе)	+	+
Участие в образовательных программах, школах	+	+
Сухое тепло на «болевающую» область спины	+	+/-
Лечебная физкультура	+/-	+
Когнитивно-поведенческая терапия	+/-	+
Мануальная терапия	+/-	+/-
Массаж	+/-	+/-
Акупунктура	+/-	+/-
Йога	+/-	+/-
Программы стресс-менеджмента	+/-	+/-
Локальная инъекционная терапия	+/-	+/-

* «+» — использование метода рекомендуется большинством экспертов; «+/-» — использование метода рекомендуется не всеми экспертами.

Таблица 4

Основные факторы риска (ФР) НПВП-ассоциированных осложнений

Риск осложнений со стороны ЖКТ		Риск сердечно-сосудистых осложнений	
Высокий	Язвенный анамнез (включая язвы, осложненные кровотечением или перфорацией). ЖКТ-кровотечение или перфорация в анамнезе. Прием низких доз аспирина для профилактики атеротромбоза или иных антитромботических средств и/или антикоагулянтов	Очень высокий	Установленный диагноз заболевания ССС (ИМ, ОКС, реваскуляризация коронарных и других артерий, ОНМК/ТИА, клинически выраженная ИБС, аневризма аорты, заболевания периферических артерий, ХСН). Документально подтвержденный значимый субклинический атеросклероз сонных и коронарных артерий. Осложненный СД (с повреждением органов-мишеней или другими ФР); ХБП (СКФ <30 мл/мин/1,73 м ²); SCORE ≥10%
		Высокий	Значимо повышенные ФР (ОХС ≥8 ммоль/л или ЛПНП >6 ммоль/л или АД ≥180/100 мм рт. ст.); ХБП (СКФ 30–59 мл/мин/1,73 м ²); СД 2 типа без поражения органов-мишеней (за исключением молодых пациентов с СД 1 типа без ФР); SCORE ≥5–<10%
Умеренный	Пожилые возраст (>65 лет), диспепсия, курение, прием ГК, инфицированность H. pylori	Умеренный	SCORE ≥1–<5%
Низкий	Отсутствие факторов риска	Низкий	SCORE <1%

Примечание: ЖКТ — желудочно-кишечный тракт, ГК — глюкокортикоиды, ССС — сердечно-сосудистая система, ИМ — инфаркт миокарда, ОКС — острый коронарный синдром, ОНМК — острое нарушение мозгового кровообращения, ТИА — транзиторная ишемическая атака, ИБС — ишемическая болезнь сердца, ХСН — хроническая сердечная недостаточность, ФР — фактор риска, СД — сахарный диабет, ХБП — хроническая болезнь почек, СКФ — скорость клубочковой фильтрации, SCORE — шкала для оценки риска смерти от кардиоваскулярных заболеваний в ближайшие 10 лет, ОХС — общий холестерин, ЛПНП — липопротеиды низкой плотности, АД — артериальное давление.

патологическими состояниями [11]. Для быстрого купирования острой НБС и восстановления трудоспособности у работающих лиц целесообразно использовать теноксикам (Тексаред), имеющий ряд преимуществ перед мелоксикамом и лорноксикамом по скорости развития эффекта и длительности анальгетического действия, а также по безопасности [12]. Быстрое действие теноксикама определяется высокой биодоступностью, которая позволяет достичь пика концентрации препарата в крови уже через 15 минут после введения. Благодаря длительному периоду полувыведения теноксикам демонстрирует стабильный терапевтический эффект 24 часа после однократного приема. Среди других препаратов, которые целесообразно использовать при НБС, следует выделить нейротропные витамины группы В — тиамин (В₁), пиридоксин (В₆) и цианокобаламин (В₁₂). Нейротропные витамины стимулируют репаративные процессы, улучшающие функцию нервной системы, и уменьшают боль. В частности, витамин В₁ улучшает энергообеспечение нейронов, В₆ контролирует синтез транспортных белков в осевых цилиндрах, В₁₂ активирует синтез липопротеинов, служащих структурным элементом миелиновых волокон. Комплекс витаминов В₁, В₆, В₁₂ тормозит прохождение болевых импульсов не только на уровне заднего рога, но и в таламусе [13]. Во многих исследованиях подтверждено усиление эф-

фекта НПВП при их совместном использовании с витаминами группы В [14]. Существуют официальные формы (Нейробион), содержащие три нейротропных витамина как в инъекционной, так и в таблетированной форме, это позволяет проводить полноценную нейротропную терапию 4–6 недель с целью сокращения повторных эпизодов НБС. При купировании острой боли может рекомендоваться последовательная (ступенчатая) терапия: сначала инъекционная форма теноксикама (1 амп/сут) + комплекс нейротропных витаминов (1 амп/сут) до снятия острых симптомов в течение первых 3 дней [15], далее — пероральный прием теноксикама по 1 табл. 1 раз в день и комплекс нейротропных витаминов по 1 табл. 3 раза в день в сочетании с локальным применением Найз геля (см. схему). Комбинированная терапия при неспецифической боли в спине, включающая теноксикам и нейротропные витамины, способна повысить эффективность и безопасность проводимого лечения (рис. 2). Один из важнейших факторов, способствующих хронизации боли в спине, — разрушение хрящевой ткани, вовлекающее как межпозвонковые диски, так и фасеточные суставы. Это приводит к биомеханическим нарушениям, которые провоцируют дальнейшее прогрессирование патологического процесса в структурах позвоночника. Начиная с подострой стадии,

целесообразно применение препаратов, стимулирующих продукцию матрикса хряща (прежде всего протеогликанов) в хондроцитах и тем самым способствующих замедлению дегенерации хрящевой ткани, — структурно-модифицирующих препаратов замедленного действия (SYSADOA). Их использование может влиять на текущий дегенеративный процесс в позвоночнике и преодолеть тенденцию к хронизации боли в спине.

Один из наиболее широко используемых в нашей стране SYSADOA — Алфлутоп. Это оригинальный, не имеющий аналогов, комплексный инъекционный препарат, представляющий собой биоактивный концентрат из 4-х видов мелкой морской рыбы, который содержит гликозаминогликаны (глюкуроновая кислота, хондроитин-4 и -6-сульфат, кератан сульфат, дерматан сульфат), аминокислоты и микроэлементы.

Алфлутоп действует патогенетически, что подтверждено результатами исследований *in vitro*, клиническими исследованиями и многолетним опытом применения. Данные исследований *in vitro* показали противовоспалительное, обезболивающее и хондропротективное действие Алфлутопа. Препарат снижает экспрессию генов, ответственных за выработку провоспалительных цитокинов, а также уровень интерлейкинов ИЛ-6, ИЛ-8, ИЛ-1β; уменьшает активность VEGF, инициирующего ангиогенез;

«Золотым стандартом» ведения пациентов с хронической НБС в настоящее время считается комплексный мультидисциплинарный подход, включающий в себя лекарственную, когнитивно-поведенческую терапию, двигательную реабилитацию и др., рекомендованный Международной ассоциацией по изучению боли (IASP), а также представленный в отечественных клинических рекомендациях

нез; снижает оксидативный стресс и увеличивает антиоксидантную активность. Алфлутоп снижает активность гиалуронидазы и других ферментов, принимающих участие в разрушении межклеточного матрикса, способствует восстановлению количества и функциональной активности хондроцитов, регуляции баланса анаболических и катаболических процессов в межклеточном матриксе; усиливает экспрессию фактора транскрипции SOX-9, что способствует дифференцировке хондроцитов, синтезу коллагена и внеклеточного матрикса. Кроме того, по данным исследования ноцицептивного флексорного рефлекса пороги боли и ноцицептивного рефлекса в группе с болями в нижней части спины были

достоверно ниже, чем у здоровых. После лечения Алфлутопом отмечалось достоверное повышение порогов боли и рефлекса до уровня нормативных значений. В двойном слепом плацебо-контролируемом исследовании О. С. Левина и соавт. [16] проводилась оценка эффективности и безопасности препарата Алфлутоп при вертеброгенной люмбоишиалгии хронического течения. Лечебный эффект проявлялся уже на 2-й неделе и нарастал в течение 3-х месяцев. Частота побочных эффектов при введении Алфлутопа не отличалась от таковой при введении плацебо. Паравертебральное введение препарата по 0,25 мл в 4 точки (суммарно 1 мл) на уровне двух смежных сегментов дважды в неделю 3–5 раз целесо-

образно при необходимости получения более быстрого эффекта. Полученные результаты позволяют рекомендовать препарат Алфлутоп для лечения больных остеохондрозом позвоночника с корешковыми и некорешковыми болями синдромами как при обострении, так и при частичной или полной ремиссии. С целью предупреждения обострений повторные курсы лечения желательны проводить 2–3 раза в год. Лечебно-профилактический курс Алфлутопа повторяется через 6 месяцев после основного курса лечения по 1 мл в/м 1 раз в день, 20 инъекций.

Анальгетическое действие Алфлутопа проявляется уже на 2-й неделе и нарастает в течение 3-х месяцев [16]. Наличие у Алфлутопа раннего анальгезирующего эффекта отличает его практически от всех известных в РФ инъекционных препаратов, относящихся к классу хондропротекторов. По данным исследований Алфлутоп показывал анальгезирующий эффект у 47,3% сразу после первой блокады, у остальных — после 2-го и 3-го введения. При этом лечебный эффект нарастал в процессе проведения курса [22].

Среди других хондропротекторов Алфлутоп выделяется более коротким курсом лечения — при остеохондрозе и боли в спине вводится глубоко внутримышечно по 1 мл ежедневно в течение 20 дней. В исследовании по оценке эффективности препарата в альтернирующем режиме 2 мл через день (10 в/м инъекций) по сравнению со стандартным его введением у пациентов с остеоартритом коленных суставов подтверждена сопоставимая эффективность Алфлутопа. Таким образом, доказана возможность назначения препарата не только ежедневно № 20 по 1 мл, но и через день № 10 по 2 мл, что позволит облегчить применение и увеличить комплаентность терапии у

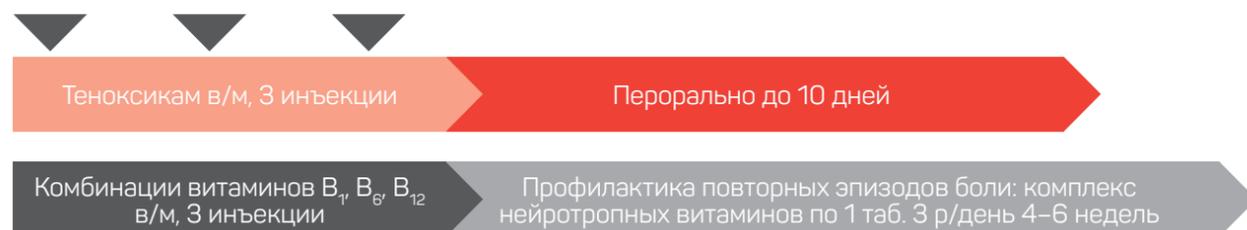


Рис. 2
Комбинированная терапия при НБС

пациентов (за счет уменьшения количества инъекций на курс в 2 раза) при равной эффективности [17]. Алфлутоп обладает еще одним свойством, отличающим его от всех других хондропротекторов — он способствует восстановлению уровня защитных простагландинов в слизистой оболочке желудка, сниженного на фоне приема НПВП. Связанное с этим гастропротективное действие Алфлутопа было изучено в доклиническом исследовании, в котором применение Алфлутопа на фоне приема НПВП (диклофенак) привело к нормализации уровня PGE₂ и PGF_{2α}, а также способствовало предотвращению развития эрозивно-язвенных дефектов слизистой желудка [18]. Гастропротективный эффект был получен и в клиническом исследовании у пациентов с остеоартритом, у которых на фоне лечения НПВП развились эрозивно-язвенные дефекты. У данной группы больных препарат не только нормализовал уровень простагландинов, но и способствовал уменьшению сроков эпителизации язвенных дефектов. Таким образом, все эти преимущества позволяют рассматривать Алфлутоп как стартовый хондропротектор с гастропротективным действием для моно- или комбинированной терапии больных остеоартритом и болями в спине, особенно принимающих НПВП [19].

«Золотым стандартом» ведения пациентов с хронической НБС в настоящее время считается комплексный мультидисциплинарный подход, включающий в себя лекарственную, когнитивно-поведенческую терапию, двигательную реабилитацию и др., рекомендованный Международной ассоциацией по изучению боли (International Association for the Study of Pain — IASP), а также представленный в отечественных клинических рекомендациях [2, 20, 21].

Литература

- Global, regional, and national incidence, prevalence, and years lived with disability for 301 acute and chronic diseases and injuries in 188 countries, 1990–2013: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2013 // *Lancet*. 2015. 386(9995):743–800.
- Вёрткин А.Л., Каратеев А.Е., Кукушкин М.Л., Мартынов А.И., Парфёнов В.А., Яхно Н.Н., Кнорринг Г.Ю. Ведение пациентов с болью в спине для терапевтов и врачей общей практики. Клинические рекомендации // *Терапия*. 2018. 2(20):8–17.
- Stochkendahl M.J., Kjaer P., Hartvigsen J. et al. National clinical guidelines for non-surgical treatment of patients with recent onset low back pain or lumbar radiculopathy // *Eur. Spine J*. 2018. 27:60–75.
- Qaseem A., Wilt T.J., McLean R.M., Forciea M.A., Clinical Guidelines Committee of the American College of Physicians. Noninvasive treatments for acute, subacute, and chronic low back pain: a clinical practice guideline from the American College of Physicians // *Ann. Intern. Med.* 2017. 166:514–530.
- UK National Institute for Health and Care Excellence. Low back pain and sciatica in over 16s: assessment and management. November 2016. <https://www.nice.org.uk/guidance/ng59> (accessed Nov 7, 2017).
- Камчатнов П.Р., Евзельман М.А., Чугунов А.В. Применение различных форм нимесулида у пациентов с поясничной болью // *PMЖ*. 2017. № 14. С. 1021–1025.
- Kress H.G., Baltov A., Basi ski A. et al. Acute pain: a multifaceted challenge — the role of nimesulide // *Curr. Med. Res. Opin.* 2016. Vol. 32(1). P. 23–36.
- Erdogan F., Ergün H., Gökyay N. et al. The diffusion of nimesulide gel into synovial fluid: a comparison between administration routes // *Int. J. Clin. Pharmacol. Ther.* 2006. Vol. 44(6). P. 270–275.
- Ergün H., Külçü D., Kutlay S. et al. Efficacy and safety of topical nimesulide in the treatment of knee osteoarthritis // *J. Clin. Rheumatol.* 2007. Vol. 13(5). P. 251–255.
- Кукушкин М.Л. Алгоритмы диагностики и лечения боли в спине // *Русский медицинский журнал*. 2014. 11:844–848.
- Каратеев А.Е. Почему российские врачи используют нимесулид? // *Медицинское обозрение*. 2013. 22:1260–1267.
- Каратеев Е.В. Теносикам. Обзор литературы // *Клиническая фармакология и терапия*. 2017. 26(5):44–51.
- Kühlwein A., Meyer H.J., Koehler C.O. Ersparung von Diclofenac durch B-Vitamine: Ergebnisse einer randomisierten Doppelblindprüfung mit reduzierten Tagesdosierungen von Diclofenac (75 mg Diclofenac versus 75

- mg Diclofenac plus B-Vitamine) bei akute Lendenwirbelsulensyndromen // *Klin. Wochenschr.* 1990. 68:107–115.
- Mibielli M.A. et al. Diclofenac plus B vitamins versus diclofenac monotherapy in lumbago: the DOLOR study // *Curr. Med. Res. Opin.* 2009. 25(11):2589–2599.
- Чурюканов М.В., Качановский М.С., Кузьминова Т.И. Современный взгляд на этиопатогенез боли в спине и подходы к ведению пациента // *Медицинское обозрение*. 2018. № 9. С. 51–55.
- Левин О.С., Олюнин Д.Ю., Голубева Л.В. Эффективность Алфлутопа при хронической вертеброгенной люмбоишиалгии по данным двойного слепого плацебо-контролируемого исследования // *Научно-практическая ревматология*. 2004. № 4.
- Алексеева Л.И., Таскина Е.А., Лиля А.М. и др. Многоцентровое проспективное рандомизированное исследование эффективности и безопасности препарата Алфлутоп® в альтернирующем режиме по сравнению со стандартным режимом. Сообщение 1: оценка эффективности препарата при различных схемах применения // *Современная ревматология*. 2019. 13(3):51–59.
- Куксгауз И.А., Шекунова Е.В., Кашкин В.А., Фаустова Н.М., Гушин Я.А., Макарова М.Н., Макаров В.Г. Изучение гастропротективного эффекта препарата Алфлутоп на модели индуцированной диклофенаком гастропатии у крыс // *Экспериментальная и клиническая гастроэнтерология*. 2019. 165(5):8–14. DOI: 10.31146/1682-8658-ecg-165-5-8-14.
- Дроздов В.Н., Коломеев Е.В. Применение Алфлутопа у больных остеоартрозом с гастропатией, развившейся на фоне лечения НПВП // *Фарматека*. 2005. 20:125–128.
- Чурюканов М.В. Международный опыт в организации противоболевой помощи: системный подход, доказанная эффективность // *Неврология, нейропсихиатрия и психосоматика*. 2010. № 4. С. 52–56.
- Неспецифическая боль в нижней части спины. Методические рекомендации Департамента здравоохранения Москвы. М., 2014. 32 с.
- Ткачёв А.М., Епифанов А.В., Акарачкова Е.С., Смирнова А.В., Илюшин А.В., Арчаков Д.С. Патифизиологические механизмы дегенерации межпозвоночных дисков // *Медицинское обозрение*. 2019. № 4(II). С. 72–77.



ПРИЛОЖЕНИЯ

Приложение 1

Рекомендации пациенту

Коррекция образа жизни и питания

КОРРЕКЦИЯ ПИТАНИЯ

/ Питайтесь регулярно.

/ Кратность приема пищи должна быть не менее 4–5 раз в день. Основные приемы пищи: завтрак, обед и ужин. Завтрак обязателен! Между основными приемами пищи допустимы перекусы (яблоко или другой фрукт, или горстка орехов).

/ Ешьте разнообразную пищу, чтобы питание было сбалансированным.

/ Не пере едайте! Потребление энергии (энергетическая ценность рациона) должно соответствовать расходу энергии (физической активности).

/ Потребляйте достаточное количество белка. Предпочтение следует отдавать мясу птицы (индейка, курица), рыбе, молочным продуктам, нежирным сортам красного мяса (говядина, телятина, крольчатина и др.).

/ Включайте в рацион рыбу хотя бы 2 раза в неделю. Желательно, чтобы один раз в неделю это была жирная рыба (скумбрия, сардина, сельдь иваси, палтус, лосось).

/ Ешьте больше овощей и фруктов (рекомендуется потреблять не менее 400 гр овощей и фруктов в день, при этом овощей должно быть несколько больше, чем фруктов).

/ Важно ежедневно употреблять цельнозерновые продукты — каши (гречневая, овсяная, кукурузная, пшенная и др.), хлеб грубого помола или ржаной, со

злаками или отрубями, макаронные изделия из твердых сортов пшеницы и т. п.

/ Ограничьте потребление соли (суммарно соли в рационе должно быть не более 1 чайной ложки в день). Снизьте потребление продуктов с высоким содержанием соли, к которым относятся соленья и консервы, сыр, колбасные изделия, рыбные и мясные деликатесы. Постарайтесь не досаливать пищу!

/ Ограничьте потребление сахара и кондитерских изделий. Откажитесь от сладких напитков, включая сладкие газированные напитки, соки, сладкий чай и т. п. На десерт выбирайте фрукты, несладкие муссы или желе. Если не можете устоять, пусть порции кондитерских изделий будут небольшими, а сладкие десерты — редкими.

/ Выбирайте продукты с пониженным содержанием жира, насыщенных жиров и холестерина (молочные продукты пониженной жирности, постные сорта мяса), а также блюда, приготовленные с малым количеством жира или вообще без него. Снизьте потребление животного жира (жирные сорта мяса, птицы, жир животных и птиц, колбасные изделия, молочные продукты с высоким процентом жирности — сливочное масло, сливки, сметана) и холестеринсодержащих продуктов (субпродукты, яичные желтки, икра рыб).

/ Постарайтесь использовать растительное масло вместо животных жиров — сливочного масла, сала. Можно употреблять разные виды растительных масел: оливковое, подсолнечное, кукурузное, льняное, рапсовое и др.

/ Употребляйте 1–2 порции в день молочных или кисломолочных продуктов с пониженной жирностью.

/ Не забывайте про бобовые и орехи.

/ Не употребляйте или сведите к минимуму употребление соусов, жирного, жареного и соленого (майонез, кетчуп, фастфуд и др.)

/ Выбирайте здоровый способ приготовления пищи (предпочтительно гриль, на пару, запекание, отваривание, но не обжаривание).

/ Ешьте медленнее и не отвлекайтесь на посторонние занятия (компьютерные игры, просмотр телевизора, телефонные разговоры), чтобы избежать пере едания.

/ Не злоупотребляйте алкоголем! Алкоголь, помимо токсического действия, также очень калориен.

/ Пейте достаточное количество воды. Главное, на что нужно ориентироваться, — не должно быть чувства жажды.

/ Соблюдайте умеренность во всем. Не стоит загонять себя в жесткие рамки, но и не относитесь к питанию безответственно. Красота и здоровье в ваших руках, вернее, у вас на тарелке. А что с ними делать и каким соусом заправлять, решать вам!

/ Экспериментируйте! Изобретайте новые блюда с полезными ингредиентами, которые вам по душе. Здоровое питание не только полезно, но и вкусно!

«ПРАВИЛО ТАРЕЛКИ»

Моделью для составления рациона питания служит «правило тарелки». Размер тарелки и порции пищи зависят от пола, возраста и уровня физической активности. Условная тарелка диаметром 20–24 см заполняется продуктами, расположенными в определенной пропорции и соотношении. Половину тарелки составляют разнообразные овощи и фрукты, при этом объем овощей занимает 30% и превышает объем фруктов (20%). Из оставшейся половины одна четверть представлена продуктами из цельного зерна и бобовыми. Другая четверть приходится на белковые продукты питания: мясо, птицу, рыбу, молочные и кисломолочные продукты, яйца.

ДОПОЛНИТЕЛЬНЫЕ РЕКОМЕНДАЦИИ ПО ПИТАНИЮ И ФИЗИЧЕСКОЙ АКТИВНОСТИ ДЛЯ ПАЦИЕНТОВ С ИЗБЫТОЧНОЙ МАССОЙ ТЕЛА/ОЖИРЕНИЕМ

/ Расход энергии должен превосходить потребление энергии (энергетическая ценность рациона).
/ Питание должно быть сбалансированным, и вам должно быть легко придерживаться диеты. Иначе будет существовать риск того, что, как только вы перестанете придерживаться такой диеты, вы вернетесь к своим старым привычкам и восстановите массу тела, которую потеряли.
/ Вам нужна не специальная диета, а пожизненное изменение ваших пищевых привычек как составляющая здорового образа жизни.
/ Лучше не снижать массу тела слишком быстро. Если вы теряете более 1 кг в неделю, высока вероятность потери мышечной

ткани, а не жира. Таким образом, средний рекомендуемый темп снижения массы тела — 0,5–1 кг в неделю.

/ Ставьте четкие цели с реалистичным графиком, исходя из рекомендованной скорости снижения массы тела, описанной выше. Для большинства людей польза для здоровья может быть достигнута от потери первых 5–10% от исходной массы тела. Часто это около 5–10 кг.
/ Контролируйте свое текущее потребление пищи. Попробуйте вести дневник, записывать все, что вы едите и пьете в течение дня. Включите даже самые маленькие перекусы. Не забывайте про напитки. Некоторые напитки (алкоголь, газировка) содержат много сахара.
/ Убедитесь, что каждый прием пищи сбалансирован. Подумайте о том, что вы кладете на тарелку перед каждым приемом пищи. По крайней мере, половина вашей тарелки должна состоять из овощей. Четверть тарелки должна содержать мясо, птицу, рыбу, бобовые или другие источники белка. Если вы не ограничиваете количество углеводов, то в другой четверти должны находиться нерафинированные крахмалистые углеводы, такие как коричневый рис, макаронные изделия из твердых сортов пшеницы, картофель или хлеб.
/ Попробуйте выбрать здоровый вариант перекуса, например замените шоколад, пирожные или чипсы на фрукты.
/ Десерт — это удовольствие, а не неотъемлемая часть хорошо сбалансированного рациона.
/ Не устраивайте себе длительные периоды голодания. Это может привести к тому, что вы будете есть больше и захотите съесть нездоровую пищу. Прием пищи каждые 3–4 часа поможет это предотвратить.

/ Заранее планируйте то, что вы будете есть.

/ Один из шагов к улучшению пищевых привычек — изменение содержимого вашей продуктовой корзины. Например, если вы не купите печенье и сладости, их не будет в шкафу, и число искушений снизится.
/ На этикетках большинства продуктов указан их состав, так что это поможет вам выбрать более здоровую пищу.
/ Попросите родных или друзей помочь вам в формировании новых пищевых привычек.
/ Повысьте уровень физической активности. Всем взрослым рекомендуется стремиться к физической активности умеренной интенсивности не менее 30 минут в течение как минимум 5 дней в неделю. Умеренная физическая активность включает в себя ходьбу, скандинавскую ходьбу, плавание, танцы, бадминтон, теннис и др. Кроме того, старайтесь быть более активны в своей повседневной жизни. Например, используйте лестницу вместо лифта, ходите пешком или ездите на велосипеде на работу и т. д. Избегайте слишком долгого сидения перед телевизором или экраном компьютера. Делайте регулярные перерывы во время работы.
/ Регулярно взвешивайтесь, чтобы следить за динамикой массы тела. Рекомендуется взвешиваться один раз в неделю.
/ Не отчаивайтесь, если достигнутые результаты не соответствуют вашим ожиданиям.

Если данные рекомендации оказались для вас неэффективны, вам не удастся снизить массу тела на 0,5–1 кг в неделю и достичь суммарного снижения массы тела на 5–10% от исходного за полгода-год, обратитесь за специализированной помощью к врачу-диетологу.

Приложение 2 Рекомендации пациенту Применение физических упражнений

По характеру выполняемых трудовых операций можно выделить три профессиональные группы:

/ длительное пребывание в вертикальном положении (неблагоприятная физиологическая поза);
/ длительное пребывание в положении сидя (гиподинамия): водители, офисные сотрудники;
/ тяжелый физический труд (физическое перенапряжение), связанный с подъемом и переносом тяжестей, работой в наклон (металлурги, шахтеры, грузчики, тяжелая атлетика и др.).

Для каждой из профессиональных групп существуют особенности физиотерапии (лечение движением). Всем указанным категориям лиц можно рекомендовать посещение тренажерного зала.

Для начала занятий в тренажерном зале необходимо:

/ наличие документа об отсутствии медицинских противопоказаний;
/ иметь удобную спортивную одежду и обувь;
/ начинать тренировку в тренажерном зале с разминки.

Длительное пребывание в вертикальном положении более 5 часов (даже с перерывами по 5 минут через 30 минут работы и с 30-минутным перерывом на обед) вызывает сильную долгосрочную усталость, которая приводит к появлению негативных последствий — скованности в шее и плечах, боли в пояснично-крестцовом отделе позвоночника, деформации в глубоких слоях мышц спины и связок, боли в ногах, варикозному расширению вен нижних конечностей и др.

Для профилактики этих нарушений необходимо каждые 10–15 минут менять позу, прогибаться назад, прислоняться к чему-либо для разгрузки напряженных групп мышц. После рабочего дня, вернувшись домой, лежа на спине, положить голени на стул, ноги в коленях согнуть. Затем выполнить комплекс упражнений для развития гибкости и силы мышц спины в исходных положениях: лежа на спине, лежа на животе, стоя на четвереньках.

Работа, сопряженная с длительным вертикальным положением тела, отрицательно сказывается на мыш-

цах-разгибателях спины. Поэтому на начальном этапе рекомендуются упражнения для этой категории мышц (см. рис. 1–4).

При работе в сидячем положении возникает перенапряжение и скованность мышц задней поверхности шеи. Также расслабляются мышцы передней поверхности шеи, появляются боли в шейном отделе позвоночника, головные боли напряжения, онемение и усталость пальцев рук, перенапряжение грудных мышц и передней поверхности плеча, снижение тонуса мышц лопаток, боли в плече, боли в грудной клетке, скрытая гипоксия вследствие малой подвижности грудной клетки. При этом возникает также спазмирование мышц живота и ослабление мышц поясницы, что приводит к болям в пояснице, формированию грыж и воспалению седалищного нерва. Спазмирование мышц задней и внутренней поверхности бедра, расслабление мышц передней поверхности бедра и ягодичных мышц, в свою очередь, приводят к болям в области таза, тазобедренных суставах.

Для профилактики этих нарушений в течение рабочего дня через каждые 45 минут работы необходимо выполнять несколько упражнений по 5 минут для нормального тонуса мышц шеи, верхнего плечевого пояса, мышц туловища и ног. Затем встать и походить несколько минут. После рабочего дня и пешей прогулки необходимо выполнить комплекс упражнений для укрепления групп мышц со сниженным тонусом, а также упражнения, направленные на растяжение и расслабление перенапряженных групп



Рис. 1

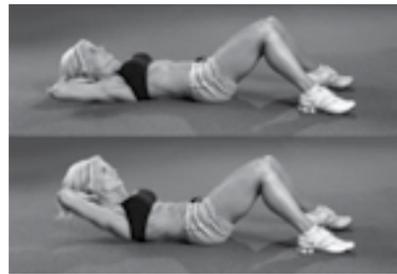


Рис. 2



Рис. 3

мышц. Длительность 15–30 минут. Тяжелая физическая работа зачастую приводит к сильным и продолжительным болям в спине, включая все отделы позвоночника, являясь благодатной почвой для формирования межпозвоночных грыж. При этом чем интенсивнее физические нагрузки, тем чаще жалобы на боли в спине. Дело в том, что длительное перенапряжение мышц спины приводит к хроническому спазму мышечных волокон, что, в свою очередь, поражая связочный аппарат, является причиной интенсивного, долго не прекращающегося болевого синдрома.

С целью профилактики этих нарушений необходимо чередовать виды нагрузок в течение рабочего дня: плавный подъем тяжестей, равномерно распределяя вес на верхние и нижние конечности, не совершая при этом скручивающих движений в позвоночнике. После рабочего дня следует выполнять комплекс упражнений для мышц спины растягивающего и корригирующего характера в положении сидя, лежа на спине, лежа на животе и стоя на четвереньках в течение 30 минут.

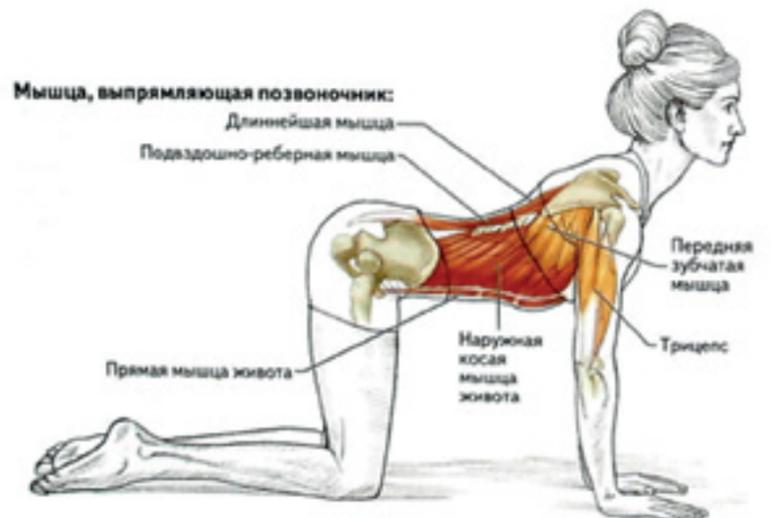
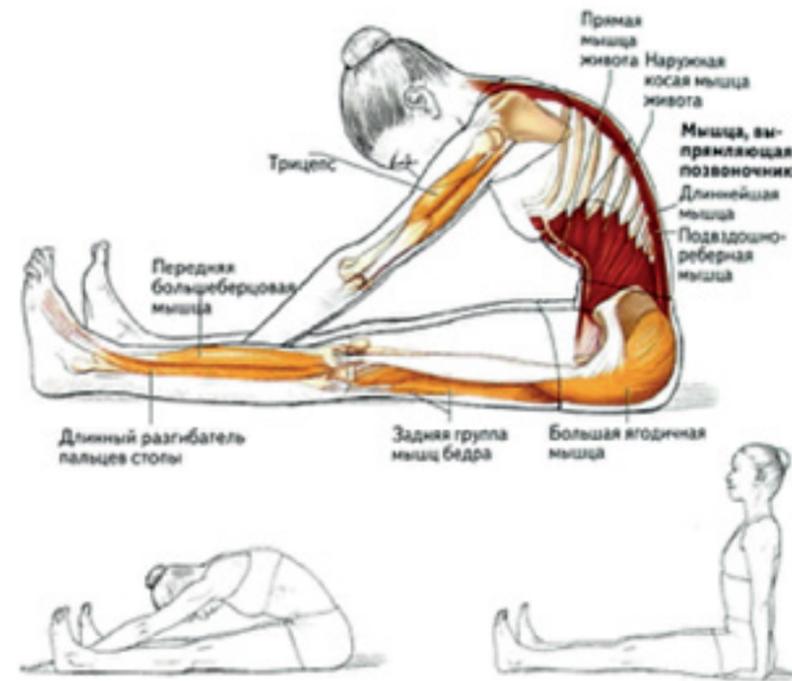


Рис. 4

**УПРАЖНЕНИЯ
ДЛЯ РАБОТНИКОВ
ПРЕИМУЩЕСТВЕННО
СИДЯЧЕГО ОБРАЗА РАБОТЫ**

Осевая разгрузка

Исходное положение (ИП) — лежа на спине, под голени положить большой валик, табуретку и т. п. После работы или несколько раз в течение дня целесообразно провести дома в этом положении 30–60 минут.

**Перечень специальных
упражнений, применяемых
при дорсопатии
пояснично-крестцового
отдела позвоночника
в период обострения**

1-е упражнение. ИП — лежа на спине. Попеременно и одновременно подтягивать колени к животу (с помощью рук, стремясь приподнять таз).

2-е упражнение. ИП — лежа на спине с согнутыми ногами. Медленный поворот таза с наклоном согнутых ног попеременно вправо и влево.

3-е упражнение. ИП — стоя на четвереньках, взявшись руками за рейку гимнастической стенки (за спинку стула и т. п.). Отклонение

корпуса назад с вытягиванием позвоночника.

4-е упражнение. ИП — стоя на четвереньках. Выгибание (кифозирование) позвоночника в пояснично-крестцовом отделе.

5-е упражнение. ИП — стоя лицом к гимнастической стенке, взявшись руками за рейку на уровне плечевых суставов (за спинку стула и т. п.). Приседание с переходом в полувис.

6-е упражнение. ИП — стоя на третьей рейке гимнастической стенки лицом к ней, взявшись вытянутыми вверх руками за рейку. Чистый вис со стремлением растянуть позвоночник.

**Примерный план-конспект
занятия ЛФК при дорсопатии
пояснично-крестцового
отдела позвоночника в период
реконвалесценции**

Цель: устранение компенсаторного мышечного спазма; ликвидация болевых ощущений, возникших как вследствие сдавливания нервных корешков, так и по причине напряжения мышц; увеличение амплитуды движений; укрепление мышц; профилактика нарушения осанки и ее коррекция.

Задачи:

- / коррекционные:
 - снизить патологический мышечный тонус мышц спины, восстановить тонус ослабленных мышц;
 - устранить боль;
 - улучшить крово- и лимфообращение в пораженной области позвоночника и в больной конечности;
 - укрепить ослабленные мышцы спины, брюшного пресса и конечностей;
 - скорректировать осанку, выработать мышечно-суставное ощущение правильной осанки;
 - развить компенсаторные двигательные навыки;
- / образовательные:
 - обучить навыкам самообслуживания;
 - овладеть облегченными стереотипами движений;
- / воспитательные:
 - прививать мотивацию к здоровому образу жизни;
 - стимулировать интерес к систематическим занятиям;
 - воспитывать волю и терпение.

Форма проведения: лечебная гимнастика. **Место проведения:** зал ЛФК. **Инвентарь:** мягкие резиновые мячи диаметром до 25 см. **Дополнительное оборудование:** гимнастические маты. **Время занятия:** 30 минут. **Число занимающихся:** 3–5 человек (малогрупповое занятие).

	Исходное положение	Описание упражнения	Число повторений	Методические указания
Вводная часть занятия — 4 минуты				
1	Лежа на спине, ноги прямые, руки вдоль туловища	Через стороны руки вверх, стопы согнуть, поясницу прижать к полу, потянуться — вдох, вернуться в исходное положение — выдох	2–4 раза	Дыхание неглубокое
2	То же	Сгибание и разгибание пальцев рук с одновременным сгибанием и разгибанием стоп	10–16 раз	При сгибании — выдох, при разгибании — вдох
3	Лежа на спине, ноги прямые на ширине плеч, кисти к плечам	Одновременные вращения в плечевых и голеностопных суставах в одну сторону, то же в другую сторону	По 8–10 раз	Дыхание произвольное
4	Лежа на спине, руки вдоль туловища, правая нога согнута в колене, левая нога прямая	Менять положение ног, стопы скользят по полу	10–12 раз	Поясница прижата к полу

№	Исходное положение	Описание упражнения	Число повторений	Методические указания
5	Лежа на спине, руки вдоль туловища, ноги прямые	1 — в исходном положении — вдох; 2 — подтянуть правое колено к груди, обхватить голень руками — выдох; 3 — вернуться в исходное положение — вдох; 4 — то же другой ногой	6–8 раз	Голову не поднимать
Основная часть занятия — 23 минуты				
6	Лежа на спине, руки вдоль туловища, ноги согнуты в коленях	1 — разогнуть правую ногу, носок к себе; 2 — вернуться в ИП; 3, 4 — то же другой ногой	5–6 раз	Попеременно каждой ногой. Дыхание произвольное
7	То же	«Велосипед» вперед и назад	По 10–20 раз	При болях выполнять одной ногой, вторая стоит, согнутая в колене
8	Лежа на спине, руки перекрещены на груди, ноги согнуты в коленях	Невысоко приподнять голову, плечи от пола, подбородком тянуться вверх — выдох; вернуться в ИП — вдох	10–12 раз	Можно удерживать положение на 5–7 сек. Дыхание не задерживать
9	Лежа на спине, руки вдоль туловища, ноги прямые	Поднять прямую руку за голову и с противоположной ногой одновременно тянуться в разные стороны	4–6 раз	Выполнять на выдохе
10	Лежа на спине, руки вдоль туловища, правая нога, согнутая в колене, стоит на полу, левая нога — прямая на полу	Левой ногой выполнять круги в тазобедренном суставе по часовой стрелке и против часовой стрелки. То же — правой ногой	По 8–10 раз	Для облегчения выполнять круги согнутой в коленном суставе ногой
11	Лежа на спине, ноги согнуты в коленях, руки в стороны, стопы шире плеч	Правое колено опустить к левой пятке, затем — левое колено к правой пятке	По 8–10 раз	Опускать на выдохе
12	Лежа на спине, ноги прямые, руки в стороны	1 — приподнять правую прямую ногу вверх (стопа к себе) — вдох; 2 — завести ее за левую ногу, слегка развернув таз, — выдох; вернуться в ИП; 3, 4 — то же другой ногой	По 8–10 раз	Дыхание произвольное
13	Лежа на спине, ноги согнуты в коленях, руки на животе	Вдох — через нос, живот надуть; выдох — через рот, живот втянуть	4–6 раз	Дыхание неглубокое. Прижимать поясницу к полу во время выдоха
14	Лежа на спине, руки вдоль туловища, ноги согнуты в коленях	Приподнять таз, кифозируя поясничный отдел позвоночника на выдохе; при этом напрячь мышцы ягодиц, бедер. Вернуться в ИП — вдох	6–8 раз	Бедрами сжимать мяч
15	Лежа на спине, левая нога согнута, руки в стороны	Отведение правой ноги в сторону. То же левой ногой	По 8–10 раз	Таз не разворачивать. Дыхание произвольное
16	Лежа на спине, ноги вместе, согнуты в коленях, руки под головой	Поворачивать колени в стороны	10–12 раз	Дыхание произвольное
17	То же	Сжимать мяч между коленями	6–8 раз	Экспозиция 3–5 сек
18	То же	Развести колени в стороны, подошвы соединить	2–4 раза	Экспозиция 4–6 сек
19	Лежа на животе, под животом плоская подушка	Попеременно сгибать и разгибать ноги в коленных суставах	15–20 раз	Движения плавные
20	Лежа на животе, руки выпрямлены вперед	1 — невысоко приподнять вверх правую руку и левую ногу, разогнуть спину; 2 — вернуться в ИП; 3, 4 — то же левой рукой и правой ногой	По 6–8 раз	Выполнять попеременно. Шейный отдел не разгибать
21	Лежа на животе, ладони сложены под подбородком	Ногами плавание стилем «кроль» — попеременно вверх-вниз	18–20 раз	Дыхание не задерживать

№	Исходное положение	Описание упражнения	Число повторений	Методические указания
22	Лежа на животе, ладони подо лбом	1 — невысоко приподнять голову, плечи, руки вверх на вдохе, на выдохе вернуться в ИП	10–12 раз	Голову не запрокидывать
23	Лежа на животе, ладони сложены под подбородком, стопы в упоре на полу	Одновременно напрячь мышцы ягодиц, бедер, ноги в коленях выпрямить и держать напряжение	На 5–6 счетов. 3 раза	Зажать мяч между голеностопными суставами. Дыхание не задерживать
24	То же	Приподнять невысоко ноги, развести их в стороны, соединить, опустить	8–10 раз	Дыхание произвольное. Стопы согнуты
25	Лежа на животе, упор на предплечья	Руками выполнять плавание стилем «басс»	2x10 раз	Голову не запрокидывать. Дыхание не задерживать
26	То же	Разгибая локти, несильно разогнуть шейный отдел, свести лопатки, задержаться на 2–3 счета, вернуться в ИП	5–6 раз	Ладони упираются в пол
27	Упор на коленях (коленно-кистевое положение)	1 — вдох; 2 — опустить таз на пятки, потянуться — выдох	3–4 раза	Для облегчения выполнять круги согнутой в коленном суставе ногой
28	То же	1 — поворот туловища направо, правая рука в сторону, посмотреть на ладонь — вдох; 2 — вернуться в ИП — выдох; 3, 4 — то же в левую сторону	8–10 раз	Попеременно. Кисть опорной руки находится на проекции середины грудины
29	То же	Повторить 28 упражнение	3–4 раза	Пятки соединить
30	То же	1 — сгибая правую ногу влево — вверх, коснуться правым коленом локтя левой руки; 2 — вернуться в ИП; 3, 4 — то же левой ногой	6–8 раз	Попеременно. Тянуться на выдохе
31	То же	1 — наклонить подбородок вниз, напрячь мышцы живота, согнуть позвоночник — вдох; 2 — вернуться в ИП — выдох	6–8 раз	В ИП не прогибаться
32	То же	1 — правой рукой потянуться вперед — вдох; 2 — сгибая правую руку влево-вниз, коснуться правым локтем колена левой ноги — выдох; 3, 4 — то же левой рукой	4–6 раз	Попеременно. Таз к пяткам не опускать
33	Упор на коленях (коленно-кистевое положение)	1 — вдох; 2 — опустить таз на пятки, потянуться — выдох	3–4 раза	Ровная спина. Руки впереди, голова опущена
Заключительная часть занятия — 3 минуты				
34	Лежа на спине, ноги прямые, руки вдоль туловища	«Статическое напряжение» мышц туловища. Одновременно напрячь ягодицы, бедра, стопы согнуть, поясницу кифозировать, живот втянуть. Держать напряжение	Напряжение по 3–5 сек. 2–3 раза	Дыхание не задерживать. Не напрягать мышцы шеи
35	То же	Подтягивать согнутые ноги к груди, обхватив голени руками, подбородком касаться коленей. Вернуться в ИП	4–6 раз	Выполнять на выдохе
36	То же	Через стороны руки вверх, стопы согнуть, потянуться — вдох; вернуться в ИП — выдох	2–3 раза	Поясницу прижать к полу
37	Лежа на боку. Ноги согнуты и приведены к животу	Расслабление	1 минута	Глаза закрыты. Дыхание медленное. После отдыха подниматься на ноги

Комплекс специальных упражнений для укрепления мышц, применяемый при заболеваниях пояснично-крестцового отдела позвоночника в период ремиссии

1-е упражнение. ИП — лежа на спине, прижать поясницу, слегка втянуть в себя живот (дыхание не задерживать), приподнять обе ноги (до угла около 30°), удерживать их на весу 5–7 сек. Вернуться в ИП. Дыхание произвольное, не натуживаться.

2-е упражнение. ИП — то же. Прижать поясницу (аналогично упражнению 1), приподнять обе ноги над полом, скрещивание выпрямленных ног в горизонтальной плоскости («горизонтальные ножницы»). 8 движений ногами — 1 упражнение. Вернуться в ИП.

3-е упражнение. ИП — то же. Прижать поясницу, приподнять обе ноги, делать круговые движения выпрямленными ногами внутрь. 8 движений ногами — 1 упражнение. Вернуться в ИП.

4-е упражнение. ИП — то же. То же упражнение, но круговые движения ногами наружу. 8 движений ногами — 1 упражнение. Вернуться в ИП.

5-е упражнение. ИП — то же. Прижать поясницу, приподнять над полом ногу и делать движения, имитирующие езду на велосипеде. 8 движений ногами — 1 упражнение. Вернуться в ИП. Повторить аналогичное упражнение другой ногой.

6-е упражнение. ИП — лежа на спине, ноги сильно согнуты, стопы стоят на полу и чем-либо фиксированы (мешок с песком 5 кг). Попытка присесть, потянувшись обеими руками к коленям, но их не доставать. Вернуться в ИП.

7-е упражнение. ИП — то же, руки на пояс. Приподнять туловище (присесть), задержав его в положении 30° от горизонтали на 5 сек. Вернуться в ИП.

8-е упражнение. ИП — лежа на животе, под живот положить большой

валик. Приподнять поочередно правую и левую ногу, удержав их на весу 5 сек. Высоко ноги не поднимать. Вернуться в ИП.

9-е упражнение. ИП — то же. На стопы положить мешки с песком. Имитировать руками плавание стилем брасс. Вернуться в ИП.

10-е упражнение. ИП — то же, руки на пояс. Втянуть в себя живот, соединить лопатки и слегка приподнять туловище над полом (не прогибаться в пояснице), удерживать его 5 сек. Вернуться в ИП.

11-е упражнение. ИП — то же, руки взять в замок. Потянуться руками вперед и за голову, втянуть живот, приподнять туловище над полом, удерживать его 5 сек. Вернуться в ИП.

12-е упражнение. ИП — встать на колени, а затем сесть на пятки, руки на пояс. Втянуть в себя живот, соединить лопатки. Наклонить туловище вперед (движение выполнять за счет тазобедренных суставов, а не в поясничном отделе позвоночника), удерживать его в горизонтальном положении 5 сек. Вернуться в ИП. Каждое упражнение 1 неделю разучить, повторять 3–4 раза, затем число повторений постепенно довести до 12–15 раз.

Темп движений — медленный. Амплитуда движений конечностями — малая. При удержании рук, ног или туловища не задерживать дыхание, для этого можно вслух считать. После каждого 2–3 упражнений делать паузу отдыха 1 мин или дыхательное упражнение.

Комплекс специальных физических упражнений в воде, применяемый при заболеваниях пояснично-крестцового отдела позвоночника

1-е упражнение. ИП — стоя, погружившись в воду до уровня лопаток, руки вдоль тела. Попеременные наклоны туловища влево и вправо со скольжением руки вдоль туловища к подколенной ямке (3–4 раза в каждую сторону).

2-е упражнение. ИП — стоя в воде, руки на пояс. Попеременное вращение таза вправо и влево с заведением ноги назад (3–4 раза в каждую сторону).

3-е упражнение. ИП — то же. Попеременные повороты туловища вправо и влево (3–4 раза).

4-е упражнение. ИП — то же. Круговые движения тазом (без прогиба в поясничной области) 3–4 раза в каждую сторону.

5-е упражнение. ИП — стоя лицом к стенке бассейна, взявшись руками за его край. Полуприседание с переходом в полувис (3–4 раза).

6-е упражнение. ИП — стоя лицом к стенке бассейна в упоре двух рук на уровне пояса верхней конечности. Кифозирование и лордозирование позвоночника в грудном и поясничном отделах (3–5 раз).

7-е упражнение. ИП — в виси, взявшись руками за трапецию. Разведение и сведение ног (3–4 раза).

8-е упражнение. ИП — на груди, закрепившись ногами за поручень. Производить гребки руками стилем «брасс», стремясь отплыть от бортика (6–8 движений рук).

9-е упражнение. ИП — лицом к борту бассейна, взявшись руками за поручень, с упором согнутых ног в стенку бассейна (подготовительное положение к толчку ногами перед скольжением на спине). При выпрямлении ног кифозирование позвоночника (3–4 раза).

10-е упражнение. ИП — стоя по грудь в воде, руки свободно опущены. Обхватить руками голени согнутых в коленных и тазобедренных суставах ног и согнуть голову, приняв позу «калачиком», сохранить данное положение в воде («поплавок») в течение 4–6 сек (повторить упражнение 3 раза).

11-е упражнение. Плавание стилем «брасс» с удлиненной фазой скольжения после движения ногами (25–50 м).

12-е упражнение. Плавание вольным стилем на спине. □

Найз®

ПРОГРАММА ЗДОРОВЬЯ НАЙЗ

Это комплексный подход к лечению и профилактике боли в спине у пациентов с повышенными нагрузками на позвоночник в силу профессиональной деятельности:

- длительно сидят (учителя, врачи, менеджеры, водители и т.д.);
- долго стоят (кассиры, охранники и т.д.);
- люди, занимающиеся тяжелым физическим трудом (грузчики).

ПРОГРАММА ЗДОРОВЬЯ НАЙЗ СОСТОИТ ИЗ ДВУХ ЭТАПОВ:

ПЕРВЫЙ ЭТАП

медикаментозная терапия

ПЕРВЫЕ 10–14 ДНЕЙ

Найз системно по 100 мг два раза в день (утром и вечером) + местное применение Найз гель на болезненные участки тела в течение 10 дней.

ВТОРОЙ ЭТАП

физические упражнения

После регистрации на НАЙЗПРО.РФ в зависимости от особенностей профессии, пола и возраста пациенту будет предоставлена индивидуальная комплексная программа восстановления позвоночника в период ремиссии.

ДЛИТЕЛЬНОСТЬ НАЗНАЧЕНИЯ НПВП ПРИ БОЛЯХ В СПИНЕ*

Необходимый минимальный курс противовоспалительной терапии — 10–14 дней для полного купирования боли и воспалительного процесса в очаге поражения.

ПЕРВЫЕ 5 ДНЕЙ ТЕРАПИИ

КУПИРОВАНИЕ БОЛЕВОГО СИНДРОМА

6-й и последующие дни лечения

ЛИКВИДАЦИЯ ВОСПАЛЕНИЯ

Перифокальное воспаление в очаге поражения исчезает только на 10–14-й день лечения НПВП



*Консенсус по ведению пациентов с болью в спине для терапевтов и врачей общей практики поликлиник, утвержден Советом экспертов 16 сентября 2017 года.

САХАРНЫЙ ДИАБЕТ И ДИАБЕТИЧЕСКАЯ НЕЙРОПАТИЯ: ЧТО ДОЛЖЕН ЗНАТЬ АМБУЛАТОРНЫЙ ТЕРАПЕВТ



**Вёрткин
Аркадий
Львович**

заслуженный деятель науки РФ, д. м. н., профессор, заведующий кафедрой терапии, клинической фармакологии и скорой медицинской помощи ФГБОУ ВО МГМСУ им. А. И. Евдокимова, Москва

Сахарный диабет — одна из самых злободневных проблем современной клинической медицины, что связано с эпидемическим ростом данного заболевания, высокой частотой жизнеугрожающих осложнений и инвалидизацией населения. Диабетическая полинейропатия — частое осложнение сахарного диабета, ухудшающее качество жизни больных, поэтому важна ее ранняя диагностика, которая должна проводиться терапевтом на амбулаторном этапе оказания медицинской помощи

Сахарный диабет (СД) относится к важнейшим не только медицинским, но и социальным проблемам здравоохранения. В нашей стране, согласно последним данным исследования NATION (Дедов И. И. и соавт., 2016), СД страдает не менее 12 млн человек, около половины из них не знает о своем заболевании! В эту категорию можно смело относить и порядка 20 млн человек с предиабетом (рис. 1). Важно не только общее количество больных, но и стремительный рост их числа, носящий характер эпидемии, причем как в развитых, так и развивающихся странах. Прогнозы ВОЗ и Всемирной диабетической федерации (IDF) предвещают удвоение числа больных к 2040 году (см. рис. 2).

ООН также признала огромную значимость диабета, что отражено в Резолюции 61/225 от 20 декабря 2006 года, где отмечено: «Необходимо признать сахарный диабет неинфекционной эпидемией, поражающей население во всех странах мира, и заболеванием, представляющим не меньшую угрозу для жизни человека, чем такая инфекционная эпидемия, как ВИЧ/СПИД». При этом Россия находится на печальном 5 месте среди всех стран мира по числу людей с СД (см. табл. 1). Основной причиной высокой инвалидизации и смертности больных сахарным диабетом 2 типа (СД2) являются кардиоваскулярные, макрососудистые нарушения — инфаркт миокарда, сердечная недостаточность, инсульт. Именно поэтому сегодня СД относят к сердечно-со-

судистым заболеваниям (ССЗ). При СД2 частота развития сердечно-сосудистой патологии в 3–4 раза выше по сравнению с лицами, не страдающими им. Риск сердечно-сосудистой смертности у больных СД2 без ИБС идентичен таковому у людей, которые перенесли инфаркт миокарда, но не имеют нарушений углеводного обмена. По данным Государственного регистра больных СД в Российской Федерации смертность среди них от инфаркта миокарда и сердечной недостаточности составляет около 60%.



**Кнорринг
Герман
Юрьевич**

к. м. н., доцент кафедры терапии, клинической фармакологии и СМП ФГБОУ ВО МГМСУ им. А. И. Евдокимова, Москва

**Алиев Заур
Курбаналиевич**

ассистент кафедры терапии, клинической фармакологии и СМП ФГБОУ ВО МГМСУ им. А. И. Евдокимова, Москва

Гипергликемия и сопутствующие патофизиологические нарушения формируют так называемый «зловещий октет» (Мкртумян А. М., 2015) (см. рис. 3). Наибольшее значение патогенеза развития и прогрессирования СД2 и его осложнений, составляющих, по разным данным, от 20 до 40% случаев коморбидности. Диабет опасен не столько самой гипергликемией, сколько генерализованным патологическим процессом, множественностью осложнений, поражающих практически все органы человеческого организма. Сегодня мы уделим внимание микрососудистым осложнениям, не менее значимым, чем макрососудистые.

Ретинопатия — ведущая причина слепоты у взрослых. В первые 4 года после манифестации СД развивается достаточно медленно. На 5-м году отмечается у 1 из 100 больных, через 10 лет — у 11 из 100, после 15 лет почти у 100%.

Нефропатия — риск постоянной протеинурии в течение первых 15 лет у 40–50% при СД 1 типа, у 20–30% при СД 2 типа.

Нейропатия — 60–70% диабетиков имеют поражение нервной системы. Снижение вибрационной чувствительности у 12% при диагностике СД, особенно 2 типа, у 50% — через 25 лет.

Известно, что каждый 6-й слепой в мире обязан этим именно диабету, как и каждый 7-й пациент, потерявший конечность, каждый 5-й больной, перенесший аортокоронарное шунтирование или стентирование коронарных сосудов, и каждый 3-й пациент на гемодиализе. Без счета в этой трагичной когорте — инфекционные поражения, фурункулы, пролежни и тому подобное. Одним из самых частых осложнений сахарного диабета обоих типов является диабетическая полинейропатия (ДН).

По данным различных авторов, выявление ДН составляет от 15 до 100% и прогрессивно нарастает по мере увеличения длительности и степени тяжести диабета, а также зависит от методов диагностики. После внедрения электрофизиологических методов исследования выявление различных вариантов нейропатии составило уже 70–90%, причем к моменту постановки диагноза «диабет» у четверти больных уже имеются клинические проявления нейропатии, что объясняется длительной доклини-

■ Предиабет ■ Диабет ■ Без патологии

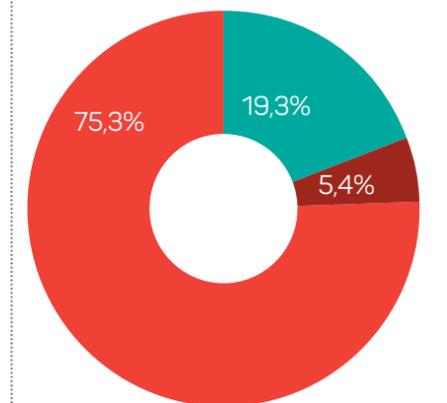


Рис. 1 Основные результаты исследования NATION. Распространенность предиабета в России — 19,3%, что составляет 20,7 млн человек. Всего обследовано 26 620 человек (предиабет НbA1c 5,7 – 6,4%)

ческой фазой. Частота поражений нервной системы при диабете напрямую связана с длительностью заболевания, степенью тяжести и возрастом больных, хотя и у 20% детей и 70% подростков с диабетом также выявляются признаки полинейропатии.

ПАТОГЕНЕЗ ДИАБЕТИЧЕСКОЙ НЕЙРОПАТИИ

ДН развивается на фоне собственных СД метаболических и сосудистых нарушений, возникающих вследствие гипергликемии (см. рис. 4). При этом тщательный контроль уровня глюкозы в крови значительно уменьшает выраженность симптомов поражения нервов и сосудов, однако не может полностью избавить от них пациента.

ДН — наиболее распространенное осложнение СД, это комплекс клинических и субклинических синдромов, каждый из которых характеризуется диффузным или очаговым поражением периферических и/или автономных нервных волокон в результате СД (см. рис. 5). Поражение сенсорных «толстых» волокон приводит к развитию сенсорной безболевогой формы ДН — сенситивной атаксии, нарушениям тактильной и вибрационной чувствительности, снижению рефлексов, формированию артропатий и трофических нарушений.

Поражение сенсорных тонких волокон вызывает сенсорную болевую форму нейропатии (нейропатическая боль), которая характеризуется жгучей болью в стопах, усиливающейся по ночам, парестезиями и гипостезиями типа «носки».

Наконец, нечастое, к счастью, поражение вегетативных волокон опосредует развитие вегетативной (автономной) полинейропатии с развитием ортостатической гипотензии, тахикардии в покое, гастропареза, дизурии, гипогидроза, импотенции и ряда других симптомов. При этом следует подчеркнуть, что жалобы, характерные для нейропатии, отмечаются только у половины пациентов, а у остальных больных она протекает бессимптомно.

Диагноз ДН ставится при исключении других причин поражения нервной системы (прежде всего недостаточности витамина В₁₂, гипотиреоза, почечной недостаточности).



Рис. 2
Спрогнозированное число людей с сахарным диабетом в мире и по регионам на 2015 и 2040 годы (возраст от 20 до 79 лет) согласно данным ВОЗ и IDF

Патогенез нейропатии — результат сложного взаимодействия метаболических, сосудистых и генетических факторов. Механизмы реакции периферической нервной системы на повреждение бывают нескольких типов: валлеровское перерождение (реакция на пересечение нерва), атрофия и дегенерация аксона (аксонопатия), сегментарная демиелинизация (миелинопатия) при сохранности аксонов, первичное поражение тел нервных клеток (нейронопатия).

Наиболее существенное функциональное проявление демиелинизации — блокада проводимости. В основе аксонопатии лежат метаболические нарушения в нейронах, ведущие к дистальному распаду аксонов. Клинически это проявляется дистальной симметричной полинейропатией.

ДИАГНОСТИКА ДИАБЕТИЧЕСКОЙ НЕЙРОПАТИИ

При первичном обращении пациента с СД в поликлинику необходимо:

- / определить стаж заболевания;
- / диагностировать осложнения СД;
- / опросить пациента с помощью шкал Neurological Symptoms Score (см. табл. 2) и Total Symptoms Score (TSS) (см. табл. 3), осмотреть его и оценить:
 - _ нарушения чувствительности (болевой, температурной);
 - _ слабость и/или атрофию мышц;
 - _ болевой синдром в дистальных отделах конечностей;
 - _ вегетативные нарушения в виде расстройств деятельности сердечно-сосудистой, мочевыделительной систем, ЖКТ, потоотделения и сексуальной функции.

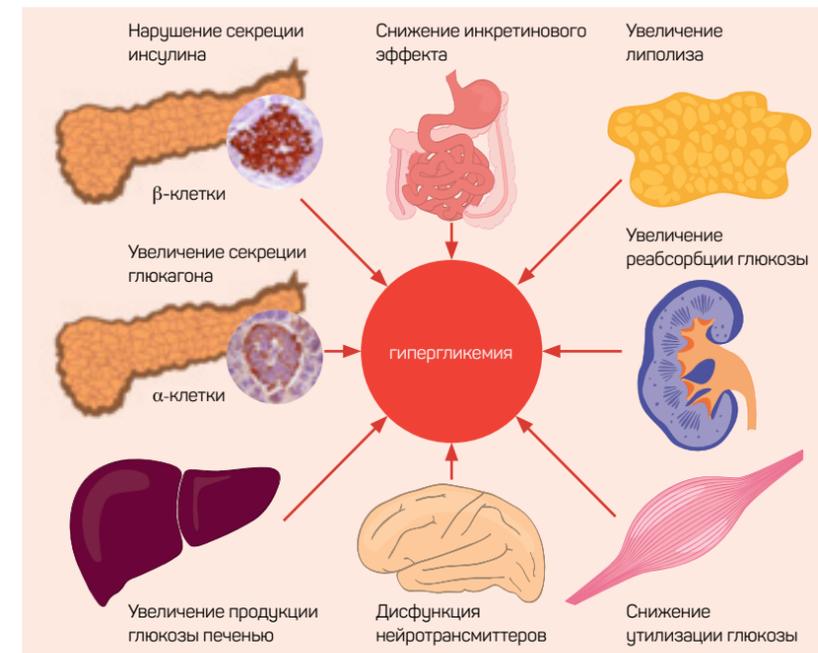


Рис. 3
Ключевые точки влияния гипергликемии (адаптировано из DeFronzo R. A. Diabetes. 2009. 58:773–95)

Таблица 1
ТОП-10 стран/территорий по числу больных диабетом

Китай	109,6 млн
Индия	69,2 млн
США	29,3 млн
Бразилия	14,3 млн
РФ	12,1 млн
Мексика	11,5 млн
Индонезия	10,0 млн
Египет	7,8 млн
Япония	7,2 млн
Бангладеш	7,1 млн

При этом пациенту необходимо задать следующие вопросы:

- / Возникают ли у вас жжение, онемение, покалывание, боли и судороги в ногах?
 - / Где чаще всего локализованы эти ощущения?
 - / В какое время суток они возникают чаще всего?
 - / Отмечаете ли вы уменьшение выраженности симптомов при ходьбе, в положении лежа или стоя?
- Интерпретация результатов:
- / 3–4 балла — незначительно выраженные симптомы диабетической нейропатии;
 - / 5–6 баллов — умеренно выраженные симптомы;
 - / 7–9 баллов — тяжелая диабетическая нейропатия.

Шкалу TSS применяют для динамической оценки выраженности субъективных неврологических симптомов (боли, жжения, онемения, парестезий) (см. табл. 3).

Для оценки чувствительности в амбулаторной практике необходимо применять Ipswich touch test, реализуемый последовательными прикосновениями к I, III, V пальцам ног с двух сторон (см. рис. 6).

Отсутствие чувствительности более чем при двух прикосновениях позволяет диагностировать ДН. Кроме того, пациенту следует выполнить:

- / общий анализ крови;
- / общий анализ мочи;
- / биохимический анализ крови с определением показателей липидного и углеводного обмена.

Диагноз ДН сомнителен при:

- / развитии нейропатии до дебюта СД или на его ранней стадии;
- / формировании нейропатии на фоне хорошо контролируемого СД;
- / асимметричном характере поражения;
- / значительном поражении проксимальных отделов ног и рук.

Консультация эндокринолога показана при неудовлетворительной



Рис. 4
Патогенез поражения нервных волокон при диабетической нейропатии (А. М. Мкртумян, 2015)

компенсации гликемии и осложнений СД, например нефропатии, ретинопатии.

Консультацию невролога назначают при нарушении чувствительности, выпадении сухожильных рефлексов; длительном (>1 мес.) болевом синдроме; депрессии и нарушениях сна, связанных с болью.

NB! Терапию необходимо начинать сразу, не дожидаясь результатов консультации невролога!

ЛЕЧЕНИЕ ДИАБЕТИЧЕСКОЙ НЕЙРОПАТИИ

Лечение ДН в соответствии с современными представлениями должно отвечать следующим требованиям:

- / иметь патогенетическую направленность;
- / улучшать неврологическую симптоматику;
- / улучшать функцию нерва.

Роль гипергликемии в развитии полинейропатии подтверждена в нескольких проспективных мультицентровых исследованиях: DCCT (1993–1995), DEKAN (1995), ALADIN-1, ALADIN-2, ALADIN-3 (1995–2000) и более поздних. Коррекция гликемии считается важнейшим фактором сдерживания и даже обратного развития ДН. На значение гипергликемии указы-

вает то, что частота нейропатии у больных СД1 и СД2 одинакова, хотя патогенез этих форм диабета различен. Клинически выраженная нейропатия чаще встречается у лиц с плохо контролируемым СД. Длительная компенсация СД улучшает течение нейропатии и способствует уменьшению числа случаев этого осложнения.

Второе направление терапии ДН — восстановление анатомической и функциональной целостности нервного волокна. Из внедренных в клиническую практику препаратов активно используется α -липоевая кислота, механизм ее действия заключается в подавлении оксидативного стресса.

Важное патогенетическое направление терапии ДН — восстанов-

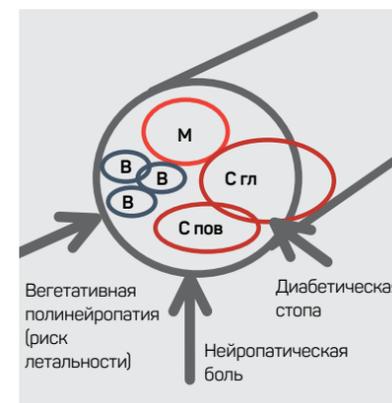


Рис. 5
Значение поражения отдельных волокон нервных стволов в развитии полинейропатии

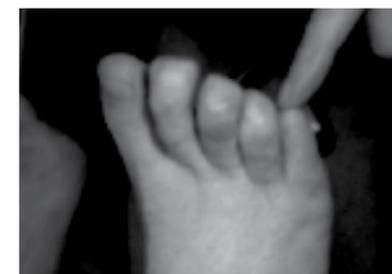


Рис. 6
Оценки чувствительности в амбулаторной практике — Ipswich touch test

ление анатомической и функциональной целостности нервного волокна. Рemyелинизация способствует улучшению проводимости и снижению выраженности симптомов, предотвращает прогрессирование нейропатии, что повышает качество жизни больных ДН. Основным способом достижения ремиелинизации служит применение нейротропных витаминов, коферментов и метаболически активных субстанций, корректирующих нарушения обмена веществ в нервной ткани. Ведущее место в патогенетическом лечении ДН принадлежит комплексным нейротропным витаминам группы В: тиамину (B_1), пиридоксину (B_6), цианокобаламину (B_{12}). Объединяет их в эту группу значимое влияние на нормальное функционирование нервной ткани.

Имеются данные о потенцировании анальгетического эффекта НПВП витаминами группы В и их высокодозными комбинациями. Эти витамины стимулируют процессы, улучшающие практически все функции нервной системы и уменьшающие проявления ноцицептивной и нейропатической боли. Тиамин играет важную роль в обмене глюкозы, улучшая метаболизм нейронов. В мембранах нервных клеток он модифицирует активность ионных каналов, снижая повышенную возбудимость нервных волокон, способствуя торможению болевой импульсации на уровне задних рогов спинного мозга и таламуса. Пиридоксин является ключевым компонентом синтеза медиаторов-нейротрансмиттеров — адреналина, норадреналина, допамина и серотонина. Витамин B_{12} участвует в обмене жиров и нуклеиновых кислот, что также способствует процессам регенерации в ткани нервной системы, играет важную роль в аминокислотном обмене, синтезе ацетилхолина, а также в

процессах миелинизации нервных волокон. Показано, что цианокобаламин улучшает проведение сигнала по нервным волокнам, а также способствует их структурно-функциональной регенерации. Ранее традиционно использовались поперечное введение растворов препаратов витаминов B_1 (тиамина), B_6 (пиридоксина) и B_{12} (цианокобаламина) через день с чередованием препаратов в течение 2–4 недель. В последние годы стали активно назначаться трехкомпонентные комплексы, содержащие высокие дозы витаминов

Таблица 2

Шкала Neurological Symptoms Score

Признак	Баллы
Жжение, онемение, покалывание	1
Утомляемость, судороги, боль	2
Локализация	
Стопы	2
Икры	1
Другая	0
Время появления симптомов	
Только ночью	2
Ночью или днем	1
Днем	0
Сразу после пробуждения	1
Уменьшение выраженности симптомов	
При ходьбе	2
Стоя	1
Лежа	0

Интерпретация результатов:
/ 3–4 балла — незначительно выраженные симптомы диабетической нейропатии;
/ 5–6 баллов — умеренно выраженные симптомы;
/ 7–9 баллов — тяжелая диабетическая нейропатия

Таблица 3

Опросник Total Symptoms Score

Симптомы, о которых задают тестовые вопросы	Варианты ответов и их оценка в баллах							Сумма баллов
	Выраженность				Частота			
	нет	слабая	средняя	сильная	редко	часто	постоянно	
Покалывания	0	1	2	3	0	0,33	0,66	
Жжение	0	1	2	3	0	0,33	0,66	
Онемение	0	1	2	3	0	0,33	0,66	
Ноющая боль	0	1	2	3	0	0,33	0,66	

Примечание: сумма баллов варьирует от 0 до 14,64 (максимальная выраженность всех симптомов).

Таблица 4

Ключевые достоинства препарата Нейробион

Нейробион раствор для инъекций содержит три витамина (В ₁ , В ₆ , В ₁₂) без лидокаина	Нейробион раствор не содержит лидокаин, что значительно снижает риск побочных эффектов, особенно со стороны сердечно-сосудистой системы, и риск аллергических реакций на лидокаин
Наличие двух форм выпуска: раствор для инъекций и таблетки	Позволяет провести индивидуальный подбор терапии в зависимости от выраженности болевого синдрома и обеспечить курсовое лечение: инъекции, далее таблетки
Таблетированная форма препарата Нейробион содержит три витамина, включая В ₁₂	Нейробион® таблетки содержат терапевтическую дозу витамина В ₁₂ , который участвует в восстановлении миелиновой оболочки и регенерации нервных волокон, уменьшая тем самым частоту повторных эпизодов боли
Нейробион — оригинальный препарат. Применяется в 75 странах мира с 1962 года	Большая доказательная база и широкий опыт клинического применения препарата в разных странах

В₁, В₆ и В₁₂ в одной таблетке или ампуле. Примером официальной комбинации такого рода является оригинальный препарат Нейробион, который впервые появился в клинической практике в 1962 году в Австрии (табл. 4).

В ряде исследований показано, что и комбинация, и отдельное назначение витаминов В₁, В₆ и В₁₂ обладают анальгетическим потенциалом. Полагают, что антиноцицептивный эффект такого комбинированного комплекса обусловлен ингибированием синтеза и/или блокированием действия воспалительных медиаторов. Показано, что комплекс витаминов группы В усиливает действие норадреналина и серотонина — главных «антиноцицептивных» медиаторов.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Сахарный диабет — одна из самых злободневных проблем современной клинической медицины, что связано с эпидемическим ростом данного заболевания, высокой частотой жизнеугрожающих осложнений и инвалидизации населения, а также латентным течением диабета и предшествующих метаболических нарушений. Диабетическая полинейропатия является частым осложнением сахарного диабета, которое приводит к значительной заболеваемости и ухудшает качество жизни больных. Ранняя диагностика диабетической нейропатии важна для предупреждения осложнений СД и должна проводиться терапевтом на амбулаторном этапе оказания медицинской

помощи. Единственный вид терапии, для которой подтверждена способность снижать частоту и замедлять прогрессирование диабетической полинейропатии, — адекватный контроль уровня гликемии. Лечение нейропатической боли может во многом улучшить качество жизни пациентов с диабетической полинейропатией и включает в себя нейротропные компоненты, действующие на разные этапы метаболизма, трофику нервной ткани, способствующие ремиелинизации поврежденных нервных волокон и обеспечивающие уменьшение выраженности болевого синдрома при нейропатии.



MERCK



Кто сказал, что нервные клетки не восстанавливаются?

Нейробион® – №1 в мире!¹



БЕЗ ЛИДОКАИНА!*



*Не содержит лидокаин.

- Показан при нейропатической боли²
- Содержит три активных витамина В1, В6 и В12 в инъекционной и таблетированной форме²
- Восстанавливает структуру и функцию нервных волокон³
- Без лидокаина²

Применяется в 75 странах¹

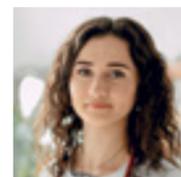


БОЛЬ В СПИНЕ НЕВРОПАТИЧЕСКАЯ БОЛЬ ПОЛИНЕЙРОПАТИЯ

1. <http://www.prnewswire.co.uk/news-releases/merck-serono-celebrates-the-50-year-anniversary-of-neirobion-159834275.html>. 2. Инструкция по медицинскому применению лекарственного препарата для медицинского применения Нейробион®: раствор для внутримышечного введения РУ ЛСР-004589/08, таблетки РУ ЛСР-001540 gfrs.rosminzdrav.ru (дата обращения 19.07.2017). 3. Tong H Influence of neurotropic vitamins on the nerve conduction velocity in diabetic neuropathy. Ann Acad. Med Singapore 1980; 9.; Janka HU et al. The influence of Neurobion on temperature sensibility in patients with diabetic polyneuropathy In: Hrsg: Rietbrock N. Pharmakologie und klinische Anwendung hochdosierter B-vitamine-Steindokopf. Verlag, Darmstadt, 1991: 87-97. Информация для медицинских специалистов. Для использования на медицинских конференциях. Реклама.

Полную информацию о препарате вы можете получить в ООО «Др.Редди'с Лабораторис». 115035 г. Москва, Овчинниковская наб., д. 20, стр. 1.

ЭФФЕКТИВНОСТЬ ПРИМЕНЕНИЯ КОМПЛЕКСНОГО ПРЕПАРАТА ДЖОСЕТ® В ТЕРАПИИ ОСТРЫХ И ХРОНИЧЕСКИХ БРОНХОЛЕГОЧНЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ



А. С. Сычёва



С. В. Царегородцев



А. С. Титов



Д. А. Хланта



А. В. Носова



А. Л. Вёрткин

ФГБОУ ВО МГМСУ им. А. И. Евдокимова, Москва

Ключевые слова: острый бронхит, внебольничная пневмония, муколитическая терапия

Больные с жалобой на кашель — одни из наиболее частых посетителей врачей первичного звена, пульмонологов и других специалистов. Кашель — мультидисциплинарная проблема, связанная с обширным спектром причин развития этого симптома, трудностями их верификации, недостаточной эффективностью лечебных программ.

У пациентов, страдающих хроническим кашлем, длительное его течение приводит к физическим, социальным и психологическим проблемам. Существенно ухудшается качество жизни больных [1].

Цель исследования — оценка эффективности и безопасности лекарственного препарата Джосет® в терапии острых и хронических бронхолегочных заболеваний, сопровождающихся затруднением отхождения мокроты.

Кашель (tussis) — рефлекторный акт, он играет большую роль в самоочищении дыхательных путей как от инородных тел, попавших извне, так и от эндогенно образовавшихся продуктов (слизь, кровь, гной, продукты тканевого распада) [2]. Кроме того, это один из ведущих симптомов острых и хронических бронхолегочных заболеваний. И как симптом кашель характерен для более чем 50 нозологических форм [1].

История выделяет несколько важных дат для понимания различной природы кашля:

/ 1640 год: описан кашель при инфекционном заболевании — коклюше (приступообразный, спазматический — «лающий»);

/ 1879 год: впервые описан синдром развития синкопальных состояний при кашле — одного из внелегочных осложнений («криз гортанный», «обморок кашлевой», «гортанная апоплексия Шарко»);

/ 1985 год: описан кашель как осложнение лекарственной терапии при приеме ингибиторов АПФ (каптоприл);

/ 1989 год: впервые описан эозинофильный бронхит как причина хронического кашля.

Причины возникновения кашля [3]:

/ непосредственное раздражение рецепторов дыхательных путей за счет инфекции, аллергии, интоксикации, инородных тел, вазомоторных расстройств, давления на п. vagus, бронхи;

/ рефлекторное раздражение кашлевого

центра с рецепторов кожи, носа, уха, желудка, кишечника, печени и желчного пузыря, матки; / первичное возбуждение центральной нервной системы.

В англоязычной литературе тип кашля, обусловленный потребностью кашлять, характеризуется как urge-to-cough и является компонентом системы мотивации мозга, служащей посредником когнитивных реакций на кашлевые стимулы. Традиционно выделяют три фазы кашля:

/ инспираторную,
/ компрессионную,
/ экспираторную.

В экспираторную фазу, приблизительно через 0,2 с после завершения компрессии, голосовая щель рефлекторно открывается, создается перепад давления и турбулентный поток воздуха резко выбрасывается из дыхательных путей, увлекая за собой содержимое бронхов. Объемная скорость воздушного потока достигает 12 л/с, а внутригрудное давление — 300 мм рт. ст., что может приводить к самым разным осложнениям [4].

Осложнения кашля подразделяются на физические (обмороки, пневмоторакс, рвота, боль в груди, недержание мочи, грыжи, головная боль), психологические (депрессия, тревога, страх серьезной болезни, бессонница), социальные (избегание общественных мероприятий, публичных мест, проблемы с работой) [5].

В многочисленных исследованиях показано, что в число наиболее распространенных причин хронического кашля приблизительно у 86% взрослых пациентов входит так называемая триада кашля: заболевания верхних дыхательных путей, бронхиальная астма и гастроэзофагеальная рефлюксная болезнь (ГЭРБ) [6–8]. В ряде случаев причину кашля установить не удается, что и привело к внедрению понятия идиопатический («непо-

Таблица 1

Причины возникновения кашля и ассоциированные с ними заболевания

Причина возникновения кашля	Заболевания
Воспаление и инфильтрация слизистой оболочки дыхательных путей, их сдавление и бронхоспазм	– острый или хронический бронхит, бронхоэктазы – коклюш – бронхоспазм (бронхиальная астма) – инфильтрация дыхательных путей при раке легкого, карциноиде, саркоидозе, туберкулезе; – сдавление трахеи и бронхов увеличенными лимфатическими узлами, опухолью средостения или аневризмой аорты
Паренхиматозные заболевания легких	– пневмония, абсцесс легкого
Перибронхиальный и интерстициальный отек	– застойная сердечная недостаточность (ЗСН)
Аспирация инородного тела, отделяемого верхних дыхательных путей или содержимого желудка	– синусит, ринит, гастроэзофагеальная рефлюксная болезнь (ГЭРБ)
Химическое, термическое раздражение: вдыхание газов с сильным запахом (например, сигаретный дым, пыль, газы); вдыхание очень горячего или очень холодного воздуха	– бронхоспазм, бронхит, пневмония
Медикаментозная терапия: прием ингибиторов АПФ, β-адреноблокаторов	– кашель, эпизоды бронхообструкции

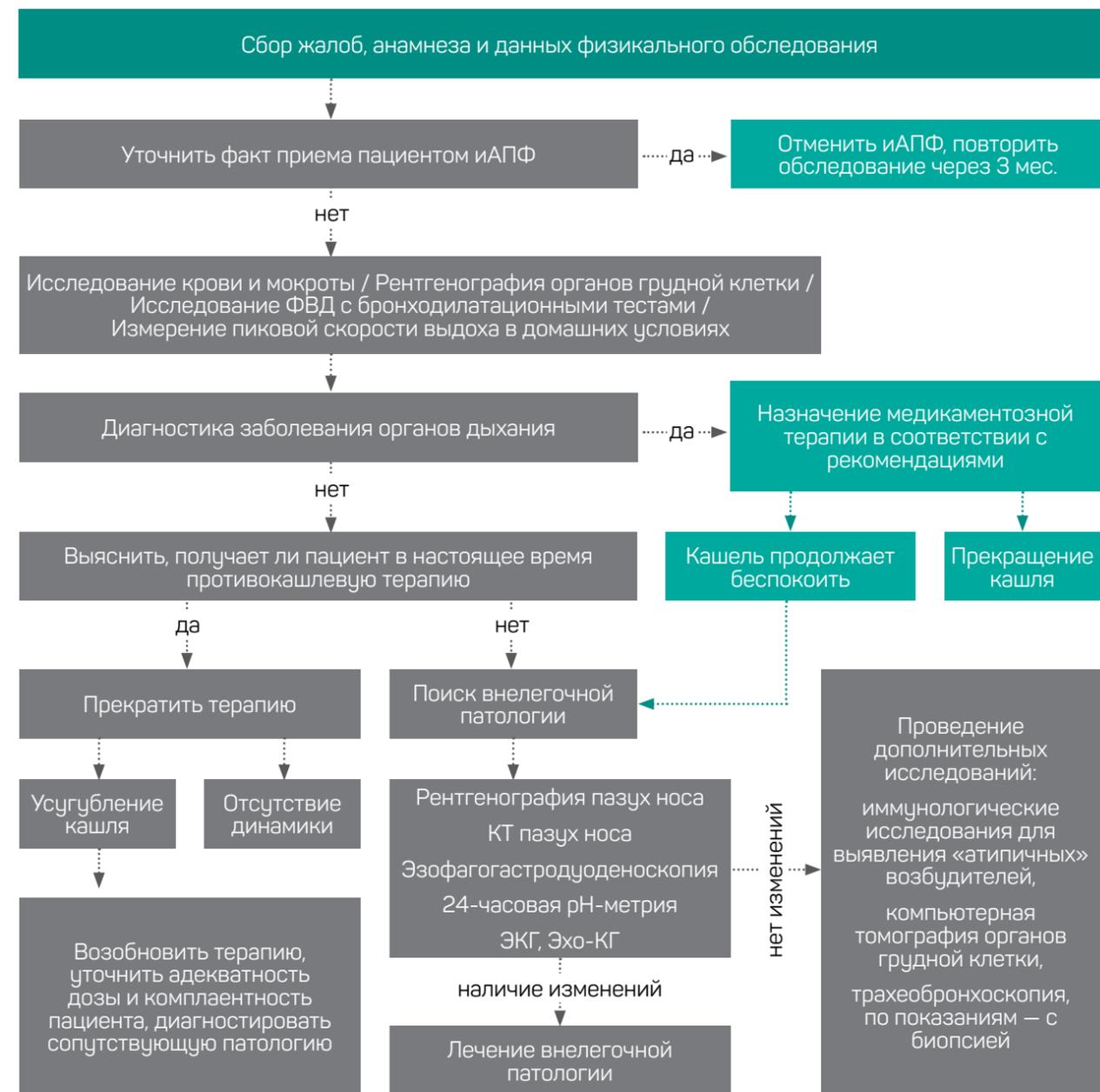
нятый», unexplained) кашель [9]. Среди пациентов преобладают женщины (77%), что объясняют гендерными различиями чувствительности порога кашлевого рефлекса и сенсорных рецепторов. Группа экспертов в рекомендациях по лечению непонятного кашля (Treatment of Unexplained Chronic Cough: CHEST Guideline and Expert Panel Report, 2015) дает следующее его определение: «Мы предполагаем, что у взрослых пациентов необъяснимый хронический кашель определяется как кашель, который сохраняется дольше 8 недель и остается необъяснимым после обследований и контролируемого терапевтического лечения, проведенного в соответствии с лучшими опубликованными практическими рекомендациями» [10]. Приблизительно у 10% больных, направленных к пульмонологу, фигурирует кашель неизвестной

причины. Диагноз необъяснимого кашля является диагнозом исключения. Учитывая изнурительный характер кашля, отрицательное влияние его на качество жизни, таким пациентам нужно проведение более глубокой диагностической программы и активной противокашлевой терапии.

По длительности выделяют острый кашель (до 3 недель), подострый (от 3 до 8–10 недель) и хронический кашель (более 8 недель) [12, 13, 14].

«Красные флаги» кашля:

/ впервые возникший и непрекращающийся,
/ с примесью крови,
/ с мокротой зеленого цвета,
/ с дистанционными хрипами,
/ ночной,
/ резистентный к терапии,
/ без установленной причины,
/ сочетающийся с потерей массы тела.



Диагностические процедуры [1]:
/ первая ступень:

_ анамнез заболевания;
_ объективный осмотр;
_ рентгенография, компьютерная томография грудной клетки;
_ спирометрия, включая бронхопровокационный тест;
_ рентгенография придаточных пазух носа;
_ осмотр ЛОР-врачом с проведе-

нием ларингоскопии;

_ бронхоскопия;

/ вторая ступень:

_ эзофагогастродуоденоскопия;
_ эзофагоманометрия, включая проксимальный и дистальный 24-часовой мониторинг pH;
_ томография трахеи;
_ аллергические пробы;

/ третья ступень:

_ измерение суточного профиля кашлевых толчков.

Рис. 1
Алгоритм диагностики хронического кашля у взрослых

Кашель длительностью более 3 недель и резистентный к обычной терапии служит показанием к обязательному углубленному обследованию больного.

Следует отметить, что проблема острого кашля изучена недостаточно, так же как и возможности его медикаментозной терапии [15]. В соответствии с классификацией R. Balsamo и соавт. (2010) выделяют 4 группы мукоактивных препаратов [16]:

/ Экспекторанты (отхаркивающие препараты). Увеличивают объем бронхиального секрета; могут вызывать синдром «заболачивания легких» вследствие значительного увеличения объема мокроты, оказывают непродолжительное действие.

/ Мукокинетики. Стимулируют двигательную активность ресничек мерцательного эпителия; повышают синтез и секрецию сурфактанта; активируют серозные клетки желез слизистой оболочки бронхов, увеличивая содержание слизистого секрета, улучшают мукоцилиарный транспорт.

/ Мукорегуляторы. Регулируют продукцию и вязкость секрета; редуцируют число бокаловидных клеток, особенно в терминальных бронхиолах; обладают противовоспалительным (уменьшает синтез интерлейкинов IL-6, IL-8) и антиоксидантным эффектом.

/ Муколитики. Снижают вязкость секрета и улучшают его выведение из легких.

Целесообразно влиять на все патогенетические механизмы кашля. Комбинированный препарат Джосет®, представленный на российском фармацевтическом рынке, с успехом применяется для лечения кашля любой этиологии. Препарат Джосет® выпускается в виде сиропа, в 10 мл которого содержится: сальбутамол — 2 мг, бромгексин — 4 мг, гвайфенезин — 100 мг, левоментол — 1 мг.

Терапевтические эффекты препарата Джосет® достаточно полно описаны в ряде открытых рандомизированных клинических исследований, проведенных в России, по данным которых у пациентов с различными заболеваниями органов дыхания была отмечена высокая эффективность препарата [17, 18]. В настоящей работе приведены результаты проспективного обсервационного клинического исследования эффективности и безопасности применения комбинированного препарата Джосет® для лечения кашля у взрослых с острыми и хроническими бронхолегочными заболеваниями, сопровождающимися нарушением отхождения мокроты.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

В исследовании приняли участие 50 пациентов с клиническими признаками острого или хронического бронхита, пневмонии различной

локализации, сопровождающихся затруднением отхождения мокроты (табл. 2). Для этих целей был проведен скрининг пациентов, находящихся на стационарном лечении в терапевтическом отделении. Пациенты получали антибиотики, дезинтоксикационную терапию и Джосет® в дозировке 10 мл на прием 3 раза в день.

Критерии включения:

- / острый/хронический бронхит;
- / трахеобронхит;
- / пневмония;
- / отказ от приема других отхаркивающих препаратов на весь период исследования.

Критерии невключения:

- / повышенная чувствительность к компонентам препарата;
- / тахикардия;
- / аортальный стеноз;
- / декомпенсированный сахарный диабет;
- / тиреотоксикоз;
- / глаукома;

Таблица 2

Характеристика и основные гемодинамические показатели участников исследования

Основные характеристики	Гемодинамические показатели
Возраст, годы	70,0±14,0
Мужчины/женщины, n (%)	22 (44,0)/28 (56,0)
ИМТ	27,3±6,5
САД, мм рт. ст.	128,3±15,1
ДАД, мм рт. ст.	76,4±12,0
ЧСС, уд./мин	76,3±10,8
Пневмония, n (%)	34 (68,0)
Хронический бронхит, n (%)	9 (18,0)
Острый бронхит, n (%)	7 (14,0)
Фоновые заболевания	
Гиперлипидемия, n (%)	6 (12,0)
Гипертоническая болезнь, n (%)	27 (54,0)
Курение, n (%)	14 (28,0)
Сахарный диабет, n (%)	11 (22,0)

/ печеночная и/или почечная недостаточность;

/ язвенная болезнь желудка и двенадцатиперстной кишки в фазе обострения.

Оценка состояния участников проводилась на первый, третий и пятый день госпитализации: общий анализ крови, общий анализ мокроты, общий анализ мочи, исследование функции внешнего дыхания, пациенты самостоятельно заполняли опросник балльной оценки кашля (БОК) (табл. 3).

РЕЗУЛЬТАТЫ

В показателях спирометрии на пятый день отмечалась выраженная положительная динамика: увеличение показателей ОФВ1 (на 8,3%), ЖЕЛ (на 19,1%), ФЖЕЛ (на 9,5%). Объем форсированного выдоха за одну секунду является одним из важнейших показателей, характеризующих вентиляцию легких, и использовался для динамической оценки состояния дыхательных путей.

Пациенты отмечали уменьшение частоты и интенсивности кашля в дневное и ночное время, облегчение при отхождении мокроты.

ОБСУЖДЕНИЕ

Болезни органов дыхания в последние десятилетия занимают одно из ведущих мест в структурах заболеваемости и смертности населения [19].

Общей чертой их патогенеза является нарушение мукоцилиарного клиренса (МЦК), который участвует в выведении продуктов клеточного распада и ингалированных микроорганизмов. Аппарат МЦК состоит из реснитчатого аппарата мерцательного эпителия и секреторной системы, а также слоя жидкости, выстилающей поверхность дыхательных путей и связывающей частицы токсических химических веществ. Секреторные клетки и белково-слизистые желе-

Целесообразно влиять на все патогенетические механизмы кашля. Комбинированный препарат Джосет®, представленный на российском фармацевтическом рынке, с успехом применяется для лечения кашля любой этиологии

Таблица 3

Балльная шкала оценки дневного и ночного кашля

Дневной кашель	Баллы	Ночной кашель	Баллы
Нет кашля	0	Нет кашля	0
Единичные кашлевые толчки	1	Кашель, не прерывающий сон	1
Редкий кашель в течение дня	2	Кашель, прерывающий сон не более 2 раз за ночь	2
Частый кашель, не влияющий на дневную активность	3	Кашель, прерывающий сон более 2 раз за ночь	3
Частый кашель, снижающий дневную активность	4	Частое прерывание сна	4
Тяжелый кашель, при котором невозможна дневная активность	5	Кашель, не дающий возможности заснуть	5

зы подслизистого слоя совместно с реснитчатым эпителием обеспечивают слаженную работу защитной системы респираторного тракта [20].

С МЦК неразрывно связан кашлевой рефлекс, выполняющий защитную функцию — удаление излишка бронхиального секрета.

Кашель в начальном периоде острого бронхита и трахеобронхита обычно сухой, изнуряющий.

При трахеобронхите он может сопровождаться чувством давления или болями за грудиной. На второй неделе болезни кашель при этих заболеваниях, как правило, становится продуктивным, появляется тенденция к уменьшению его интенсивности и частоты. Кашель при пневмонии часто отрывистый, болезненный на фоне локальных влажных мелкопузырчатых хрипов, крепитации в легких и при-

Джосет® в стандартной дозе — высокоэффективное лекарственное средство с комбинированным механизмом патогенетического действия для лечения кашля при острых и хронических бронхолегочных заболеваниях, сопровождающихся нарушением отхождения мокроты. Применение лекарственного препарата Джосет® не сопровождается развитием нежелательных лекарственных реакций

Таблица 4

Результаты исследования функции внешнего дыхания в динамике

Основные показатели	Первый день	Третий день	Пятый день
ОФВ1 (% от должного)	55,9±22,3	57,1±21,6	64,2±24,8
ЖЕЛ (% от должного)	42,1±17,5	54,1±20,8	61,2±21,0
ФЖЕЛ (% от должного)	66,5±24,4	67,9±23,8	76,0±23,9

ОФВ1 — объем форсированного выдоха за первую секунду.

ЖЕЛ — жизненная емкость легких.

ФЖЕЛ — форсированная жизненная емкость легких.

Таблица 5

Оценка опросника БОК

Основные показатели	Первый день	Третий день	Пятый день
Дневной кашель (баллы)	4,1±1,4	3,4±1,1	1,6±1,5
Ночной кашель (баллы)	3,9±1,3	2,7±0,9	1,9±1,1

тупления перкуторного звука над областью воспаления. При плевропневмонии кашель сопровождается локальной болезненностью в зоне инфильтрации [21].

Патогенез нарушений мукоцилиарного клиренса при заболеваниях нижних дыхательных путей имеет многофакторный характер. Соответственно, и препараты, противодействующие им, для достижения высокой эффективности должны обладать разнонаправленностью действия.

Препараты, облегчающие кашель, способствующие выделению мокроты, широко назначаются терапевтами, пульмонологами. Понятие «мукоактивные препараты» объединяет все лекарственные средства, воздействующие на мукоцилиарный клиренс. К их отдельной группе относятся так называемые комбинированные препараты, в состав которых входят вещества разных фармакологических групп. Патогенетическим обоснованием назначения комбинированных мукоактивных препаратов является то, что в возникновении кашля с выделением мокроты зачастую задействовано множество различных механизмов: образование вязкой слизи, бронхоспазм, мукостаз и др. При лечении кашля применение комбинированного препарата позволяет свести к минимуму количество и кратность приема лекарственных веществ.

Целесообразно применение комбинации муколитика и β_2 -агониста, которая одновременно действует на несколько звеньев патогенеза острого бронхита и пневмонии, предотвращая развитие инфекционных осложнений. Комбинированный препарат Джосет® показал эффективность и безопасность лечения кашля при остром бронхите благодаря своему составу: сальбутамол, бромгексин, гвайфенезин, левоментол.

Сальбутамол — стимулятор β_2 -адренорецепторов бронхов, бронхолитическое средство, предупреждает или купирует бронхоспазм. Бромгексин — муколитическое средство, оказывает отхаркивающие и противокашлевое действие, уменьшает вязкость мокроты за счет деполяризации кислых мукополисахаридов и стимуляции секреторных клеток слизистой оболочки бронхов. Он также активизирует реснички мерцательного эпителия, вследствие чего улучшается отхождение мокроты. Гвайфенезин — уменьшает поверхностное натяжение и адгезивные свойства мокроты, увеличивает серозный компонент бронхиального секрета, снижает вязкость мокроты, активирует цилиарный аппарат бронхов, облегчает удаление мокроты и способствует переходу непродуктивного кашля в продуктивный.

Левоментол — оказывает спазмолитическое действие, мягко стимулирует секрецию бронхиальных желез, обладает антисептическими свойствами, оказывает успокаивающее действие и уменьшает раздражение слизистой оболочки дыхательных путей.

Все компоненты оказывают синергическое действие: улучшают мукоцилиарный клиренс, регулируют секрецию бронхиальной слизи и ее реологические свойства, снижают избыточный тонус бронхов. В результате происходит быстрое очищение бронхов от измененного бронхиального секрета и уменьшение/прекращение кашля.

Джосет® применяется при острых и хронических бронхолегочных заболеваниях, таких как ХОБЛ, пневмония, трахеобронхит, сопровождающихся кашлем и затруднением отхождения мокроты, для купирования бронхоспазма, разжижения мокроты, улучшения дренажной функции бронхов, для улучшения секреции брон-

хиальных желез и уменьшения раздражения слизистой оболочки дыхательных путей.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Кашель — наиболее частый и в подавляющем большинстве случаев обязательный симптом при различных заболеваниях органов дыхания. До настоящего времени медикаментозное лечение кашля невозможно считать оптимальным, предпочтения в выборе противокашлевых препаратов основываются главным образом на субъективных мнениях экспертов, а не на доказательствах [22]. Таким образом, целесообразно назначение мукоактивного препарата, эффективность и безопасность которого подтверждены методами доказательной медицины и получили высокую субъективную оценку врачей и пациентов.

Лекарственный препарат Джосет® в стандартной дозе — высокоэффективное лекарственное средство с комбинированным механизмом патогенетического действия для лечения кашля при острых и хронических бронхолегочных заболеваниях, сопровождающихся нарушением отхождения мокроты. Применение лекарственного препарата Джосет® не сопровождается развитием нежелательных лекарственных реакций, пациенты хорошо переносят стандартные дозы.

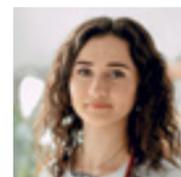
Литература

1. Чучалин А.Г., Абросимов В.Н. Кашель. М.: Эхо, 2012.
2. Клячкина И.Л. Лечение кашля при ОРВИ и гриппе // РМЖ. 2012. № 6. С. 278.
3. Ровкина Е. И. Симптоматическая терапия как важнейшее звено терапии кашля // Лечащий врач. № 04/12.
4. McCool F.D. Global physiology and pathophysiology of cough: ACCP evidence-based clinical practice guidelines // Chest. 2006. 129(1):48-53.
5. Irwin R.S. Complications of Cough. ACCP evidence-based clinical practice guidelines // Chest. 2006. 129(1):54-58.
6. Palombini B.C., Villanova C.A., Araujo E.A. Pathogenic triad in chronic cough. Asthma, postnasal drip syndrome and gastroesophageal reflux disease // Chest.

1999. 116(2):279-284.
7. Dicipingaitis P.V. Cough: an unmet clinical need // Br. J. Pharmacol. 2011. 163(1):116-124.
8. McGarvey L.P.A. Does idiopathic cough exist? // Lung. 2008. 186:78-81.
9. Plevkova J., Song W.J. Chronic cough in subjects with upper airway diseases — analysis of mechanisms and clinical applications // Asia Pac. Allergy. 2013. 3(2):127-135.
10. Gibson P., Wang G., McGarvey L., Vertigan A.E. Treatment of Unexplained Chronic Cough: CHEST Guideline and Expert Panel Report // Chest. 2015. Oct 1. doi: 10.1378/chest.15-1496. [Epub ahead of print].
11. Овчинников А.Ю., Деточка Я.В., Ровкина Е.И. Кашель. М.: Эталон, 2006. 12 с.
12. Irwin R.S., Boulet L.P., Cloutier M.M. et al. Managing cough as a defense mechanism and as a symptom. A consensus panel report of the American College of Chest Physicians // Chest. 1998. Vol. 114. No. 2. Suppl. Managing. P. 133S-181S.
13. Kardos P. Management of cough in adults // Breathe. 2010. Vol. 7. No. 2. P. 123-133.
14. Синопальников А.И., Клячкина И.Л. Кашель. М.: МИА, 2013.
15. Morice A.H., Fontana G.A., Belvisi M.G. et al. ERS guidelines on the assessment of cough // Eur. Respir. J. 2007. Vol. 29. P. 1256-1276.
16. Balsamo R. Mucoactive drugs // Eur. Res. Rev. 2010. 19:127-133.
17. Купаев В.И., Щелкунова Л.А., Гушина Ю.М., Киргизова О.А., Каштанова Н.В. Мукоактивная терапия острого бронхита: что лучше назначить в реальной общей врачебной практике? // Cardiology Internal Medicine. 2016. No. 5(134).
18. Бетанели Т.Ш., Давыдкин И.Л., Осадчук А.М., Кривова С.П., Ушмодина О.В. Комбинированное отхаркивающее средство в лечении больных внебольничной пневмонией // Доктор. Ру. 2015. No. 3(104)-4(105).
19. Мальхин Ф.Т., Визель А.А., Визель И.Ю. Применение мукоактивных лекарственных средств в практике терапевта // Архив внутренней медицины. 2013. № 5(13).
20. Мещерякова Н.Н., Белевский А.С. Лечение кашля: за пределами клинических рекомендаций // Астма и аллергия. 2016. № 4.
21. Пиккуза О.И., Файзуллина Р.А., Закирова А.М., Шошина Н.К. Кашель: от симптома к синдрому, диагнозу // Практическая медицина. 2010. 6(45).
22. Molassiotis A., Bryan G., Caress A., Bailey C., Smith J. Pharmacological and non-pharmacological interventions for cough in adults with respiratory and non-respiratory diseases: A systematic review of the literature // Respir. Med. 2010. 104(7):934-944.

ЭФФЕКТИВНОСТЬ ПРИМЕНЕНИЯ КОМБИНИРОВАННОГО ПРЕПАРАТА КЛОДИФЕН НЕЙРО® ПРИ ПОЧЕЧНОЙ КОЛИКЕ

ОПЫТ ПРИМЕНЕНИЯ



А. С. Сычёва¹



А. Л. Кебина¹



В. В. Тедеев²



Р. Э. Габуева¹



А. Л. Вёрткин¹

¹ФГБОУ ВО МГМСУ им. А. И. Евдокимова, Москва

²ГКБ им. С. И. Спасокукоцкого, Москва

Ключевые слова: мочекаменная болезнь, почечная колика, болевой синдром, НПВП, диклофенак, витамины группы В

Мочекаменная болезнь (МКБ) занимает важное место в повседневной практике как уролога, так и практикующих врачей общего профиля. Очень часто пациенты с клиникой почечной колики попадают прежде всего на прием к терапевту в поликлинике, что обуславливает необходимость владения не только методами диагностики, но и эффективного медикаментозного воздействия при данной патологии.

Цель исследования — оценка эффективности и безопасности лекарственного препарата Клодифен Нейро® в терапии болевого синдрома при почечной колике.

Обращает на себя внимание высокая распространенность мочекаменной болезни: в среднем риск заболеваемости уролитиазом колеблется в пределах 1–20%. Причем она выше среди мужчин, чем среди женщин (соотношение около 3:1), наиболее часто проявляется в возрасте 40–50 лет. Прогрессирующее и рецидивирующее камнеобразование — отличительная особенность для всех типов конкрементов [1].

Почечная колика описывается пациентами как наисильнейшая боль, но, несмотря на это, вопрос о лучшем ее купировании остается открытым. Выбор обезболивания должен основываться как на эффективности, так и на скорости введения препарата.

Первый этап лечения при почечной колике — купирование болевого синдрома [2, 3]. Нестероидные противовоспалительные препараты (НПВП) доказали свою эффективность у пациентов с почечной коликой [4, 5]. Больным, принимающим НПВП, в краткосрочной перспективе дальнейшая анальгезия требуется реже. Купирование болевого синдрома достигается применением следующих препаратов: диклофенак, индометацин, ибупрофен, теноксикам [14], трамадол.

Лечение должно быть инициировано сразу при возникновении болевого синдрома. В соответствии с результатами двойного плацебо-контролируемого исследования повторные приступы почечной колики отмечались значительно реже у пациентов, получавших НПВП (по сравнению с пациентами, не

получавшими терапии) в течение первых 7 дней лечения [6]. В патогенезе развития почечной колики одну из важнейших ролей играет воспалительный отек стенки мочеточника вокруг камня [15]. Поэтому при выборе лекарства для купирования болевого синдрома стоит ориентироваться на быстроту и выраженность противовоспалительного действия препарата. Согласно результатам рандомизированного контролируемого исследования при обезболивании почечной колики в неотложной помощи внутримышечный диклофенак оказался более эффективным по сравнению с внутривенным морфином. Витаминные препараты издавна используются в медицине, при этом наиболее востребованы в клинической практике витамины группы В. Однако некоторые клиницисты считают, что их терапевтические возможности значительно преувеличены [7].

В связи с этим целесообразно проанализировать результаты экспериментальных и клинических исследований применения витаминов группы В и лекарственных средств, содержащих эти витамины, при патологии мочевыделительной системы. Относительно новый подход к терапии мочекаменной болезни — комбинация неселективного НПВП диклофенака натрия с витаминами В₁, В₆ и В₁₂. Потенцирующий анальгезирующий эффект лечебных доз витаминов группы В позволяет уменьшать суммарную дозу диклофенака.

Цель исследования — оценка анальгетической и противовоспалительной активности фиксированной комбинации диклофенака натрия с витаминами группы В (препарат Клодифен Нейро®) при почечной колике. Результаты применения комбинации диклофенака натрия с комплексом витаминов группы В при почечной колике представляются впервые.



Рис. 1
Патогенез почечной колики

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

С июля по сентябрь 2019 года на базе многопрофильного стационара ГКБ им. С. И. Спасокукоцкого проводилось краткосрочное открытое исследование по оценке анальгетической активности препарата Клодифен Нейро® (50 мг диклофенака в комбинации с 50 мг тиамин, 50 мг пиридоксина и 0,25 мг цианокобаламина) у больных с почечной коликой в течение трех дней госпитализации. В исследовании приняли участие 30 человек: 14 (46,6%) женщин, 16 (53,6%) мужчин (табл. 1).

Критериями включения служили:
/ возраст старше 18 лет;
/ мочекаменная болезнь с приступом почечной колики;
/ подписанное информированное согласие на участие в исследовании.

Критерии исключения:

- / развитие побочных эффектов препарата;
- / непереносимость диклофенака или витаминов группы В в анамнезе;
- / декомпенсация сопутствующей соматической патологии;
- / острые эрозивные повреждения желудочно-кишечного тракта в течение месяца до начала исследования;
- / желание пациента выйти из участия в исследовании.

Клодифен Нейро® назначали по одной капсуле три раза в сутки пациентам с приступом почечной колики и мочекаменной болезнью в анамнезе, которая послужила причиной госпитализации. Оценка выраженности болевого синдрома проводилась при помощи ВАШ до

Уменьшение болевого синдрома после приема первой капсулы Клодифена Нейро® составило 40,7%, а к концу первого дня — 26,1% от начального уровня боли. У двух пациентов болевой синдром был купирован полностью

Таблица 1

Клиническая характеристика пациентов с почечной коликой

	Параметры	
	М±SD	Ме (25–75%)
Возраст, лет	51,53±18,30	49 (37–61)
Пол, n (%)		
Женщины	14	46,6
Мужчины	16	53,4
Причина назначения Клодифена Нейро®, n (%)		
Почечная колика	30	100

Таблица 2

Динамика болевого синдрома при лечении Клодифеном Нейро®

День приема	Результат по ВАШ до приема препарата, мм	Результат по ВАШ после приема препарата, мм
1	5,733±0,392	3,400±0,408
	4,067±0,417	2,700±0,377
	2,633±0,408	1,500±0,282
2	4,000±0,329	1,786±0,305
	2,036±0,346	1,143±0,260
	1,250±0,260	0,750±0,190
3	2,429±0,274	1,107±0,173
	1,000±0,212	0,536±0,140
	0,536±0,150	0,321±0,116

приема препарата и через 3 часа после, в течение трех дней. Пациенты вели дневник приема препарата, в котором каждый день отмечали уровень боли по ВАШ и нежелательные лекарственные реакции. Больные осматривались ежедневно. Статистическую обработку результатов проводили в программе Microsoft Excel 2010 и при помощи статистических онлайн-калькуляторов.

РЕЗУЛЬТАТЫ

Начали исследование 30 пациентов, завершили его 28 (93,3%), отказались продолжать прием препарата в связи с купированием болевого приступа 2 (6,7%) человека. Развития нежелательных побочных эффектов в данной группе не наблюдалось. Динамика болевого синдрома при почечной колике в течение трех дней приема Клодифена Нейро® показана в табл. 2. Уменьшение болевого синдрома после приема первой капсулы составило 40,7% ($p < 0,01$), а к концу первого дня — 26,1% ($p < 0,01$) от начального уровня боли (рис. 2). У двух пациентов болевой синдром был купирован полностью, в связи с чем они приняли решение выйти из исследования.

Отмечается, что уровень боли по шкале ВАШ на начало дня, до приема первой капсулы, больше, чем

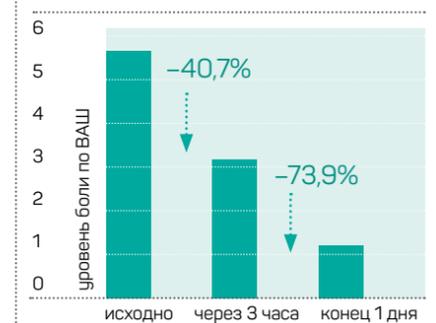


Рис. 2
Динамика болевого синдрома за первые сутки по шкале ВАШ, мм ($p < 0,01$)

Таблица 3

Оценка значений шкалы ВАШ на контрольных точках

Параметры	Показатели			
	Исходно M±SD	Конец 1 дня M±SD	Конец 2 дня M±SD	Конец 3 дня M±SD
ВАШ, мм	5,733±1,911	1,500±1,548 *	0,750±1,005**	0,321±0,612***

Примечание: p<0,01 – на конец 1 дня*, конец 2 дня**, конец 3 дня***

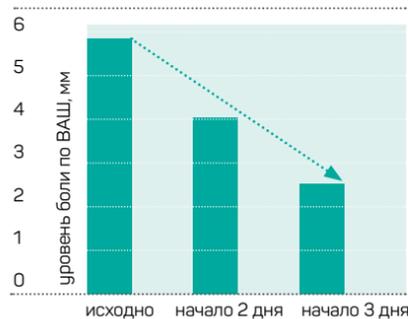


Рис. 3
Сравнение болевого синдрома на начало 2 и 3 дня по отношению к исходному уровню

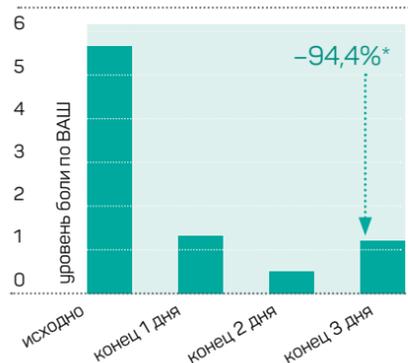


Рис. 4
Динамика болевого синдрома за 3 дня по шкале ВАШ, мм (p<0,01)

в вечерние часы предыдущего дня, однако не достигает исходных значений: до приема первой капсулы — в среднем 4 мм, а в третий день — 2,429 мм (рис. 3, табл. 3). Анализируя динамику снижения болевого синдрома, можно утверждать, что уже после приема одной капсулы Клодифена Нейро® у больных с почечной коликой мы получаем значимое его снижение.

Таким образом, к концу третьего дня мы получили среднее значение боли по визуально-аналоговой шкале равное 0,231, что составило 5,6% (p<0,01) от исходного уровня.

ОБСУЖДЕНИЕ

Наиболее широко применяемым при почечной колике НПВП является диклофенак. Препарат стал стандартом, с которым сравнивают эффективность других лекарств. Данные экспериментальных исследований свидетельствуют о том, что при почечной колике диклофенак не только устраняет боль, но и расслабляет мочеточники: было показано, что он способствует релаксации гладкой мускулатуры мочеточников. По сравнению с папаверином диклофенак оказался в 2 раза более действенным в плане миорелаксации [8].

Эффективность диклофенака была также подтверждена результатами двойного слепого мультигруппового рандомизированного контролируемого исследования Delivering safe and effective analgesia

for management of renal colic in the emergency department: a double-blind, multigroup, randomised controlled trial, опубликованного в марте 2016 года [9]. Методология исследования предполагала выделение трех групп больных на стационарном лечении численностью около 450 человек в каждой с клиникой почечной колики и использование анальгезирующей терапии в виде диклофенака, морфина или парацетамола соответственно для каждой группы. В итоге было выявлено, что наилучший результат был достигнут у 371 (68%) пациента в группе диклофенака, у 364 (66%) — в группе парацетамола и у 335 (61%) — в группе морфина. Острые побочные явления вследствие приема морфина имели место у 19 (3%) участников. В группе диклофенака было зарегистрировано значительно меньшее количество нежелательных явлений — 7 (1%). Основным выводом данного исследования: нестероидные противовоспалительные препараты обеспечивают наиболее эффективную стойкую анальгезию при почечной колике и, по-видимому, имеют наименьшее проявление побочных эффектов.

В терапии болевого синдрома витамины группы В с успехом применяются с середины XX века, хотя механизм их противоболевого действия до сих пор до конца не установлен. Экспериментальные исследования позволяют предположить, что анальгезирующий эффект этих витаминов связан с

Клодифен Нейро

Диклофенак натрия – 50 мг
Пиридоксина гидрохлорид – 50 мг
Тиамин гидрохлорид – 50 мг
Цианокобаламин – 0,25 мг

30 капсул
Регистрационный номер
ЛП-005205 23.11.2018

КЛОДИФЕН НЕЙРО – ДВОЙНАЯ СИЛА ОБЕЗБОЛИВАНИЯ И ВОССТАНОВЛЕНИЯ

- Комплексное действие на все виды боли
- Высокая эффективность терапии
- Уменьшение времени лечения
- Нивелирование побочных эффектов

• «ЗОЛОТОЙ СТАНДАРТ» ОБЕЗБОЛИВАНИЯ • ВОССТАНОВЛЕНИЕ НЕРВНОЙ ТКАНИ

1. M.A. Mibielli, M. Geller et al. Diclofenac plus B vitamins versus diclofenac monotherapy in lumbago: the DOLOR study. Curr Med Res Opin. 2009;25(11):2589-2599. <https://doi.org/10.3111/13696990903246911>.
2. В.В. Ковальчук, Э.О. Аманова и др. Комбинированные препараты: возможность повышения эффективности и безопасности традиционной терапии боли в спине. Эффективная фармакотерапия 2017; 19: 80-88.
3. Рачин А.П. и др. Цервикогенная головная боль в структуре вертеброгенной дорсопатии. Manage Pain, 2019; 2.



торможением ноцицептивной активности в нейронах задних рогов и таламусе; усилением норадренергической и серотонинергической антиноцицептивной активности; ингибированием синтеза и/или блокированием действия воспалительных медиаторов.

Клиническая эффективность витаминов группы В на сегодняшний день изучена довольно хорошо, существует более 100 исследований, посвященных как отдельному, так и совместному применению В₁, В₆ и В₁₂, а также их сочетанию с анальгетиками в комплексной терапии болевого синдрома [10].

Витамины группы В часто применяются в комбинации с нестероидными противовоспалительными препаратами. Клинически и на экспериментальных моделях было показано, что совместное назначение НПВП с витаминами группы В усиливает анальгетический эффект НПВП, габапентина, дексаметазона и вальпроатов, позволяет снизить их дозу [11].

Имеющиеся в настоящее время экспериментальные и клинические данные о применении витаминов группы В в терапии болевых синдромов позволяют сделать следующие выводы:

/ витамины группы В обладают анальгетической активностью;
/ их совместное применение более эффективно, чем монотерапия (В₁, В₆, В₁₂);

/ в терапии острых болей их комбинация с НПВП более эффективна и безопасна, чем монотерапия НПВП.

В будущем показания к применению витаминов группы В скорее всего будут только расширяться.

При выраженном болевом синдроме, когда без назначения НПВС не обойтись, витамины группы В позволяют существенно снизить дозу и продолжительность приема этих препаратов, что уменьшает риск осложнений со стороны органов

желудочно-кишечного тракта и повышает безопасность терапии [12]. Комбинация в одной капсуле препарата диклофенака и витаминов группы В в лечебных дозировках обеспечивает потенцированный обезболивающий эффект — более раннее и полное устранение болевого синдрома в сравнении с приемом одного лишь диклофенака. Учитывая лучшую переносимость и безопасность препарата по сравнению с диклофенаком, целесообразно рекомендовать его применение в качестве первой линии терапии [13].

Полученные в нашей работе результаты подтвердили эффективность и безопасность комбинированного препарата Клодифен Нейро® в лечении почечной колики. В препарате Клодифен Нейро® комбинация витаминов группы В с диклофенаком обладает четким анальгетическим механизмом действия.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

В результате исследования достоверно выявлена клиническая эффективность комбинированного препарата диклофенака с витаминами группы В у пациентов с болевым синдромом при почечной колике. За время исследования не было выявлено нежелательных реакций со стороны препарата. Хорошая переносимость препарата и быстрый обезболивающий эффект дают возможность широкого использования Клодифена Нейро® при почечной колике.

Литература

1. Trinchieri A., Curhan G., Karlsen S., Jun Wu K. Epidemiology // Stone Disease / Eds J. Segura, P. Conort, S. Khoury. Paris: Health Publications, 2003. P. 13-30.
2. Phillips E., Kieley S., Johnson E.B. et al. Emergency room management of ureteral calculi: current practices // J. Endourol. 2009 Jun. 23(6):1021-1024.
3. Micali S., Grande M., Sighinolfi M.C. et al. Medical therapy of urolithiasis // J. Endourol. 2006 Nov. 20(11):841-847.

4. Engeler D.S., Schmid S., Schmid H.P. The ideal analgesic treatment for acute renal colic — theory and practice // Scand. J. Urol. Nephrol. 2008. 42(2):137-142.
5. Shokeir A.A., Abdulmaaboud M., Farage Y. et al. Resistive index in renal colic: the effect of nonsteroidal anti-inflammatory drugs // BJU Int. 1999 Aug. 84(3):249-251.
6. Seitz C., Liatsikos E., Porpiglia F. et al. Medical therapy to facilitate the passage of stones: what is the evidence? // Eur. Urol. 2009 Sep. 56(3):455-471. doi: 10.1016/j.eururo.2009.06.012. Epub. 2009 Jun 21.
7. Lemoine A., Le Devehat C. Clinical conditions requiring elevated dosages of vitamins // Int. J. Vitam. Nutr. Res. Suppl. 1989. Vol. 30. P. 129-147.
8. Sivrikaya A., Celik O.F., Sivrikaya N., Ozgur G.K. The effect of diclofenac sodium and papaverine on isolated human ureteric smooth muscle // Int. Urol. Nephrol. 2003. 35(4):479-483.
9. Pathan S.A., Mitra B., Straney L.D. et al. Delivering safe and effective analgesia for management of renal colic in the emergency department: a double-blind, multigroup, randomised controlled trial // Lancet. 2016 May 14. 387(10032):1999-2007.
10. Данилов А.Б., Данилов А.Б. Управляя болью. Биопсихосоциальный подход. М.: АММ ПРЕСС, 2012. С. 582.
11. Старчина Ю.А. Витамины группы В в лечении заболеваний нервной системы // Неврология, нейропсихиатрия, психосоматика. 2009. № 2. С. 84-87.
12. Левин О.С., Мосейкин И.А. Комплекс витаминов группы В в лечении дискогенной пояснично-крестцовой радикулопатии // Журн. неврол. и психиатрии им. С.С. Корсакова. 2009. 10. С. 30-35.
13. Камчатнов П.Р., Бойко А.Н. Нейродикловит: возможность применения у пациентов с болью в спине // Фарматека. 2010. № 7. С. 63-68.
14. Al-Waili N.S. Intramuscular tenoxicam to treat acute renal colic // Br. J. Urol. 1996 Jan. 77(1):15-16.
15. Вёрткин А.Л., Мазо Е.Б., Дадыкина А.В., Лукашов М.И. Почечная колика // Лечащий врач. 2006. № 7.

VII РОССИЙСКИЙ КОНГРЕСС ПО ОСТЕОПОРОЗУ, ОСТЕОАРТРИТУ И ДРУГИМ МЕТАБОЛИЧЕСКИМ ЗАБОЛЕВАНИЯМ СКЕЛЕТА С МЕЖДУНАРОДНЫМ УЧАСТИЕМ

Ярославль • 22-24 апреля 2020



VII RUSSIAN CONGRESS ON OSTEOPOROSIS, OSTEOARTHRITIS AND METABOLIC SKELETAL DISEASES

2020 April 22-24 • Yaroslavl

22-24
АПРЕЛЯ
2020

ЯРОСЛАВЛЬ
ГАУК ЯО «КОНЦЕРТНО-ЗРЕЛИЩНЫЙ ЦЕНТР»

Приглашаем к участию в Конгрессе врачей разных специальностей — терапевтов, ревматологов, эндокринологов, травматологов-ортопедов, акушеров-гинекологов, пульмонологов, нефрологов, гастроэнтерологов, неврологов, рентгенологов, гематологов, онкологов, гериатров, врачей общей практики и других.

Будем рады видеть Вас в Ярославле!



РЕГИСТРАЦИЯ ОТКРЫТА НА САЙТЕ:
OSTEOPOROSIS.YOUR-FORUM.INFO



Фармакотерапия гиперурикемии

ПРИЧИНЫ ОБРАЗОВАНИЯ УРАТОВ:

- / избыточное потребление пищи, богатой пуринами, алкоголя, фруктозы;
- / гематологический: миелопролиферативные и лимфопролиферативные синдромы, полицитемия;
- / другие: ожирение, псориаз.

ВЫСОКИЙ РИСК ОБРАЗОВАНИЯ УРАТОВ ОБУСЛОВЛЕН:

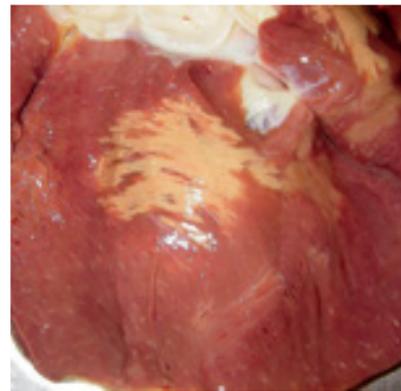
- / артериальная гипертензия;
- / сахарный диабет;
- / атеросклероз;
- / гипертриглицеридемия;
- / использование лекарственных средств.

КРИТЕРИИ РИСКА:

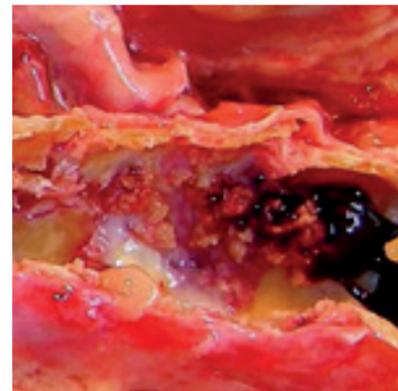
- / АГ (АД > 130/85 мм рт. ст.);
- / повышение уровня ТГ $\geq 1,7$ ммоль/л;
- / снижение уровня ХС ЛПВП < 1,0 ммоль/л;
- / повышение уровня ХС ЛПНП < 3,0 ммоль/л;
- / гипергликемия натощак;
- / нарушение толерантности к глюкозе.

СОСТОЯНИЯ, ТРЕБУЮЩИЕ ОПРЕДЕЛЕНИЯ МОЧЕВОЙ КИСЛОТЫ:

- / злоупотребление алкоголем, отравление свинцом;
- / дислипидемия;
- / употребление препаратов, повышающих содержание мочевой кислоты в сыворотке;
- / ожирение;
- / метаболический синдром/сахарный диабет 2 типа;
- / мочекаменная болезнь;
- / хроническая болезнь почек;
- / артериальная гипертензия.



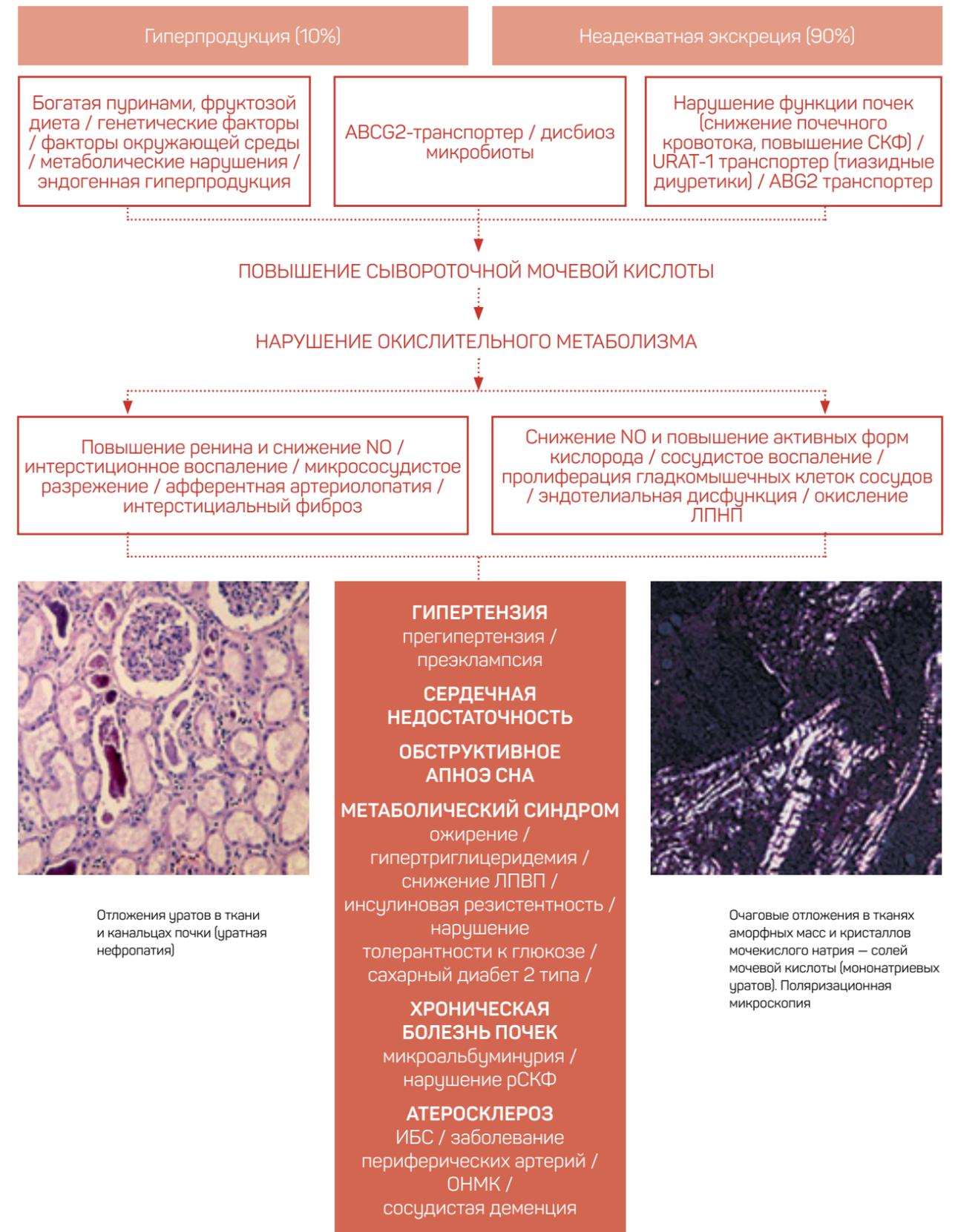
Инфаркт миокарда при подагрическом сердце



Сочетание атеросклероза и отложения уратов в интима аорты



Уратная нефропатия



Действие различных препаратов на уровень мочевой кислоты в сыворотке крови

Препарат	Ацетилсалициловая кислота	Клопидогрел	Тикагрелор	Бета-блокаторы	Ингибиторы АПФ, сартаны	Лозартан, Рамиприл	Диуретики	Альфа-блокатор	Амлодипин	Аторвастатин	Сахароснижающая терапия
Действие	В низких дозах ↑ В высоких дозах ↓	↔	↑	↑	↔	↓	↑	↔	↔	↓	↔

5-ступенчатая система лечения гиперурикемии

1	2	3	4	5
Оценить уровень мочевой кислоты в сыворотке крови, считая высоким уровнем >6 мг/дл или >5 мг/дл при высоком сердечно-сосудистом риске. Как минимум два из следующих заболеваний: гипертония, диабет, дислипидемия, недавний инсульт, инфаркт миокарда, ХБП	Проверить сопутствующие заболевания и фактическое лечение по возможности, прекратить прием препаратов, влияющих на уровень мочевой кислоты	Просвещать о заболеваниях, образе жизни, физической активности, заботиться о приверженности длительному лечению	Рассмотреть начальный прием Аллопуринола в дозе 100 мг в день, затем титровать до 300–600 мг в день, чтобы достичь цели	Достичь цели лечения, не прекращать лечение, продолжать и контролировать уровень сывороточной мочевой кислоты два раза в год, в особых случаях рассмотреть вопрос о комбинированной терапии

При отсутствии адекватного лечения распространенная подагра обычно возникает примерно через 10 лет после первой «вспышки». Это в основном проявляется в дистальной части нижней конечности (сначала плюснефаланговый сустав), а впоследствии происходит спонтанное разрешение в течение 1–2 недель. В отсутствие адекватного лечения приступы случаются чаще и затрагивают все больше и больше суставов. В конечном счете заболевание переходит на 4 этап с наступлением тофусов и воспалением суставов.

Все пациенты с гиперурикемией должны быть информированы о фармакологических и эпидемиологических факторах, влияющих на гиперурикемию, сопутствующей патологии и факторах риска развития сердечно-сосудистых заболеваний, а также о требуемом изменении образа жизни. У больных с высоким сердечно-сосудистым риском целевой уровень мочевой кислоты должен быть <5 мг/дл. Как только поставлен диагноз гиперурикемия, необходимо назначить Аллопуринол 100 мг в день, а затем титровать до 300–600 мг ежедневно, чтобы достичь терапевтических целей. Если он не переносится пациентом или желаемая концентрация сывороточной

мочевой кислоты не достигнута, назначить комбинированную терапию Аллопуринол+Урикозурик/Лесинурад. Как только достигнута желаемая концентрация сывороточной мочевой кислоты, доза Аллопуринола должна поддерживаться неопределенно долго, и уровень сывороточной мочевой кислоты пациента необходимо контролировать дважды в год. У пациентов с нарушением функции почек доза Аллопуринола должна быть подобрана в соответствии со скоростью клубочковой фильтрации. У пациентов с гиперурикемией, получающих диуретики, необходима модификация лечения.



Аллопуринол-ЭГИС

аллопуринол 100 мг N50, 300 мг N30

Лидер* среди препаратов для снижения мочевой кислоты в крови¹

Целевой уровень МК²:
<360 мкмоль/л (или <6 мг/дл)
<300 мкмоль/л (или <5 мг/дл)
у сердечно-сосудистых больных



Краткая инструкция по медицинскому применению лекарственного препарата Аллопуринол-ЭГИС
Регистрационное удостоверение: ПР № 013684/01. **Торговое название:** Аллопуринол-ЭГИС. **Международное непатентованное название:** аллопуринол. **Фармакотерапевтическая группа:** противоледярическое средство — ксантиноксидазы ингибитор.
ПОКАЗАНИЯ. Подавление образования мочевой кислоты и ее солей при подтвержденном накоплении этих соединений (например, подагрический артрит, кожные тофусы, нефропатии) или предполагаемом клиническом риске их накопления. К основным клиническим состояниям, которые могут сопровождаться накоплением мочевой кислоты и ее солей, относятся: аденопатическая подагра; мочекаменная болезнь (образование конкрементов из мочевой кислоты); острая мочевая нефропатия; острый приступ подагры; синдром цитохимической терапии; определенные ферментативные нарушения, сопровождающиеся гиперпродукцией солей мочевой кислоты. Лечение мочекаменной болезни, сопровождающейся образованием 2,8-дигидрооксидантоновых (2,8-ДГА) конкрементов в связи с пониженной активностью аденинфосфорибозилтрансферазы. Профилактика и лечение мочекаменной болезни, сопровождающейся образованием смешанных кальциево-оксалатных конкрементов на фоне гиперурикемии, при неэффективности диетотерапии и повышенного потребления жидкости. **ПРОТИВОПОКАЗАНИЯ.** Гиперчувствительность к аллопуринолу или любому из вспомогательных веществ, входящих в состав препарата. Печеночная недостаточность, хроническая почечная недостаточность (стадия азотемии), острый приступ подагры, детский возраст до 3-х лет, беременность, период грудного вскармливания. Непереносимость лактозы, дефицит лактазы и синдром глюкозо-галактозной мальабсорбции (в состав препарата входит лактоза моногидрат). **С ОСТОРОЖНОСТЬЮ.** При нарушении функции печени, гипотиреозе, сахарном диабете, артериальной гипертензии, первичном лейкоцитозе, одновременном приеме ингибиторов ангиотензинпревращающего фермента или диуретиков, детском возрасте, пожилом возрасте, нарушении функции почек. **ПОБОЧНОЕ ДЕЙСТВИЕ.** Наблюдаемые в пострегистрационном периоде нежелательные реакции, связанные с терапией аллопуринолом, встречаются редко или очень редко. В общей популяции пациентов в большинстве случаев носят легкий характер. Частота развития нежелательных явлений увеличивается при нарушении функций почек и (или) печени. Нарушения со стороны кожи и подкожных тканей: сыпь; у пациентов, принимающих аллопуринол, наиболее распространены нежелательные реакции со стороны кожи. На фоне терапии препаратом эти реакции могут развиваться в любое время. Кожные реакции могут проявляться зудом, макулопапулезными и чешуйчатыми высыпаниями. При развитии подобных реакций терапию аллопуринолом необходимо немедленно прекратить. Если реакция со стороны кожи носит легкий характер, то после исчезновения этих изменений можно возобновить прием аллопуринола в меньшей дозе (например, 50 мг в сутки). Впоследствии дозу можно постепенно увеличивать. **Влияние на способность к управлению транспортными средствами и механизмами:** Пациенты, принимающие препарат, не должны управлять транспортными средствами и механизмами до тех пор, пока они не будут уверены в том, что аллопуринол не оказывает неблагоприятного влияния на соответствующие способности. **КОД АТХ:** М04АА01.

Перед применением необходимо ознакомиться с полной инструкцией по медицинскому применению препарата

* по продажам в упаковках и дозы по данным IQVIA, Россия, июнь 2019
 1. Инструкция по медицинскому применению препарата Аллопуринол-ЭГИС
 2. Cardiology Journal 2018, Vol. 25, No. 5, 558



Организация, принимающая претензии потребителей: ООО «ЭГИС-РУС» 121108, г. Москва, ул. Ивана Франко, д. 8
 Тел: (495) 363-39-66, факс: (495) 789-66-31, e-mail: moscow@egis.ru, www.egis.ru

МАТЕРИАЛ ПРЕДНАЗНАЧЕН ТОЛЬКО ДЛЯ МЕДИЦИНСКИХ И ФАРМАЦЕВТИЧЕСКИХ РАБОТНИКОВ



О. В. Зайратьянц



А. Л. Вёрткин



А. Л. Кебина



М. А. Маркова

ФГБОУ ВО МГМСУ им. А. И. Евдокимова, Москва

ВЕДЕНИЕ ПАЦИЕНТА С БОЛЬЮ В СУСТАВАХ

Остеоартрит — гетерогенная группа заболеваний различной этиологии со сходными биологическими, морфологическими, клиническими проявлениями и исходом, в основе которых лежит поражение всех компонентов сустава. Диагноз устанавливается на основании жалоб и анамнестических данных больного, клинко-инструментального исследования и исключения других заболеваний. Тщательный сбор анамнеза позволяет выделить факторы риска развития остеоартрита. В его лечении используют комплексный подход

Согласно данным международного общества по изучению остеоартрита (OARSI) остеоартрит (код по МКБ-10: M15-M19 Артрозы) — расстройство с вовлечением подвижных суставов, которое характеризуется клеточным стрессом и деградацией внеклеточного матрикса, инициированными микро- и макротравматизацией, что активирует неадекватный репаративный ответ, включая провоспалительные механизмы врожденного иммунитета. Первоначально болезнь манифестирует как молекулярное расстройство (абнормальный метаболизм суставных тканей) с последующими анатомическими и/или физиологическими повреж-

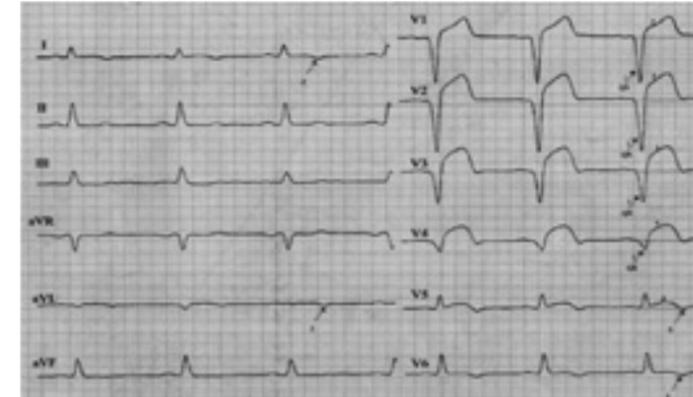
дениями структур сустава (деградация хряща, ремоделирование субхондральной кости, формирование остеофитов, воспаление сустава и утрата нормальной функции сустава), которые в конечном итоге могут завершиться формированием заболевания.

Рассматривая ретроспективные данные по заболеваемости с 2011-й по 2016 год, в России наблюдается рост общей численности пациентов с остеоартритом с 32,2 до 35,7 на 1000 населения. Пик заболеваемости приходится на людей пенсионного возраста и в среднем составляет 33,2% из расчета числа зарегистрированных больных на общую численность населения данной возрастной категории за 6 лет наблюдений.

Для наглядности значимости этой проблемы представим клинический пример.

КЛИНИЧЕСКИЙ ПРИМЕР

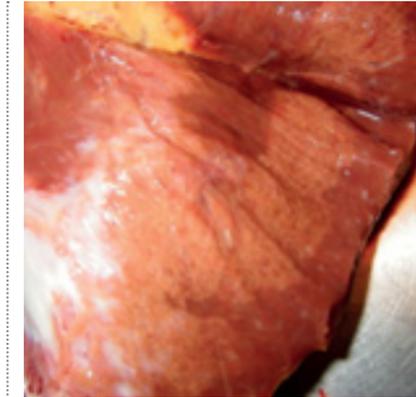
Больная Б., 83 года, поступает в клинику с острым повторным инфарктом миокарда (рис. 1). Жалобы на сильные боли в области коленных и тазобедренных суставов. Несмотря на проводимую терапию, больная скончалась. На вскрытии — повторный инфаркт миокарда (рис. 2А), нестабильная атеросклеротическая бляшка (рис. 2В), атеросклероз аорты (рис. 2С). При микроскопии поверхности коленных суставов обнаружено прогрессирующее разрушение хряща, хроническая воспалительная инфильтрация, изменения синови-

Рис. 1
Острый инфаркт миокарда

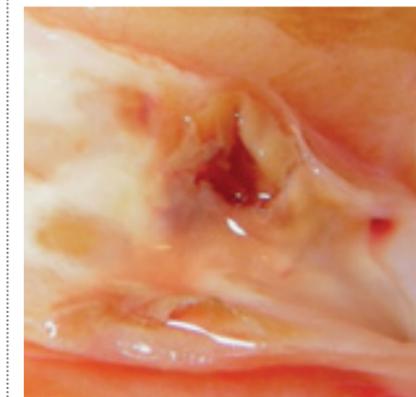
альной жидкости, субхондральный склероз и ремоделирование костной ткани, образование остеофитов (см. рис. 3).

Остеоартрит (ОА) принято разделять на первичный (генуинный, идиопатический) и вторичный. Под первичным понимают такое развитие заболевания, когда изменения происходят на здоровом суставе под влиянием функциональной перегрузки. Также есть масса инфекционных, метаболических, генетических причин ОА. Например, ряд авторов (J.B.J. Van Meursyz, A.G. Uitterlinden), анализируя распространенность остеоартрита среди близнецов и в семьях, приходят к выводу, что ОА и его эндотипы в значительной степени генетически обусловлены. Так, при наличии нарушений в генах GDF5 (фактор дифференциации роста) и SMAD3 (SMAD family member III) высока вероятность развития ОА колена и бедра. Кроме того, ген TRPV4 (transient receptor potential cation channel, subfamily V) ассоциируют с на-

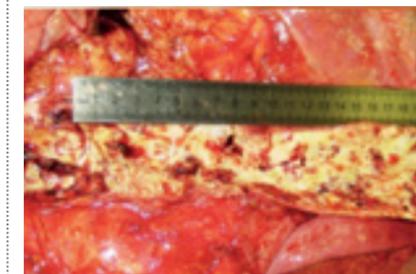
рушением гомеостаза в суставном хряще и предрасположенностью к ОА. Исследования в данной области сложно выполнимы, и их результаты часто противоречивы, поэтому данный генетический механизм рассматривается как теоретически возможный вариант развития первичного ОА. Самый же распространенный сценарий развития заболевания — прогрессирующий с возрастом (первичный) ОА, связанный со старением сустава. При наличии травмы, системных и сосудистых заболеваний, нарушающих питание структур сустава (хряща, дистальных отделов кости, окружающих мягких тканей), возникает вторичный ОА. Было доказано, что с возрастом функциональная активность хондроцитов, то есть их способность синтезировать макромолекулы матрикса, а также отвечать на стимулирующее действие факторов роста, снижается, что приводит к дегенерации хрящевой ткани [3]. Уменьшение суставного пространства в результате деградации хряща приведет к трению между костями, что способствует появлению боли и ограничению подвижности суставов [4]. Возрастные изменения состояния связок и сухожилий также оказывают значительную роль в развитии ОА. Например, аномалии в связочном аппарате способствуют развитию узелков Гебердена и формированию эрозии суставов [5].



А

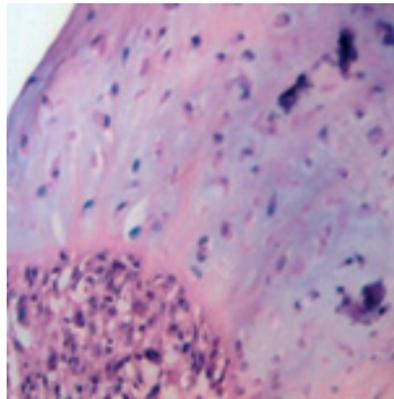


В

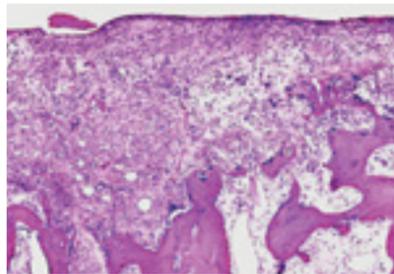


С

Рис. 2
Результаты вскрытия:
А — повторный инфаркт миокарда;
В — нестабильная атеросклеротическая бляшка коронарной артерии;
С — атеросклероз аорты



А



В

Рис. 3
Поверхность коленных суставов при ОА под микроскопом

Сустав — сложный орган, требующий активного метаболизма на постоянном уровне, который зависит от многих факторов, и если на этот процесс накладываются травматические повреждения, другие заболевания костей и суставов, различные системные, эндокринные, метаболические и сосудистые заболевания с нарушением питания сустава, хряща, дистальных отделов кости, окружающих мягких тканей, то возникает вторичный ОА. Так, например, при обследовании больных ревматоидным артритом наличие вторичного ОА диагностировали в 71% случаев [6].

В патогенезе ОА важна роль реактивного воспаления: воспаленная синовиальная мембрана вырабатывает катаболические и провоспалительные медиаторы (цитокины, оксид азота, простангландин Е и нейропептиды), которые изменяют баланс суставного матрикса, что



А



В



С



D

Рис. 4
Стадии разрушения хряща при остеоартрите

в свою очередь приводит к избыточной выработке протеолитических ферментов, ответственных за разрушение хряща. Изменения в хряще в свою очередь усиливают синовиальное воспаление, создавая порочный круг.

Морфологически при ОА хрящ из прочного, эластичного, серо-голубого становится сухим, желтым, тусклым, с шероховатой поверхностью, местами обызвествляется, изъязвляется и полностью разрушается (рис. 4). На месте хряща разрастается молодая соединительная ткань, идет ремоделирование субхондральной кости, возникают остеофиты, что сопровождается тяжелейшим хроническим болевым синдромом, который замыкает порочный круг и отягощает течение других заболеваний. Все это ведет к малоподвижному образу жизни: гиподинамия, длительная иммобилизация — прямой путь к развитию и прогрессированию сердечно-сосудистых заболеваний.

Клинические симптомы ОА:

- / постепенное начало заболевания;
- / продолжительная (несколько недель и более) боль в суставах, которая усиливается во время нагрузки на суставы и уменьшается в покое;
- / утренняя скованность продолжительностью менее 30 минут;
- / костные разрастания (остеофиты);
- / ограничение подвижности пораженного сустава.

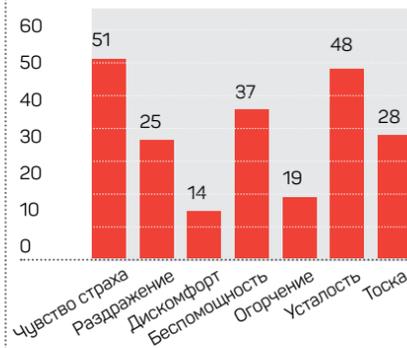
Рис. 5
Субъективные ощущения

Таблица 1

Характерные признаки ОА коленных и тазобедренных суставов

КС	ТБС
Асимметричная подпрыгивающая походка, уменьшающая нагрузки на пораженную сторону. Слабость и атрофия четырехглавой мышцы (при остеоартрите коленных и тазобедренных суставов) и ягодичных мышц (при остеоартрите тазобедренных суставов)	
<ul style="list-style-type: none"> - ограничение сгибания /разгибания - крепитация при движении - умеренный или небольшой выпот без повышения местной температуры - болезненность при пальпации проекции суставной щели и/или периартикулярных областей - деформация сустава: варусная (реже – вальгусная) и/или фиксированное сгибание в суставе - разрастание костной ткани по краям суставных поверхностей 	<ul style="list-style-type: none"> - ограничение внутренней ротации при согнутом суставе (ранний и самый чувствительный признак), другие движения также могут быть ограничены и болезненны - болезненность при пальпации паховой области латеральнее пульсации бедренной артерии - фиксированные сгибание и/или наружная ротация сустава, укорочение ноги

Таблица 2

Рентгенологические стадии ОА

Стадии	
<p>Стадия 1. Субхондральный склероз</p>	Сомнительное сужение суставной щели с возможной остеофитной трансформацией
<p>Стадия 2. Сужение суставной щели</p>	Четкие остеофиты и, возможно, сужение суставной щели
<p>Стадия 3. Остеофиты</p>	Множественные остеофиты средних размеров, отчетливое сужение суставной щели, склероз
<p>Стадия 4. Склероз и деформация</p>	Крупные остеофиты, выраженное отчетливое сужение суставной щели, выраженный склероз и отчетливая деформация костей, образующих сустав

Боль и ограничение подвижности коленных и тазобедренных суставов способствуют развитию функциональных ограничений в ежедневной активности, например: сгибание для надевания носков или туфель; подъем со стула; длительная ходьба; подъем и спуск по лестнице, в том числе в транспорте (табл. 1).

Кроме боли, у больных возникают субъективные ощущения (рис. 5).

ИНСТРУМЕНТАЛЬНАЯ ДИАГНОСТИКА

Рентгенологические признаки ОА описаны в табл. 2.

Лабораторная диагностика:

- / для ОА не характерны изменения в клиническом анализе крови;
- / СОЭ может повышаться не более 20 мм/час;
- / повышение острофазовых белков, маркеров воспаления не характерно.

«Красные флаги» при болях в суставах:

- / ночные боли;
- / синовиты;
- / лихорадка, анемия, похудание;
- / СОЭ более 300;
- / СРБ более 20;
- / отсутствие эффекта от обезболивающих;
- / выраженный эффект от Диклофенака;
- / анкилозирующий спондилит;
- / травмы в анамнезе;
- / атрофия мышц вокруг суставов (инфекционный артрит);
- / артралгии после смерти родственника или большой операции (типичный дебют РА);
- / кожные изменения;
- / боли у спортсменов;
- / боли у молодых бодибилдеров (подагра);
- / боли при дисплазии соединительной ткани.

В ответ на боль возникает комплексный ответ, в результате которого происходит обострение соматических заболеваний:

- / когнитивные нарушения;

- / повышение АД, ОКС;
- / дыхательная недостаточность, пневмонии;
- / олигоурия, анурия;
- / нарушение моторики, наличие эрозии и язвы.

Известно, что при нарастании числа заболеваний распространенность боли увеличивается (рис. 6). Факторы, влияющие на прогрессию ОА:

- / возраст,
- / этническая принадлежность,
- / коморбидность,
- / ИМТ,
- / инфрапателлярный синовит,
- / синовит,
- / тяжесть ОА при первичном обращении.

В лечении остеоартрита используют комплексный подход, который включает немедикаментозный, медикаментозный и хирургические методы. К нефармакологическому методу относится обучение оптимальному движению, лечебная физкультура, ортопедические приспособления, физиотерапия. Физические упражнения при остеоартрите уменьшают боль и позволяют сохранить функцию суставов. Доказано, что укрепление четырехглавой мышцы при ОА коленных суставов в сочетании с НПВП уменьшают боль, а при ОА тазобедренных суставов рекомендуют изометрические упражнения с противодействием. Наколенники, фиксирующие ортезы уменьшают боль, улучшают функцию суставов и качество жизни. Местное применение холодных или тепловых аппликаций обладает кратковременным анальгетическим эффектом. Медикаментозная терапия включает следующие направления: симптоматические лекарственные препараты быстрого действия и симптоматические лекарственные средства медленного действия. К первому направлению относятся: анальгетики, нестероидные противовоспалительные препараты,

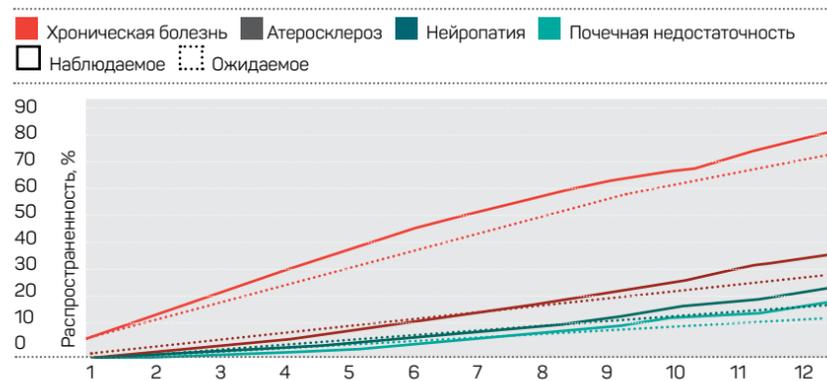
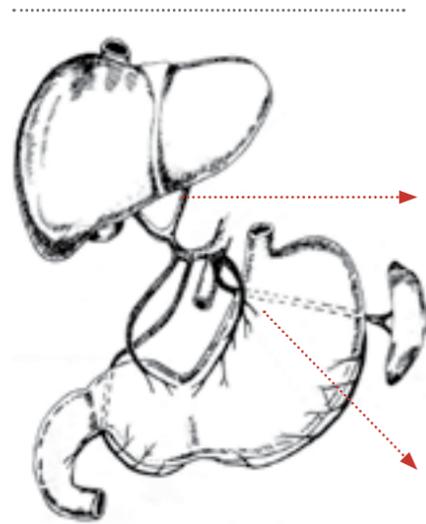


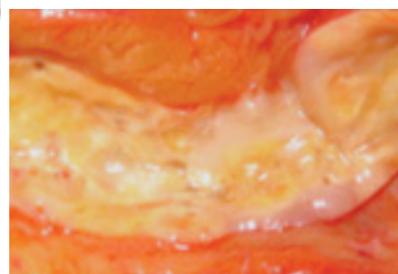
Рис. 6
Зависимость распространенности боли от количества заболеваний



опиоидные анальгетики и внутрисуставные ГКС. К анальгетикам относится препарат парацетамол. Максимальная суточная доза парацетамола составляет 3 г. Доказана безопасность применения парацетамола в высоких дозах в течение 2 лет. Однако нужно понимать, что высокие дозы препарата могут провоцировать развитие осложнений со стороны желудочно-кишечного тракта, почек и вызывают повышение артериального давления. Препарат нельзя назначать пациентам с заболеваниями печени и злоупотребляющим алкоголем. Нестероидные противовоспалитель-



А



В

Рис. 7
Ишемическая болезнь желудка и 12-перстной кишки. Стенозирующий атеросклероз артерий, кровоснабжающих желудок (Зайратьянц О. В. и соавт., 2010)

ные препараты используют для купирования обострения болевого синдрома. Правило назначения НПВП — минимальные эффективные дозы на короткое время. Самый частый побочный эффект со стороны нестероидных противовоспалительных препаратов — острое эрозивно-язвенное повреждение. При назначении НПВП необходимо тщательно оценивать кардиова-

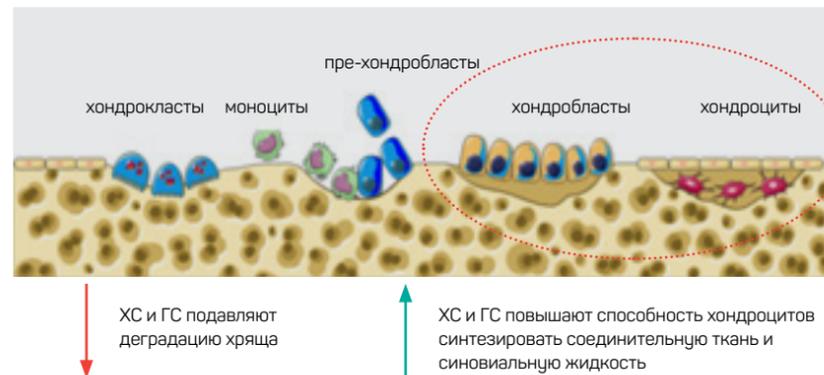


Рис. 8
Механизм действия хондропротекторов

скулярные факторы риска, учитывать возможность развития НПВП-ассоциированных энтеропатий, токсического поражения печени, почек. Необходим контроль артериального давления и течения хронической сердечной недостаточности на фоне приема НПВП.

Так как среди больных остеоартрозом преобладают люди старшей возрастной группы, у них часто встречается ишемическая болезнь различных органов, в том числе и желудочно-кишечного тракта, что в свою очередь повышает риск желудочно-кишечных кровотечений (рис. 7).

При назначении НПВП следует учитывать возможность лекарственных взаимодействий. Альтернативой являются трансдермальные НПВП. Однако данный метод может применяться не более двух недель без перерыва, иначе снижается эффективность. При остром приступе боли в пораженных суставах назначают опиоидный анальгетик трамадол коротким курсом. Начальная доза трамадола составляет 50 мг/сут с постепенным увеличением до 300 мг/сут.

Инъекции внутрисуставных глюкокортикостероидов используют для уменьшения боли и симптомов воспаления. Эффект от препарата длится от 1 недели до месяца, однако не рекомендуется выполнять

более двух или трех инъекций в один и тот же сустав в связи с высоким риском ускорения процессов его разрушения.

Медленнодействующие лекарственные препараты (SYSADOA): хондроитина и глюкозамина сульфат, глюкозаминогликан-пептидный комплекс, диацереин, Пиа-скледин, препараты гиалуроновой кислоты, стронция ранелат.

Наиболее подробно разберем препараты группы «хондропротекторов» (SYSADOA). Хондроитина сульфат и глюкозамин улучшают синтез и снижают деградацию хрящевой ткани, занимают лидирующую позицию в ряду «хондропротекторных» препаратов (рис. 8).

Действие SYSADOA:

- / оказывают обезболивающий эффект;
- / оказывают противовоспалительный эффект;
- / повышают функциональную активность;
- / нивелируют утреннюю скованность и стартовые боли;
- / имеют доказанный структурно- и симптом-модифицирующий эффекты.

Помимо высокой эффективности, обладают хорошим профилем безопасности, поэтому являются препаратами первой линии при остеоартрозе.

К числу медленнодействующих противовоспалительных препаратов, предназначенных для в/м введения, относится комплексный препарат Румалон®, представляющий собой гликозаминогликан-пептидный комплекс. Это экстракт хрящей, костного мозга и надкостницы молодых телят в возрасте до 6 месяцев, содержащий хондроитин-4-сульфат (64,5%), хондроитин-6-сульфат (16,5%), хондроитин (9,5%), дерматан-сульфат (3,4%), гиалуроновую кислоту (2,1%) и кератан-сульфат (4,0%). Румалон® обладает комплексным эффектом — подавляет воспалительный процесс во всех тканях сустава, страдающих при остеоартрите, в том числе блокирует действие интерлейкина-1, ингибирует активность протеолитических ферментов, повышает синтез сульфатированных мукополисахаридов и подавляет апоптоз хондроцитов [22–26].

Румалон® в течение нескольких десятилетий широко использовался для лечения ОА в странах Европы, Советском Союзе, а затем государствах СНГ. Была выполнена серия двойных слепых рандомизированных клинических испытаний препарата Румалон®, доказавших его достаточно быстрый анальгетический и структурно-модифицирующий эффекты [27–28].

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

ОА — гетерогенная группа заболеваний различной этиологии со сходными биологическими, морфологическими, клиническими проявлениями и исходом, в основе которых лежит поражение всех компонентов сустава, в первую очередь хряща, а также субхондральной кости, синовиальной оболочки, связок, капсулы, околоуставных мышц.

Диагноз ОА устанавливается на основании жалоб и анамнестических данных больного, клинико-

инструментального исследования и исключения других заболеваний. Важным фактором диагностики является тщательный сбор анамнеза, который позволяет выделить определенные причины (факторы риска) развития ОА.

Чаще в процесс вовлекаются суставы, подвергающиеся большой нагрузке (коленные, тазобедренные), мелкие суставы кистей (дистальные и проксимальные межфаланговые суставы, первый пястно-запястный сустав) и позвоночник. Большое значение имеет поражение тазобедренных и коленных суставов — основная причина снижения качества жизни и инвалидизации больных, страдающих ОА. Рентгенологическое исследование — наиболее достоверный метод диагностики ОА, который выявляет сужение суставной щели, краевые остеофиты и заострение мыщелков большеберцовой кости, субхондральный склероз.

Результаты многих когортных исследований показали, что НПВП, ингибиторы ЦОГ, увеличивают риски тромбоэмболических осложнений в общей популяции. Эти риски увеличиваются по экспоненте у больных с высокими сердечно-сосудистыми рисками. Поэтому одна из основных задач врача, лечащего пациента с ОА, — как можно скорее снизить дозу, отменить НПВП или лучше вообще отказаться от препаратов этой группы, в особенности в отношении больных с сопутствующими сердечно-сосудистыми заболеваниями.

Симптом-модифицирующие препараты обладают хондропротективными свойствами, увеличивают анаболическую активность хондроцитов и одновременно супрессируют дегенеративные эффекты цитокинов на хрящ, что способствует замедлению темпов прогрессирования остеоартроза путем коррекции нарушенного метаболизма в гиалиновом хряще,

нормализации или стабилизации в нем структурных изменений, а также профилактике изменений в неповрежденном суставе.

Литература

1. Dieppe P.A., Lohmander L.S. Pathogenesis and management of pain in osteo-arthritis // *Lancet*. 2015. 365:965-973.
2. Valdes A.M., Spector T.D., Tamm A., Kisand K., Doherty S.A., Dennison E.M. et al. Genetic variation in the SMAD3 gene is associated with hip and knee osteoarthritis // *Arthritis Rheum*. 2010.
3. Остеоартрит: учебное пособие. / А.М. Лиля, Е.А. Трофимов, А.С. Трофимова. СПб.: Изд-во СЗГМУ им. И. И. Мечникова, 2017. 48 с.
4. Mort J.S., Billington C.J. Articular cartilage and changes in arthritis matrix degradation // *Arthritis Res*. 2011. 3:337-341.
5. McGonagle D., Tan A.L., Grainger A.J., Benjamin M. Heberden's nodes and what Heberden could not see: the pivotal role of ligaments in the pathogenesis of early nodal osteoarthritis and beyond. Oxford, 2018. 47:1278-1285.
6. Клинико-функциональные особенности течения и комплексная терапия вторичного остеоартроза на фоне коморбидной патологии. Автореферат дис. ... доктора мед. наук. Воронеж, 2016.
7. Jérémie Sellam & Francis Berenbaum. The role of synovitis in pathophysiology and clinical symptoms of osteoarthritis, 2010.
8. Клинико-патогенетические взаимосвязи хронической сердечной недостаточности и остеоартроза. Автореферат дис. ... канд. мед. наук. Иркутск, 2016.
9. Goldring M.B., Goldring S.R. Osteoarthritis // *J. Cel. Physiol*. 2007. 213:626-634.
10. Котельников Г. П. Остеоартроз: руководство / Г.П. Котельников, Ю.В. Ларцев. М.: ГЭОТАР-Медиа, 2009. 207 с.
11. Остеоартроз / В.К. Игнатъев, И.М. Марусенко, Н.Н. Везикова, О.Ю. Варга. Министерство образования РФ, Петрозавод. гос. унив. Петрозаводск: ПетрГУ, 2013. 88 с.
12. Амбалова-Дзгоева С. А. Остеоартроз: эпидемиология, клиника, диагностика, лечение и профилактика / С.А. Амбалова-Дзгоева, З.В. Хетагурова. Владикавказ: Ир, 2012.
13. Остеоартроз крупных суставов нижних конечностей: руководство для врачей первичного звена / О.М. Лесняк, А.А. Попов, Д.М. Максимов, П.С. Пухтинская. М.: ГЭОТАР-Медиа, 2016. 138 с.
14. Ревматоидный артрит. Подагра. Деформирующий остеоартроз. Клиника, диагностика, лечение: учебное пособие / ФГБОУ ВО РНИМУ им. Н. И. Пирогова Минздрава России. Сост. М.А. Громова и др. М.: ФБОУ ВО РНИМУ им. Н. И. Пирогова Минздрава России, 2019. 40 с.
15. Клинические рекомендации по диагностике и лечению остеоартроза. 2013.
16. Европейские рекомендации (ESCEO) 2014 г. по лечению больших остеоартрозом.
17. Hunter D.J. et al. *Curr opin rheumatol*. 2009. 21(2):110-117.
18. Schäfer D.W. Cameron. Does Multimorbidity Influence the Occurrence Rates of Chronic Conditions? A Claims Data Based Comparison of Expected and Observed Prevalence Rates // *PLoS One*. 2012. 7(9):e45390.
19. Зайратьянц О.В. и соавт. 2010.
20. Olivier Bruyère Ph.D. et al. // An algorithm recommendation for the management of knee osteoarthritis in Europe and internationally: A report from a task force of the European Society for Clinical and Economic Aspects of Osteoporosis and Osteoarthritis (ESCEO) // *Seminars in Arthritis and Rheumatism* // www.elsevier.com/locate/semarthrit 2014.
22. Klein R., Becker E.W., Berg P.A., Bernau A. Immunomodulatory properties of rumalon, a glycosaminoglycan peptide complex, in patients with osteoarthritis: activation of T helper cell type 2 cytokines and antigen-specific IgG4 antigen-specific IgG4 antibodies // *J. Rheumatol*. 2000 Feb. 27(2):448-54.
23. Dean D., Muniz O., Rodriquez I. et al. Amelioration of lapine osteo-arthritis by treatment with glycosaminoglycan-peptide association complex (Rumalon) // *Arthritis Rheum* 1991. 34:304-313.
24. Vignon E., Martin A., Mathieu P. et al. Study of the effect of a glycosaminoglycan-peptide complex on the degradative enzyme activities in human osteoarthritic cartilage // *Clin. Rheumatol*. 1990 Sep. 9(3):383-388.
25. Bouakka M., Loyau G., Bocquet J. Effect of a glycosaminoglycan-peptide complex on the biosynthesis of protoglycans in articular chondrocytes treated with interleukin-1 // *Curr. Ther. Res*. 1988. 43:588-599.
26. Annefeld M., Erne B. The mode of action of a glycosaminoglycan-peptide-complex (Rumalon) on articular cartilage of the rat in vivo // *Clin. Rheumatol*. 1987 Sep. 6(3):340-349.
27. Насонова В.А. Диагностика и лечение больных пожилого возраста, страдающих манифестным остеоартрозом // *РМЖ*. 2001. № 3. С 157-162.
28. Altman R.D. Measurement of structure (disease) modification in osteoarthritis // *Osteoarthritis Cartilage*. 2004. 12 Suppl. A:S69-76.

Юлия Шевчук

МОСКОВСКИЕ НАУЧНО-ОБРАЗОВАТЕЛЬНЫЕ СЕССИИ «АМБУЛАТОРНЫЙ ПРИЕМ»

Весенний цикл, 2019 год. Краткое изложение

СПЕКТР ПОЛИКЛИНИЧЕСКОГО ДЕЙСТВИЯ СТАНОВИТСЯ ВСЕ ШИРЕ

Сессия от 11 марта

«Широкая доступность и агрессивная реклама множества лекарственных средств, их бесконтрольное и неумеренное употребление среди населения, отсутствие оценки рисков в реальной практике создают угрожающую картину по эрозивно-язвенным поражениям ЖКТ и желудочно-кишечным кровотечениям вплоть до летальных исходов, и только клиничко-анатомическая конференция делает реальными диагностику, лечение, статистику. Избегая проведения вскрытий и клиничко-анатомических разборов, мы продолжаем пребывать в призрачном мире», — открыл сессию заведующий кафедрой терапии, клинической фармакологии и скорой медицинской помощи МГМСУ им. А. И. Евдокимова профессор А. Вёрткин

СЛУЧАЙ ИЗ ПРАКТИКИ

На клиничко-анатомический разбор была представлена история пациента 81 года, поступившего в многопрофильный стационар с направительным диагнозом «внебольничная двусторонняя нижнедолевая пневмония средней тяжести. ДН-2». При поступлении жалобы на кашель с мокротой, одышку, повышение температуры, боли в горле. В анамнезе — многолетняя артериальная гипертензия, инфаркт миокарда со стентированием коронарных артерий, сахарный диабет 2 типа, ожирение, длительный стаж курения. Пациент поступил в состоянии средней тяжести. При физикальном обследовании отмечалось жесткое дыхание, ослабленное в нижних отделах справа, влажные хрипы. Тахикардия и тахипноэ, некоторое повышение АД (140/80). Лабораторно определялись признаки почечной недостаточности, гипергликемия, снижение гемоглобина, выраженный лейкоцитоз и резкое ускорение СОЭ. Рентгенологически

диагностирован правосторонний плевральный выпот, пневмосклероз, расширение тени сердца. По данным ЭКГ — синусовый ритм с частыми экстрасистолами, низкий вольтаж.

Пациент был госпитализирован в терапевтическое отделение, однако через 12 часов после начала лечения состояние больного резко ухудшилось, появились жалобы на выраженную одышку. С подозрением на повторный ИМ и ТЭЛА он был переведен в ОРИТ. Лабораторно отмечалось увеличение Д-димера, Т-тропонина, натрийуретического пептида. По данным ЭхоКГ выявлен гипоакти-виз базального и среднего задних сегментов, гипокинез апикального переднеперегородочного сегмента ЛЖ. УЗДГ сосудов нижних конечностей: стенозирующий атеросклероз артерий нижних конечностей. УЗИ ОБП: ЖКБ, гепатомегалия, диффузные изменения поджелудочной железы, выпот в плевральных полостях. Данных за ТЭЛА, ОНМК не получено.

На фоне интенсивной терапии усугублялась почечная недостаточность, продолжал снижаться гемоглобин. Была проведена нижняя трахеостомия и две санационные лечебные бронхофиброскопии. Однако, несмотря на проводимое лечение, состояние пациента ухудшалось, и при нарастании явлений полиорганной недостаточности он скончался.

Заключительный клинический диагноз: Основной диагноз: 1. ИБС: постинфарктный кардиосклероз (2013). Стентирование коронарных артерий (2013). 2. Хроническая ишемия головного мозга. Фон: гипертоническая болезнь 3 ст., АГ 2 ст. Ожирение 1 ст. Сахарный диабет 2 типа. Осложнения: НК 2Б. Инфаркт миокарда 2 типа. Пароксизмальная форма фибрилляции предсердий, пароксизм. ТЭЛА с инфарктной пневмонией. Нефроангиосклероз. ХБП 4 ст. ДН-3. ИВЛ. Интоксикация. Отек головного мозга. Сопутствующие заболевания: ХОБЛ: Хронический бронхит, обострение. ЖКБ: Хронический

калькулезный холецистит. ДГПЖ. Результаты патологоанатомического вскрытия поделены заведующий кафедрой патологической анатомии МГМСУ профессор, заслуженный врач РФ Олег Зайратьянц, озвучив патологоанатомический диагноз:

— Основное заболевание: Постинфарктный кардиосклероз в области задней стенки ЛЖ и МЖП. Стенозирующий атеросклероз коронарных артерий сердца (до 75%). Фоновые заболевания: 1. Гипертоническая болезнь 3 ст.: эксцентрическая гипертрофия миокарда. Сахарный диабет 2 типа, ожирение 2 ст. Атрофия и липоматоз поджелудочной железы. Артериолосклеротический и диабетический нефросклероз. Сочетанное заболевание: ХОБЛ в стадии обострения с бронхопневмонией (VIII–X сегменты обоих легких). Осложнения: Инфаркт миокарда 2 типа в области МЖП. Хроническое общее венозное полнокровие. Гидроторакс. Жировой гепатоз. Острая язва желудка. Желудочное кровотечение (500 мл крови в просвете желудка). Отек головного мозга. Отек легких.

— У тяжелых пациентов часто развиваются острые поражения ЖКТ (острая язва, острый эрозивно-язвенный или геморрагический гастрит). При этом ЖКК развивается более чем у 15–30% пациентов, а летальность достигает 60%. ЖКК является предиктором летального исхода при ОИМ. Симптомы его, как правило, нетипичны: это нарастание анемии, нарушение гемодинамики — гипотония. Основной дефект диагностики острого язвенного поражения и ЖКК у данного пациента — отсутствие диагностической гипотезы. При поступлении у больного был выявлен высокий риск развития ЖКК и нарушение сознания, анемия, при этом пациент получал низкомолекулярный гепарин. По ухудшению состояния пациента диагностический поиск

Основной дефект диагностики острого язвенного поражения и ЖКК у данного пациента — отсутствие диагностической гипотезы

был направлен в сторону выявления ТЭЛА и инсульта. Несмотря на развитие стойкой гипотонии, тахикардии, снижение гемоглобина и ухудшение уровня сознания, гипотеза о возможном ЖКК так и не появилась. В течение всего пребывания в ОРИТ не был достигнут контроль над гемодинамикой: сохранялось низкое АД и высокая ЧСС, приведшие к декомпенсации ишемии гастродуоденальной слизистой оболочки и развитию ЖКК, — прокомментировала летальный исход доцент кафедры терапии, клинической фармакологии и скорой медицинской помощи МГМСУ Елена Вовк.

ВАРИАЦИИ НА ТЕМУ ГИПЕРТОНИИ

— Артериальная гипертония — наиболее частая сердечно-сосудистая патология. А в нашей стране ее распространенность неприлично высока — до 48% мужчин и 40% женщин имеют повышенный уровень АД, при этом только 39% мужчин и 60% женщин принимают антигипертензивные препараты, — отметила заместитель генерального директора, директор Института клинической кардиологии им. А. Л. Мясникова НМИЦ кардиологии Минздрава России академик РАН Ирина Чазова. — Из них эффективно лечатся и контролируют уровень АД еще меньше. В основе диагностики и выбора тактики лечения

лежит классификация уровней АД, которую необходимо помнить врачам всех специальностей.

И. Чазова напомнила коллегам, что, помимо соблюдения техники процедуры измерения АД, надлежит помнить о том, что АД измеряется с точностью до 2 мм рт. ст.

— Таких записей, как «135/85», не должно быть в амбулаторных картах, — подчеркнула академик И. Чазова. — При первичном осмотре пациента следует измерить давление на обеих руках, а в дальнейшем проводить измерения на той руке, где АД выше. У больных старше 65 лет при наличии СД и у лиц, получающих антигипертензивную терапию, следует произвести измерение АД через 2 минуты пребывания в положении стоя (для исключения постральной гипотонии). Целесообразно измерение АД на ногах особенно у лиц моложе 30 лет, — добавила она.

Показания для суточного мониторинга АД: состояния, когда высока вероятность гипертонии «белого халата», маскированной АГ; постральной и постпрандиальной гипотонии; оценка резистентной АГ; оценка контроля АД, особенно у пациентов высокого риска; чрезмерная реакция АД на нагрузку; значительная вариабельность АД, оценка симптомов, указывающих на гипотонию, при проведении антигипертензивной терапии. Диагностика АГ и последующее обсле-

дование включает такие этапы, как повторные измерения АД, выяснение жалоб и сбор анамнеза, физикальное и лабораторное обследование (ОАК, ОАМ, глюкоза крови натощак, липидограмма, уровень креатинина и СКФ). К дополнительным исследованиям относят определение уровня мочевой кислоты, калия; ЭхоКГ; исследование глазного дна; УЗИ почек и надпочечников; УЗИ брахиоцефальных и почечных артерий; рентгенографию органов грудной клетки.

Прогноз определяют как достаточно известные факторы риска — мужской пол, возраст, курение, дислипидемия, нарушение толерантности к глюкозе, ожирение и абдоминальное ожирение, а также семейный анамнез, так и те, которые эксперты выделяют в последнее время: повышение уровня мочевой кислоты, ранняя менопауза <45 лет, ЧСС>80 ударов в минуту, сопутствующая патология и др.

ОСТЕОАРТРИТ: ВСЕ УПИРАЕТСЯ В АЛГОРИТМ

— Остеоартрит — болезнь всего организма, и его лечение требует учитывать коморбидное состояние пациента. Совокупность системных (возраст, пол, ожирение, снижение активности, генетика) и механических факторов (лишний вес, нарушение оси сустава, нагрузка на сустав, слабость мышц, повреждение) ведет к повышенной «чувствительности» сустава, к повреждению и нарушению репарации. Остеоартрит — самая частая форма поражения суставов, но эффективное лечение, приводящее к длительной ремиссии заболевания, до сих пор не разработано. Многие пациенты нуждаются в протезировании сустава (эндопротезирование), а это уже «финальный аккорд» заболевания, — заявил директор НИИ ревматологии им. В. А. Насоновой профессор Александр Лиля.

Как известно, остеоартрит (ОА) — сложный и многоликий синдром. Существует множество фенотипов этого недуга: «метаболический», «воспалительный», «хрящевой», «травматический», возрастной и субхондральный. Основная локализация ОА: мелкие суставы кистей (узелки Гебердена и Бушара), коленные и тазобедренные суставы, сочетанные поражения. Алгоритм ведения пациентов с ОА коленных суставов (КС) — так называемая система «красных флагов». Установленные критерии: боль в КС, возраст >50 лет, остеофиты и/или сужение суставной щели. Если у пациента есть синовит, то такой пациент сразу должен направляться к специалисту для пункции, удаления и анализа синовиальной жидкости.

Алгоритм ведения пациентов с ОА суставов кистей: установленные критерии — боль, остеофиты с/без сужения суставной щели, семейный анамнез ОА кистей; «красные флаги» — женщины до менопаузы, припухлость, поражение ПФС, псориаз, поражение нескольких суставов, персистирующая боль. По рекомендациям Европейского общества ревматологов диагноз ОА КС может быть установлен без рентгенологического исследования. Рентгенографию КС необходимо выполнять обязательно в следующих ситуациях: молодой возраст

больного, травма, значительный выпот с выраженной деформацией сустава, выраженное уменьшение объема движений в суставе, интенсивная боль в суставе, планируемая консультация ортопеда или неэффективность адекватной терапии.

В ЛАБИРИНТАХ ЖКТ

— К основным гастроэнтерологическим синдромам в практике терапевта относят диарею — учащенное (более 2–3 раз в сутки) опорожнение кишечника с выделением жидких или кашицеобразных каловых масс. Острая диарея длится менее 21 дня и в 90% случаев обусловлена инфекционным агентом. Неинфекционная острая диарея развивается вследствие хронических заболеваний ЖКТ, хирургических болезней или как побочный эффект лекарственных препаратов, — обратилась к аудитории д. м. н., ведущий научный сотрудник кафедры пропедевтики внутренних болезней Первого МГМУ им. И. М. Сеченова Елена Полуэктова.

Причем, как заметила спикер, острая диарея редко встречается у лиц с адекватным иммунным ответом и сохраненной кишечной микробиотой. В случае невоспалительной диареи необходимо в первую очередь выяснить, какие препараты принимает пациент. Так, применение антибиотиков, осо-

бенно широко спектра действия, в 7–10 раз повышает риск развития *C. difficile*-ассоциированной болезни. А у лиц, получающих ингибиторы протонной помпы, этот показатель возрастает в 1,65 раза, и в настоящее время мы можем говорить об эпидемии *C. difficile*-ассоциированной болезни.

— Противоположная и далеко не безобидная ситуация — хронический запор. Исследования подтвердили закономерность: чем ниже частота стула, тем выше смертность от сердечно-сосудистых заболеваний. Причины, по которым развивается хронический запор, — это низкое содержание жидкости и пищевых волокон в рационе, СРК, функциональное расстройство дефекации, анатомические особенности строения кишки и ее органические заболевания, пожилой и старческий возраст, заболевания сердечно-сосудистой, нервной, эндокринной систем и эмоциональные расстройства, — заключила Е. Полуэктова.

«ЧТО-ТО ВОЗДУХУ МНЕ МАЛО...»

— Одышка — субъективный симптом. И поэтому перед амбулаторным врачом стоит первоочередная задача — выяснить, действительно ли речь идет о ней. Под одышкой понимают совокупность объективных и субъективных явлений, в одних случаях больной жалуется на одышку, не имея никаких характерных симптомов, и наоборот, налицо могут быть объективные признаки одышки, при этом жалоб на нее пациент не предъявляет, — начал свое выступление заведующий кафедрой госпитальной терапии № 2 Первого МГМУ им. И. М. Сеченова профессор Леонид Дворецкий. — Острая, внезапно возникшая одышка может развиваться на фоне приступа бронхиальной астмы, отека легких, пневмонии, ТЭЛА, спонтанного пневмоторакса.

Для построения диагностической гипотезы, учитывая ограниченные временные ресурсы, врач должен выявить ключевые анамнестические сведения о пациенте

Одышка, нарастающая в течение нескольких дней, характерна для обострения ХОБЛ, пневмонии, бронхиальной обструкции (опухоль) и синдрома верхней полой вены (опухоль). Наконец, постепенное развитие одышки наблюдается при нарастании ХСН, ХОБЛ, плевральном выпоте, пневмонии, опухоли легкого, ожирении, асците, — добавил он.

Внешний вид больных с одышкой отличается богатым разнообразием: «синие» — с ХСН; «красные» — с ХОБЛ; бледные — с анемией; тучные — с легочной рестрикцией; тощие — с ХОБЛ и дефицитом массы тела; больные с тораковертебральной патологией (кифосколиозом, анкилозирующим спондилитом); больные с бронхиальной обструкцией, дышащие «сквозь сомкнутые губы»; тревожные больные с психогенной одышкой и др.

При этом для построения диагностической гипотезы, по мнению Л. Дворецкого, учитывая ограниченные временные ресурсы, врач должен выявить ключевые анамнестические сведения о пациенте: наличие хронических заболеваний; инфекции, травмы или операции, предшествовавшие появлению одышки; контакт с аллергенами; прием лекарственных препаратов; длительный стаж курения, алкоголизация.

Также необходимо определить факторы, провоцирующие одышку (физическая нагрузка, горизонтальное положение и пр.), и время появления этого симптома (остро возникшая, нарастающая, хроническая). К ведущим клиническим признакам у больных с одышкой относят: изменения массы тела (ожирение, кахексия), цвета кожных покровов; состояние костно-мышечной системы (деформация грудной клетки, «барабанные пальцы», мышечная слабость); притупление перкуторного звука, коробочный звук или отсутствие сердечной тупости при перкуссии грудной клетки; выявление мерцательной аритмии, ритма галопа, сердечных шумов при аускультации сердца; увеличение живота, размеров печени, эпигастральная пульсация, гепатоюгулярный рефлюкс, отеки нижних конечностей и др.

СПЕЦИАЛИСТЫ ПЕРВИЧНОГО ЗВЕНА ДОЛЖНЫ БЫТЬ ВСЕСТОРОННЕ ПРОСВЕЩЕННЫМИ

Сессия от 14 мая

«Симптом изжоги регулярно испытывают 25–50% населения по всему миру. В обывательской среде о нем сложилось ложное представление как о довольно безобидном. Популярность и богатый ассортимент безрецептурных антацидных препаратов, современный темп жизни заставляют человека заниматься самолечением и надолго откладывать визит к врачу», — открыл очередную научно-практическую образовательную сессию «Амбулаторный прием» ее неизменный лидер профессор Аркадий Вёрткин

СЛУЧАЙ ИЗ ПРАКТИКИ

Изжога, как и некоторые другие вполне невинные симптомы, может быть проявлением серьезной патологии — гастроэзофагеальной рефлюксной болезни (ГЭРБ), которой, по некоторым подсчетам, страдают около 20% мирового населения.

— ГЭРБ — хроническое рецидивирующее заболевание верхнего отдела ЖКТ, обусловленное регулярным избыточным забросом в пищевод содержимого желудка и/или двенадцатиперстной кишки, — напомнил коллегам А. Вёрткин.

Этой многоликкой болезни, опасность которой пока еще недооценена врачами, посвящен клинический разбор. Больной 67 лет был направлен из поликлиники на консультацию в КДО одного из столичных многопрофильных стационаров к хирургу с диагнозом «ГЭРБ: недостаточность кардии, рефлюкс-эзофагит».

На протяжении 5 лет пациента беспокоила упорная боль в эпигастрии после приема пищи, ощущение «кома» в горле, отрыжка и изжо-

га, усиливающиеся при наклоне и лежачем положении, а также постоянный малопродуктивный кашель и першение в горле. Пациент неоднократно обращался с этими жалобами в поликлинику по месту жительства, где они интерпретировались в рамках ХОБЛ (дважды проходил стационарное лечение), а также диспепсии на фоне коморбидной сосудистой патологии.

В дальнейшем пациенту была выполнена рентгенография пищевода с барием и выявлена грыжа пищеводного отверстия диафрагмы (ПОД), по поводу чего он был направлен на консультацию хирурга КДО. В анамнезе у больного многолетний стаж артериальной гипертензии, ОИМ в 2005 и 2013 годах с последующей ангиопластикой со стентированием сосудов, ОНМК в 2006 году, в 2000 году — комбинированная (лучевая) терапия рака гортани.

При объективном осмотре обращает на себя внимание жесткое дыхание, над обоими легочными полями единичные сухие рас-

янные хрипы. Тоны сердца приглушены, ритм правильный, ЧСС — 90 в минуту, АД — 120/80 мм рт. ст. Язык у корня обложен желтоватым налетом, живот безболезненный. По рекомендации хирурга поликлиники показано оперативное лечение ГПОД в плановом порядке. Повторная рентгенография желудка и пищевода с барием позволила диагностировать недостаточность кардии, признаки рефлюкс-эзофагита, дуоденогастральный рефлюкс. Процедура ЭГС также подтвердила недостаточность кардии, рефлюкс-эзофагит легкой степени, а также очаговый гастрит. На биопсии: очаги хронического воспаления, умеренно выраженная кишечная метаплазия эпителия. При ФВД бронхообструкции выявлено не было. Легкое снижение вентиляционной способности легких, ФЖЕЛ умеренно снижена. На ЭКГ: синусовая брадикардия с ЧСС 53–55 в минуту, ЭОС отклонена влево, желудочковые экстрасистолы. Заключение ЭхоКГ: умеренный гипокinez нижней стенки

на базальном и среднем уровнях. Клинический диагноз: ГЭРБ: дистальный рефлюкс-эзофагит. Грыжа пищеводного отверстия диафрагмы. Гипертоническая болезнь 3 стадии, АГ 3 степени, риск ССО 4. ИБС: постинфарктный кардиосклероз (2006, 2013). Состояние после ЧКВ: ангиопластика со стентированием ПКА и ОА в 2006 году, повторное ЧКВ: ангиопластика ОА в 2013 году. Состояние после ОНМК в 2006 году. ХОБЛ: хронический обструктивный бронхит, пневмосклероз. Состояние после лучевой терапии. Хронический рефлюкс-гастрит.

Патоморфологическую картину рефлюкс-эзофагита описал главный патологоанатом ДЗ Москвы, заведующий кафедрой патологической анатомии МГМСУ профессор, заслуженный врач РФ Олег Зайратьянц.

— ГЭРБ — коварное заболевание, поскольку зачастую имеет очень скудную клиническую симптоматику, и даже при вполне приличной эндоскопической картине (отсутствии эрозивных повреждений. — Ю.Ш.) для нее характерно тяжелое воспаление слизистой пищевода, что может привести к тяжелым, вплоть до онкологических осложнениям. Помимо таких симптомов, как изжога, регургитация, боль в эпигастрии и грудной клетке, ГЭРБ может проявляться и внепищеводными симптомами, такими как хронический кашель, осиплость голоса. Также симптом нарушения глотания может быть проявлением ГЭРБ. Длительно существующая ГЭРБ может привести к таким осложнениям, как эзофагит (30–50%), пищевод Баррета (10–15%) и аденокарциноме (5–10%), — отметил О. Зайратьянц.

Пациенту была проведена робот-ассистированная лапароскопическая фундопликация по Ниссену с круоропией, дренирование брюшной полости, которую на сессии представил зав. отделением

ГЭРБ зачастую имеет очень скудную клиническую симптоматику, и даже при вполне приличной эндоскопической картине для нее характерно тяжелое воспаление слизистой пищевода

хирургии ГКБ им. С. И. Спасокукоцкого Сергей Ерин. Послеоперационная терапия проводилась АБТ, ИПП, антикоагулянтами и др. Ранний послеоперационный период проходил без особенностей. Больного выписали в удовлетворительном состоянии под наблюдение терапевта и хирурга КДО. В настоящее время пациент отмечает улучшение общего состояния, симптомы изжоги, отрыжки не беспокоят, практически прекратился кашель, о чем он сам рассказал многочисленной аудитории врачей.

— ГЭРБ — это многофакторное, сенсорно-моторное заболевание, связанное с нарушением нормальных антирефлюксных механизмов. Предикторами болезни являются увеличение внутрибрюшного давления, хронический панкреатит, который в нашей стране в подавляющем большинстве случаев связан со злоупотреблением алкоголем и ранней ЖКБ, — подвела итоги клинического разбора доцент кафедры терапии, клинической фармакологии и скорой медицинской помощи МГМСУ Елена Вовк. — ГЭРБ приводит к развитию рефлюкс-эзофагита и опасным для жизни осложнениям, а также к развитию внепищеводных осложнений вследствие частого попадания рефлюктата в полость

рта, гортани, нижние дыхательные пути. Симптомы ГЭРБ делятся на типичные (изжога, регургитация, гиперсаливация) и атипичные (тошнота, отрыжка, замедленное пищеварение, раннее насыщение, эпигастральная боль, метеоризм, рвота), а также внепищеводные проявления (прекардиальная боль в груди, респираторные симптомы, ЛОР-симптомы, раннее пробуждение, бессонница). Существуют и симптомы «красного флага»: торпидная изжога и регургитация >3 месяцев с сильной ночной изжогой; симптомы сохраняются после 2 недель лечения ИПП; впервые возникшая изжога или регургитация в возрасте 45–50 лет; дисфагия или одиофагия; симптомы или признаки ЖКК; симптомы или признаки ларингита; необъяснимая потеря веса; упорная тошнота, рвота, диарея; кардиальные симптомы; симптомы у беременных или кормящих матерей, — заключила Елена Вовк.

И СНОВА ОСТЕОАРТРИТ

— Патология опорно-двигательного аппарата весьма вариабельна и обусловлена не только клинически, но и социально. Жалобы на боли в суставах — одна из ведущих причин обращения населения за

медицинской помощью. Наиболее частая локализация поражения при остеоартрите, то, с чем сталкиваются все терапевты, — это коленные суставы (гонартроз, клинически наиболее манифестно), тазобедренные суставы (коксартроз), узелковый остеоартроз мелких суставов кистей. Клинические проявления включают суставную боль, скованность, снижение функции сустава, — отметила старший научный сотрудник отделения специализированной медицинской помощи НИИ ревматологии им. В. А. Насоновой профессор Наталья Чичасова.

Диагностика остеоартрита включает клиничко-анамнестические данные, данные физикального обследования и результаты дополнительных методов исследования: повышенные нагрузки, избыточный вес, нарушение статики, в том числе плоскостопие; боль (стартовая, после физической нагрузки); утренняя скованность до 30 минут (кроме ТБС); боль или дискомфорт при вставании из положения сидя или при ходьбе, особенно по лестнице (вниз); боль при ходьбе по неровной дороге или в положении стоя на коленях; боль при сидении >2 часов, не вставая; боль при попытке сесть в низкое кресло или машину; изменение конфигурации сустава; крепитации; деформации; состояние суставной щели, наличие остеофитов, хондром, состояние субхондральной кости при рентгенографии; синовит, тендосиновит, киста Беккера, остеофиты при УЗИ. В ряде случаев показана артроскопия.

— При остеоартрите наблюдается слабая связь между рентгенологическими изменениями, болями и клиническими проявлениями суставного синдрома. Причем сложность в ведении таких пациентов заключается еще и в коморбидном состоянии (высокий ИМТ, артериальная гипертензия, атеросклероз,

сахарный диабет, остеопороз), которое утяжеляет течение остеоартрита и увеличивает риск развития хронического болевого синдрома. Остеоартрит ведет к повреждению всех структур сустава. На сегодняшний день это заболевание суставов рассматривается как воспалительное, характеризующееся клеточным стрессом и деградацией экстрацеллюлярного матрикса, ведущую роль в патогенезе которого играют иммунокомпетентные клетки. Цель консервативной терапии — уменьшение симптомов боли, снижение воспаления, улучшение функции сустава, а также уменьшение потери объема хряща

и улучшение качества жизни пациентов со снижением потребности в эндопротезировании, — подытожила профессор И. Чичасова.

ОРИЕНТИР НА ПАЦИЕНТА

— Мы часто задаемся вопросом: какими чертами должен обладать идеальный врач? А вот какие характеристики, по мнению врачей, присущи идеальному современному пациенту? — обратился к аудитории профессор А. Вёрткин. — По мнению врачей, идеальный современный пациент характеризуется малой осведомленностью в медицинских вопросах; отсутствием сомнений в силах и умении леча-

По данным аналитического обзора Росстата в минувшем году (60 тыс. респондентов) треть граждан нашей страны в принципе не обращаются к врачам, даже если нуждаются в помощи; 3% опрошенных не смогли получить в поликлинике помощь; у 34,4% участников опроса нет времени на лечение; 14% считают, что получить помощь можно только на платной основе. Половина из тех, кто так и не дошел до врача, занимались самолечением

щего врача; готовностью беспрекословно выполнять назначения; умением кратко и четко излагать жалобы; отсутствием ипохондрии. Но в реальной практике терапевта такие пациенты встречаются редко, и врачам необходимо владеть алгоритмом общения, чтобы сделать каждый визит пациента максимально продуктивным. Каждый амбулаторный прием в обязательном порядке должен заканчиваться обсуждением рекомендаций для пациентов, — заострил внимание коллег эксперт.

Интересно, что по данным аналитического обзора Росстата в минувшем году (60 тыс. респондентов) треть граждан нашей страны в принципе не обращаются к врачам, даже если нуждаются в помощи; 3% опрошенных не смогли получить в поликлинике помощь; у 34,4% участников опроса нет времени на лечение; 14% считают, что получить помощь можно только на платной основе. Половина из тех, кто так и не дошел до врача, занимались самолечением.

Тем не менее в целом за последние два года россияне стали чаще (на 7,3%) обращаться за амбулаторно-поликлинической помощью. Стало меньше случаев нехватки медикаментов (на 12,5% по сравнению с 2016 годом), сократилось количество очередей, на 18,9% меньше случаев навязывания платных услуг.

Так, в амбулаторном сегменте столичного сектора отрасли, согласно распоряжению мэра Москвы С. Собянина, с недавнего времени стали внедрять единый стандарт — меры, принятые для оптимизации работы поликлиник. В целях устранения дисбаланса по узким специалистам в каждой поликлинике на первичном уровне планируется организовать прием врачей восьми наиболее востребованных специальностей (ревматолог, нефролог и др.). Наиболее посещаемые кабинеты (за-

бора крови, дежурных врачей и пр.) будут размещаться на нижних этажах, а наименее посещаемые и административные — на верхних. Кабинеты узких специалистов будут располагаться на одном этаже с функциональной диагностикой. Для пациентов и персонала организуют буфеты, для врачей будут оборудованы кабинеты и комнаты отдыха.

НЕВРОЛОГИЧЕСКИЕ ДЕБРИ

— Несмотря на увеличение расходов на здравоохранение, число неврологических больных продолжает расти. Серая монотонная городская среда способствует повышению уровня стресса и появлению депрессии, увеличению потребления алкоголя, повышению степени криминальности и асоциальности. Доказано и научно обосновано, что зрительное воздействие оказывает мощный эффект на головной мозг. При восприятии чего-либо красивого улучшается корковая активность нашего мозга (нейроэстетика). Фастфуд, нездоровая пищевая среда — важнейший фактор риска медленно прогрессирующих неврологических заболеваний. Вкупе с низкой физической активностью это приводит к увеличению объема жировой ткани — акцентировал внимание терапевтической аудитории на неврологических проблемах заведующий кафедрой нервных болезней Института последипломного образования Первого МГМУ им. И. М. Сеченова профессор Алексей Данилов.

Известно между тем, что провоспалительные цитокины, синтезируемые в адипоцитах (IL-6, TNF, триглицериды, свободные жирные кислоты), запускают механизмы развития инсулинорезистентности, онкологических заболеваний, атеросклероза и гипертонической болезни, нейродегенерации (деменции). Напротив, регулярная физическая активность препятствует

системному воспалению — фундаменту целого ряда различных заболеваний (зачастую с формированием коморбидности. — Ю.Ш.) и патологических состояний.

Выводы многочисленных исследований по всему миру неутешительны в своей тривиальности: психосоциальный стресс, отсутствие дневного света и физической активности выливаются в так называемый «офисный синдром», проявляющийся головной болью, болью в спине и шее, туннельным синдромом, синдромом «сухого глаза», гастритом или язвой, сердечно-сосудистыми заболеваниями, геморроем и трещинами прямой кишки, воспалением органов малого таза, синдромом хронической усталости, варикозным расширением вен, тромбозом, ухудшением когнитивных функций и др.

Наряду с этим нарушение биоритмов, хроническая бессонница приводят к целому ряду патологических состояний (ухудшению памяти, снижению работоспособности, иммунным нарушениям, ИБС и артериальной гипертензии), в основе которых лежит снижение секреции мелатонина. Для увеличения продукции собственного мелатонина необходимо ежедневно выкраивать время, чтобы побыть на солнце, либо создать оптимальный режим искусственного дневного света.

— Задача хорошего терапевта — суметь пообщаться с пациентом таким образом, чтобы он захотел изменить свой образ жизни к лучшему, — подвел итог своему выступлению А. Данилов.



2019 / НОЯБРЬ — ДЕКАБРЬ

ЦИКЛ НАУЧНО-ОБРАЗОВАТЕЛЬНЫХ ВЕБИНАРОВ

ОБЩЕСТВА «АМБУЛАТОРНЫЙ ВРАЧ»

Регистрация, трансляция и записи предыдущих

вебинаров на сайте: ambulatory-doctor.ru

Ноябрь			
25.11.19 11:00	Дерматолог — терапевту	Зуд — междисциплинарная проблема	Ю. Н. Перламутров, д. м. н., профессор, заведующий кафедрой кожных и венерических болезней МГМСУ им. А. И. Евдокимова
25.11.19 12:15	Дерматолог — терапевту	Дерматозы при соматической патологии	К. Б. Ольховская, к. м. н., доцент кафедры кожных и венерических болезней МГМСУ им. А. И. Евдокимова
26.11.19 14:00	Вскрытие покажет	Ишемическая болезнь сердца	О. В. Зайратьянц, д. м. н., профессор, главный внештатный специалист по патологической анатомии ДЗМ, заведующий кафедрой патологической анатомии МГМСУ им. А. И. Евдокимова
27.11.19 11:00	Сосудистый хирург — терапевту		А. В. Гавриленко, заслуженный деятель науки РФ, академик РАН, руководитель отделения хирургии сосудов РНИЦХ им. Б. В. Петровского
27.11.19 17:00	Невролог — терапевту	Профилактика инсульта у больных с фибрилляцией предсердий	О. И. Виноградов, д. м. н., заведующий кафедрой неврологии с курсом нейрохирургии ИУВ ФГБУ НМХЦ им. Н. И. Пирогова
28.11.19 10:00	Онколог — терапевту	Рак молочной железы	Г. П. Генс, д. м. н., профессор, заведующая кафедрой онкологии и лучевой терапии МГМСУ им. А. И. Евдокимова
28.11.19 11:00		Рак женских половых органов	
Декабрь			
2, 5 и 11.12.19 14:00	ТЕЛЕМОСТ	Москва — Сургут	
03.12.19 11:00	Интернет-конгресс «Инфекционист — терапевту»	Ключевые признаки инфекционной патологии, протекающей с поражением ротоглотки	М. Г. Кулагина, к. м. н., доцент кафедры инфекционных болезней и эпидемиологии МГМСУ им. А. И. Евдокимова
03.12.19 12:15		Ключевые признаки инфекционной патологии, протекающей с поражением почек	К. Р. Дудина, д. м. н., доцент кафедры инфекционных болезней и эпидемиологии МГМСУ им. А. И. Евдокимова
03.12.19 13:30		Гепатолиенальный синдром при инфекционной патологии	О. О. Знойко, д. м. н., профессор кафедры инфекционных болезней и эпидемиологии МГМСУ им. А. И. Евдокимова
04.12.19 11:00	Дерматолог — терапевту	Меланома	И. Ю. Голоусенко, д. м. н., профессор, заведующий отделением дерматовенерологии-косметологии, профессор кафедры кожных и венерических болезней МГМСУ им. А. И. Евдокимова
04.12.19 12:15		Опухоли кожи	
05.12.19 11:00	Гематолог — терапевту	Анемия в терапевтической практике	В. В. Птушкин, д. м. н., профессор, главный внештатный специалист-гематолог, заместитель главного врача по гематологии ГБУЗ «ГКБ им. С. П. Боткина ДЗМ»
10.12.19 11:00	Интернет-конгресс «Инфекционист — терапевту»	Лимфаденопатии при инфекционной патологии	Г. Н. Кареткина, к. м. н., доцент кафедры инфекционных болезней и эпидемиологии МГМСУ им. А. И. Евдокимова
10.12.19 12:15		Ключевые признаки инфекционной патологии, протекающей с поражением респираторного тракта	М. Г. Кулагина, к. м. н., доцент кафедры инфекционных болезней и эпидемиологии МГМСУ им. А. И. Евдокимова

Декабрь			
10.12.19 13:30		Ключевые признаки инфекционной патологии, протекающей с поражением ЦНС	Е. А. Климова, д. м. н., профессор кафедры инфекционных болезней и эпидемиологии МГМСУ им. А. И. Евдокимова
11.12.19 16:00	Онколог — терапевту	2 темы	Г. П. Генс, д. м. н., профессор, заведующая кафедрой онкологии и лучевой терапии МГМСУ им. А. И. Евдокимова
17.12.19 11:00	Дерматолог — терапевту	ИППП	А. М. Соловьев, к. м. н., доцент кафедры кожных и венерических болезней МГМСУ им. А. И. Евдокимова Н. И. Чернова, д. м. н., профессор кафедры кожных и венерических болезней МГМСУ им. А. И. Евдокимова
17.12.19 12:15		Герпетическая болезнь	Н. И. Чернова, д. м. н., профессор кафедры кожных и венерических болезней МГМСУ им. А. И. Евдокимова
18.12.19 11:00	Пульмонолог — терапевту	Бремя тяжелой бронхиальной астмы: системная терапия	С. Н. Авдеев, д. м. н., профессор, член-корреспондент РАН, главный пульмонолог МЗ РФ
19.12.19 11:00	Пульмонолог — терапевту	Мультидисциплинарный подход к лечению больных с аллергическими заболеваниями: бронхиальная астма и атопический дерматит	Н. И. Ильина, д. м. н., профессор, заместитель директора по клинической работе, главный врач Института иммунологии ФМБА России, вице-президент Российской ассоциации аллергологов и клинических иммунологов
23.12.19 11:00	Интернет-конгресс «Инфекционист — терапевту»	Когда стоит задуматься о гельминтозах?	О. О. Знойко, д. м. н., профессор кафедры инфекционных болезней и эпидемиологии МГМСУ им. А. И. Евдокимова
23.12.19 11:00		«Завозные» инфекционные болезни	Г. Н. Кареткина, к. м. н., доцент кафедры инфекционных болезней и эпидемиологии МГМСУ им. А. И. Евдокимова
23.12.19 11:00		Неотложные состояния при инфекционной патологии	Е. А. Климова, д. м. н., профессор кафедры инфекционных болезней и эпидемиологии МГМСУ им. А. И. Евдокимова
25.12.19 16:00	Онколог — терапевту	2 темы	Г. П. Генс, д. м. н., профессор, заведующая кафедрой онкологии и лучевой терапии МГМСУ им. А. И. Евдокимова



Ожидайте новый номер Opinion Leader ~ Остеопороз

Медицинский журнал — носитель профессиональной позиции и научной информации от Лидеров Мнений медицинского сообщества.

Журнал расскажет докторам о Лидерах Мнений, познакомит практикующих российских врачей с новыми технологиями, научными исследованиями, с полезной в их работе продукцией. Наша цель — сделать журнал настолько стильным, интересным и полезным, чтобы он занял достойное место в профессиональной библиотеке доктора.

В каждом номере, посвященном одному разделу медицины: отраслевые новости и важные события / информация о профессиональных сообществах, кафедрах, клиниках / анонсы и отчеты мероприятий /

интервью с авторитетными представителями отрасли / новости от производителей и дистрибьюторов / научные достижения, новейшие исследования, методы лечения / информация о ФУВах, мастер-классах, иных возможностях профильного образования / юридическая консультация.

Электронную версию журнала можно бесплатно скачать на сайте: www.opinionleaderjournal.com

Уважаемые Лидеры Мнений из Москвы и регионов, если Вам есть о чем поведать коллегам, пишите нам, мы с удовольствием с Вами познакомимся.

Целевое бесплатное распространение среди врачей — узких специалистов.

НЕЙРОКС®

Этилметилгидроксипиридина сукцинат
Раствор для в/м и в/в введения 250 мг/5 мл №5, 100 мг/2 мл №10,
таблетки 125 мг №30, 125 мг №50

НОВОЕ ВРЕМЯ ДЛЯ ЖИЗНИ

Антиоксидант - антигипоксикант с нейропротективным действием.

- Улучшает метаболизм и кровоснабжение головного мозга
- Восстанавливает цикл «сон-бодрствование»
- Улучшает процессы обучения и памяти
- Снижает беспокойство
- Способствует уменьшению проявлений алкогольной интоксикации
- Обладает противосудорожным эффектом
- Обладает гиполипидемическим действием



РЕКЛАМА

Регистрационный номер
№ЛСР-007439/09.
Информация для медицинских специалистов.
Для медицинских конференций.

 **COTEX**
www.sotex.ru

НОВАЯ ФОРМА - ТАБЛЕТКИ 125 мг №30 и №50

Регистрационный номер ЛП-005670 от 22.07.2019

Румалон®

раствор для инъекций 1 мл № 25
1 мл № 10

Уникальный
ГАГ-пептидный комплекс
работает в трех направлениях
при остеоартрите:

- ✓ достоверно замедляет деградацию хряща
- ✓ устраняет синовит¹
- ✓ уменьшает проявления энтезиопатии¹



Румалон®



NB!

- ✓ Оказывает комплексное воздействие на все структуры сустава
- ✓ Эффективен у пациентов с недостаточным ответом на предшествующую терапию SYSADOA¹
- ✓ Достоверно уменьшает симптоматику уже к 5-7-ой инъекции¹
- ✓ Полный курс терапии в одной упаковке №25



¹ Каралеев А.Е., Алексеева Л.И., Лила А.М., Макаров С.А., Чинасова Н.В., Зюмова Е.В.
Применение Румалона® при Исходно Малом Успехе в Лечении остеоАртрита Научно-практическая ревматология,
2018;56(1):22-27