

Хроническая ишемия головного мозга и головная боль у пациентов в практике терапевта

Шишкова В.Н.^{1,2}, Адашева Т.В.²

¹ФГБУ «Национальный медицинский исследовательский центр терапии и профилактической медицины» Минздрава России, Москва; ²ФГБОУ ВО «Московский государственный медико-стоматологический университет им. А.И. Евдокимова», Москва

¹Россия, 101990, Москва, Петроверигский пер., 10, стр. 3; ²Россия, 127473, Москва, ул. Делегатская, 20, стр. 1

Сегодня хроническая ишемия головного мозга (ХИГМ) является самым распространенным в нашей стране диагнозом как в неврологической, так и в общей врачебной практике. Высокая частота коморбидных состояний и заболеваний, предрасполагающих к развитию ХИГМ, ассоциация с риском инсульта и деменции, повышающих инвалидизацию пациентов, делают ХИГМ актуальной медико-социальной проблемой. Правильная диагностика ХИГМ позволяет назначить эффективное лечение, предупредить прогрессирование заболевания, развитие инсультов и деменции. В статье рассматриваются принципы ведения пациентов пожилого и старческого возраста с головной болью и ХИГМ в амбулаторной практике. Обсуждаются причины головной боли у пациентов с ХИГМ, методы ее лечения. Подробно рассматривается спектр терапевтического влияния препаратов Нейрокс® (этилметилгидроксипиридина сукцинат) и Нейпилепт® (цитиколин) у данной категории пациентов.

Ключевые слова: цереброваскулярные заболевания; хроническая ишемия головного мозга; головная боль; цитиколин; этилметилгидроксипиридина сукцинат.

Контакты: Вероника Николаевна Шишкова; veronika-1306@mail.ru

Для ссылки: Шишкова В.Н., Адашева Т.В. Хроническая ишемия головного мозга и головная боль у пациентов в практике терапевта. Неврология, нейропсихиатрия, психосоматика. 2021;13(1):131–137. DOI: 10.14412/2074-2711-2021-1-131-137

Chronic cerebral ischemia and headache in patients in primary care physician's practice

Shishkova V.N.^{1,2}, Adasheva T.V.²

¹National Medical Research Center for Therapy and Preventive Medicine, Federal State Budgetary Institution, the Ministry of Health of Russia, Moscow; ²A.I. Yevdokimov Moscow State University of Medicine and Dentistry, Federal State Budgetary Educational Institution of Higher Education, Moscow

¹10-3 Petroverigsky Lane, Moscow, 101990, Russia; ²20-1 Delegatskaya Str., Moscow, 127473, Russia

Today, chronic cerebral ischemia (CCI) is the most common diagnosis in our country, both in neurological and general medical practice. The high frequency of comorbid conditions and diseases predisposing to the development of CCI, and the association with the risk of stroke and dementia, which increase patient disability, make CCI an urgent medical and social problem. Proper diagnosis of CCI allows the prescription of effective treatment, prevents the disease progression, and the development of strokes and dementia. The article deals with the treatment principles for elderly and senile patients with headache and CCI in outpatient practice. It discusses the causes of headache in CCI patients and its treatment methods. It also covers in depth the spectrum of therapeutic effects of Neurox® (ethylmethylhydroxypyridine succinate) and Neupilept® (citicoline) in this category of patients.

Keywords: cerebrovascular diseases; chronic cerebral ischemia; headache; citicoline; ethylmethylhydroxypyridine succinate.

Contacts: Veronika Nikolaevna Shishkova; veronika-1306@mail.ru

For reference: Shishkova VN, Adasheva TV. Chronic cerebral ischemia and headache in patients in primary care physician's practice. Nevrologiya, neiropsikhiatriya, psikhosomatika = Neurology, Neuropsychiatry, Psychosomatics. 2021;13(1):131–137. DOI: 10.14412/2074-2711-2021-1-131-137

Современная демографическая ситуация в большинстве стран мира характеризуется постоянным и уверенным ростом числа пожилых людей. Согласно определению экспертов Всемирной организации здравоохранения, если доля граждан страны, чей возраст старше 65 лет, превышает 7%, то население страны считается стареющим. Феномен демографического старения имеет большое значение для современной России, где доля представителей пожилого и старческого возраста близка к показателям западноевропейских стран и составляет около 30 млн, т. е. более 20% от всего населения страны [1]. Сам возраст представляет собой один из

важнейших факторов риска (ФР) развития большинства острых и хронических заболеваний, поэтому он часто предрасполагает к возникновению коморбидности (от лат. со – вместе, morbus – болезнь) [2–4]. Современными спутниками старения справедливо называют несколько ключевых патологий, наиболее часто встречающихся у пожилых людей, а именно: сердечно-сосудистые (ССЗ), цереброваскулярные (ЦВЗ), онкологические заболевания, сахарный диабет (СД) 2-го типа, остеоартрит и остеопороз [4–6].

Безусловно, болезни системы кровообращения – ССЗ и ЦВЗ – остаются основными причинами высокой смерт-

ности и инвалидизации населения практически во всех странах мира, в том числе и в России [7]. Общность патофизиологических процессов, приводящих к развитию и прогрессированию ССЗ и ЦВЗ, подтверждается взаимодействием общих ФР: артериальной гипертензии (АГ), атерогенной дислипидемии, гипергликемии, ожирения, в том числе висцерального, СД 2-го типа, метаболического синдрома и хронической болезни почек [8]. Предупреждению развития макрососудистых осложнений у пациентов с известными ФР в последние десятилетия посвящено большое количество исследований, разработаны прогностические и лечебные стратегии, что, несомненно, положительно отражается на современных значениях статистических показателей заболеваемости и смертности [7, 9]. Однако именно хроническая ишемия головного мозга (ХИГМ), или так называемая дисциркуляторная энцефалопатия, протекающая незаметно для пациента, продолжает удерживать лидирующую позицию по развитию таких социально значимых заболеваний, как инсульт и деменция [8].

Сегодня ХИГМ является самым распространенным в нашей стране диагнозом как в неврологической, так и в общеврачебной практике, относящимся к разделу I67.8 Международной классификацией болезней 10-го пересмотра. Высокая частота коморбидных состояний и заболеваний, предрасполагающих к развитию ХИГМ, ассоциация с риском инсульта и деменции, повышающих инвалидизацию пациентов, делает ХИГМ актуальной медико-социальной проблемой [10]. Правильная диагностика ХИГМ позволяет назначить эффективное лечение, предупредить прогрессирование заболевания, развитие инсультов и деменции.

Диагностика ХИГМ

ХИГМ представляет собой совокупность клинических проявлений, связанных с постепенным, но неуклонным снижением кровоснабжения головного мозга, которое сопровождается появлением диффузных или очаговых изменений в ткани мозга. Снижение поступления глюкозы и кислорода с током крови к тканям головного мозга инициирует развитие каскада биохимических реакций, запускающих процессы окислительного стресса и приводящих к появлению морфологического субстрата поражения головного мозга в виде изменений диффузного или многоочагового характера – множественных лакунарных инфарктов и лейкоареоза [10]. Являясь следствием множества других ССЗ

Таблица 1. ФР развития ХИГМ
Table 1. Risk factors of CCI development

Некорригуемые ФР	Корригуемые ФР
Пожилой возраст	АГ
Мужской пол	Атеросклероз
Генетические факторы	СД
	Дислипидемия
	Нарушение сердечного ритма
	Нарушение реологических свойств крови
	Факторы, связанные с образом жизни:
	– курение;
	– чрезмерное употребление алкоголя;
	– избыточная масса тела;
	– низкая физическая активность;
	– нерациональное питание

или метаболических заболеваний, ХИГМ значимо ухудшает качество жизни и влияет на работоспособность пациентов вследствие развития когнитивных, эмоциональных и двигательных нарушений [8].

Диагностика ХИГМ связана, прежде всего, с выявлением одного или нескольких ФР (табл. 1).

Выявление сердечно-сосудистых или метаболических заболеваний, которые привели к развитию ЦВЗ, – важный этап диагностики ХИГМ. Основными клиническими проявлениями ХИГМ служат сосудистые когнитивные нарушения (КН) неамнестического типа, для которых характерны относительная сохранность памяти и значимые расстройства исполнительных функций (программирования и контроля). Степень выраженности КН можно определить с помощью проведения скринингового [Мини-Ког (Mini-Cog), Монреальская шкала оценки когнитивных функций (Montreal Cognitive Assessment, MoCA), Краткая шкала оценки психического статуса (Mini-mental State Examination, MMSE)] или более подробного нейропсихологического исследования (батарея тестов Лурия–Небраска), которое проводит нейропсихолог или клинический психолог. КН могут быть легкими (субъективными), умеренными или выраженными, достигая в финале степени деменции [5, 10]. Также у пациентов с ХИГМ могут отмечаться нарушения равновесия и ходьбы. Часто к моменту первого обращения у пациента уже имеются результаты магнитно-резонансной томографии (МРТ) головного мозга, проведенные по поводу других жалоб или по инициативе самого пациента. МРТ головного мозга – обязательный этап диагностики ХИГМ, который позволяет обнаружить характерные нейровизуализационные признаки заболевания в виде гиперинтенсивных сосудистых очагов в белом веществе головного мозга, лакун, церебральных микрокровоизлияний, расширений периваскулярных пространств [10]. В зависимости от выраженности когнитивных и двигательных нарушений, степени нарушения трудоспособности и бытовой независимости выделяют три стадии ХИГМ (табл. 2) [11].

Таблица 2. Стадии ХИГМ
Table 2. CCI stages

Основные признаки	Стадии		
	I	II	III
Жалобы	+ / ++	+ / ++	+
КН	Легкие	Умеренные, легкая деменция	Значительно выраженные (деменция)
Двигательные нарушения	Легкие и умеренные	Легкие, умеренные или значительно выраженные	Умеренные или значительно выраженные
Трудоспособность	Пациент трудоспособен	Частично трудоспособен / нетрудоспособен	Нетрудоспособен
Бытовая независимость	Независим	Может быть частично зависим от окружающих	Зависим от окружающих

Диагностика головной боли у пациентов с ХИГМ

В амбулаторно-поликлинической практике врачам часто приходится сталкиваться с большим количеством сопутствующих неспецифических жалоб у пациентов с ХИГМ. Самыми частыми являются жалобы на головную боль, которая может сопровождаться «шумом» и «тяжестью» в голове, головокружением, снижением работоспособности, повышенной утомляемостью, раздражительностью, нервозностью, тревожностью, нарушением сна и другими симптомами астенического характера. Лидером по многократности предъявления пациентами с ЦВЗ является жалоба на головную боль, которая часто носит хронический характер и может отмечаться в течение нескольких лет [12].

Согласно Международной классификации головной боли 3-го пересмотра (МКГБ-3) выделяют первичные головные боли, т. е. не связанные с поражением головного мозга, других структур головы и шеи или системными заболеваниями, и вторичные головные боли – связанные с причинным заболеванием или препаратом. Среди пациентов пожилого и старческого возраста наиболее часто встречаются первичные головные боли, среди которых часто выявляется как одна из наиболее распространенных головная боль

напряжения (ГБН) [10, 13]. Диагноз ГБН устанавливается на основании критериев МКГБ-3 [14].

Диагностические критерии ГБН (МКГБ-3, 2018)

- Головная боль длительностью от 30 мин до 7 сут
- Как минимум два из следующих признаков:
 - двусторонняя локализация боли;
 - давящий (сжимающий) неп пульсирующий характер;
 - легкая или умеренная интенсивность;
 - боль не усиливается при обычной физической активности
- Оба следующих признака:
 - отсутствует тошнота или рвота (возможно отсутствие аппетита);
 - только один из симптомов: фото- или фонофобия

Вторичная головная боль может быть связана как с побочным эффектом лекарственных средств, назначенных пациенту по поводу других заболеваний, так и с чрезмерным приемом обезболивающих препаратов, которые практически всегда не воспринимаются пациентами как причина, вызвавшая головную боль.

Классификация головной боли, связанной с применением различных веществ или их отменой (МКГБ-3, 2018)

8. Головные боли, связанные с различными веществами или их отменой

8.1. Головная боль, связанная с острым или длительным воздействием веществ

8.1.1. Головная боль, вызванная донорами оксида азота (NO)

8.1.1.1. Немедленная головная боль, вызванная донорами NO

8.1.1.2. Отсроченная головная боль, вызванная донорами NO

8.1.2. Головная боль, вызванная ингибиторами фосфодиэстеразы

8.1.3. Головная боль, вызванная монооксидом углерода

8.1.4. Головная боль, вызванная алкоголем

8.1.4.1. Немедленная головная боль, вызванная алкоголем

8.1.4.2. Отсроченная головная боль, вызванная алкоголем

8.1.5. Головная боль, вызванная кокаином

8.1.6. Головная боль, вызванная гистамином

8.1.6.1. Немедленная головная боль, вызванная гистамином

8.1.6.2. Отсроченная головная боль, вызванная гистамином

8.1.7. Головная боль, вызванная пептидом, родственном гену кальцитонина (ПРГК)

8.1.7.1. Немедленная головная боль, вызванная ПРГК

8.1.7.2. Отсроченная головная боль, вызванная ПРГК

8.1.8. Головная боль, вызванная экзогенным прессорным веществом

8.1.9. Головная боль, вызванная редким применением других лекарств

8.1.10. Головная боль, вызванная длительным применением других лекарств

8.1.11. Головная боль, вызванная коротким или длительным воздействием других веществ

8.2. Головная боль при избыточном применении лекарственных препаратов (абусузная головная боль)

8.2.1. Головная боль при избыточном применении эрготамина

8.2.2. Головная боль при избыточном применении триптанов

8.2.3. Головная боль при избыточном применении неопиоидных анальгетиков

8.2.3.1. Парацетамола (ацетаминофена)

8.2.3.2. Нестероидных противовоспалительных препаратов (НПВП)

8.2.3.2.1. Ацетилсалициловой кислоты (аспирина)

8.2.3.3. Других неопиоидных анальгетиков

8.2.4. Головная боль при избыточном применении опиатов

8.2.5. Головная боль при избыточном применении комбинированных анальгетиков

8.2.6. Головная боль при избыточном употреблении лекарств, отнесенных к нескольким классам лекарств, даже если ни один отдельный препарат или класс лекарств не используется чрезмерно

8.2.7. Головная боль при избыточном употреблении лекарств, относящихся к неопределенным классам лекарств

8.2.8. Головная боль, вызванная острым или длительным воздействием других веществ

8.3. Головная боль, связанная с отменой препаратов

8.3.1. Головная боль при отмене кофеина

8.3.2. Головная боль при отмене опиатов

8.3.3. Головная боль при отмене эстрогенов

8.3.4. Головная боль при отмене других веществ

Учитывая ситуацию коморбидности у многих пациентов с ХИГМ, достаточно высока вероятность получения ими препаратов, вызывающих приступы головной боли: например, нитратов для купирования и профилактики приступов стенокардии (глицерил тринитрат, изосорбид моноили динитрат, нитропруссид натрия и др.) или антагонистов кальция (амлодипин, нифедипин и др.), ингибиторов фосфодиэстеразы (силденафил, дипиридамола и др.), антигистаминных, а также атропина, дигиталиса, дисульфирама, гидралазина, имипрамина. Употребление алкоголя и никотина также может быть причиной развития головной боли.

Лекарственные препараты, которые могут вызывать или усиливать существующую головную боль

Аджмалин	Метронидазол
Амантадин	Морфин и его дериваты
Антагонисты кальция	Налидиксовая кислота
Антигистаминные препараты	Нитраты
Ацетазоламид	Нитрофурантоин
Барбитураты	Нифедипин
Бета-интерферон	НПВП
Бромкриптин	Октреотид
Витамин А	Омепразол
Гестагены	Ондансетрон
Гликозиды	Пароксетин
Гризеофульвин	Пентоксифиллин
Гуанетидин	Пергексиллин
Дигидралазин	Примидон
Дигидроэрготамин	Простаглицлины
Диданозин	Ранитидин
Дизопирамид	Рифампицин
Дипиридамола	Силденафил
Дисульфирам	Теofilлин
Изониазид	и его дериваты
Иммуноглобулины	Тиамазол
Интерфероны	Триметоприм + сульфаметоксазол
Карбимазол	Триптань
Клофибрат	Хинидин
Кодеин	Циметидин
Кофеин	Эрготамин
Мепробамат	Эстрогены
Метаквалон	Этофибра

При чрезмерном и регулярном приеме обезболивающих препаратов развивается абзусная головная боль. Данная форма головной боли распространена среди пациентов пожилого и старческого возраста и относится к вторичным формам головной боли [10]. К препаратам, вызывающим абзусную, или, как ее раньше называли «рикошетную», головную боль, относятся все современные доступные в аптеках анальгетики — парацетамол, аспирин и другие НПВП, а также их комбинированные формы с кофеином [14]. Следует подчеркнуть, что ведущими факторами хронизации головной боли являются эмоциональный стресс, психические нарушения (депрессия, тревожные и личностные расстройства) и лекарственный абзус [13]. Диагноз абзусной головной боли устанавливается в случае хронической головной боли, возникающей с частотой ≥ 15 дней в месяц, на фоне регулярного избыточного приема одного или нескольких

обезболивающих препаратов в течение ≥ 3 мес [14]. Таким образом, правильно собранный анамнез с подробной оценкой принимаемых препаратов может помочь выяснить возможную причину возникновения головной боли у пациента с ХИГМ и скорректировать терапию.

Следует отметить, что головная боль у пациентов с хроническими ЦВЗ также относится к категории вторичной головной боли, которая пополнилась, с момента последнего пересмотра в 2013 г., вызывающим сильную головную боль синдромом обратимой церебральной вазоконстрикции, ведущую роль в патофизиологии которого, вероятно, играет генетически детерминированная эндотелиальная дисфункция, обусловленная симпатической гиперактивностью и вторично формирующимся окислительным стрессом [14, 15].

Классификация головной боли, связанной с краниальными или цервикальными сосудистыми расстройствами (МКГБ-3, 2018)

- 6.8. Головная боль, связанная с краниальными или цервикальными сосудистыми расстройствами
 - 6.8.1. Церебральная аутосомно-доминантная артериопатия с подкорковыми инфарктами и лейкоэнцефалопатией (Cerebral Autosomal Dominant Arteriopathy with Subcortical Infarcts and Leukoencephalopathy, CADASIL)
 - 6.8.2. Митохондриальная энцефалопатия с лактатацидозом и инсультоподобными эпизодами (Mitochondrial Encephalopathy, Lactic Acidosis and Stroke-like episodes, MELAS)
 - 6.8.3. Ангиопатия мойя-мойя (ММА)
 - 6.8.4. Церебральная амилоидная ангиопатия (САА)
 - 6.8.5. Синдром обратимой церебральной вазоконстрикции, который проявляется повторяющимися молниеносными головными болями (RVCLSM)

Лечение ХИГМ

Следует обратить внимание, что иногда прогрессированию ХИГМ способствует избыточная этиотропная терапия, например сахароснижающая, с высоким риском развития гипогликемии, или антигипертензивная, повышающая риск гипотензии или ортостатических состояний. В регулировании данного вопроса сегодня имеются определенные положительные изменения, так в клиническую практику вошли первые протоколы депрескрайбинга, в том числе сахароснижающих лекарственных средств у пациентов в возрасте 65 лет и старше, а также новые клинические рекомендации по лечению АГ и других ССЗ у пожилых пациентов [16–19].

Основными целями ведения пациентов с ХИГМ являются профилактика инсульта, которая заключается в коррекции всех выявленных ФР (см. табл. 1), и замедление темпа прогрессирования и уменьшение выраженности уже имеющихся КН [10, 20].

Для улучшения когнитивных функций рекомендуются различные виды деятельности, стимулирующие умственную активность, когнитивный тренинг и применение лекарственных средств, улучшающих когнитивные функции [10, 11, 20]. К таким препаратам относится цитиколин

(Нейпилепт®), состоящий из цитидина и холина, связанных дифосфатным мостиком. Цитиколин является необходимым промежуточным соединением в синтезе фосфатидилхолина, основного фосфолипида клеточных мембран, а также выступает в качестве донора холина, участвуя в синтезе ацетилхолина, и, тем самым, оказывает значительное влияние на улучшение когнитивных функций у пациентов с ЦВЗ. Согласно данным многочисленных исследований, цитиколин способен улучшать память, внимание, уменьшать выраженность поведенческих нарушений у пожилых пациентов с различными ЦВЗ, а также уменьшать проявления инвалидизации после инсульта; во всех исследованиях также отмечалась его хорошая переносимость [20–22].

Принимая во внимание, что образование свободных радикалов является ключевым патогенетическим механизмом нейронального повреждения в результате хронической ишемии, особое место в лечении ХИГМ занимает терапия лекарственными средствами с антиоксидантным и антигипоксикантным действием. Перспективным в этом отношении препаратом является этилметилгидроксипиридина сукцинат (Нейрокс®), обладающий выраженными антиоксидантными, антигипоксикантными и мембранопротекторными свойствами. Хорошо известен широкий спектр его клинических эффектов, обусловленный мультимодальным действием: улучшение концентрации внимания, памяти, эмоционального состояния у пациентов с ХИГМ, уменьшение выраженности вегетативных и астенических проявлений. В ряде исследований отмечался дополнительный положительный эффект терапии этилметилгидроксипиридина сукцинатом – уменьшение интенсивности и снижение частоты возникновения головной боли у пациентов с разными вариантами ЦВЗ, что благоприятно отражалось на самочувствии и качестве жизни пациентов [11, 20, 23–25].

Следует отметить, что ХИГМ – это не только повреждение и гибель нейронов, а болезнь головного мозга в целом, когда целесообразна защита нейроваскулярной единицы, составляющей единый структурно-функциональный элемент ткани головного мозга. На практике это означает необходимость выбора не одного лекарственного средства, а комплексного нейропротективного лечения, включающего мембранопротекторы, антиоксиданты, антигипоксиканты, регуляторы нейромедиаторной активности [20, 26]. Результаты реализации данной терапевтической стратегии были представлены в серии исследований, продемонстрировавших возможности комплексной нейропротекторной терапии с применением препаратов этилметилгидроксипиридина сукцината и цитиколина у пациентов с ХИГМ [25–28]. Так, сочетанное применение данных препаратов у пациентов с ХИГМ в стадии декомпенсации показало двупольное направленное антиоксидантное действие: со стороны этилметилгидроксипиридина сукцината – увеличение активности ферментов системы антиоксидантной защиты (супероксиддисмутазы и глутатионпероксидазы), а со стороны цитиколина – восстановление структуры поврежденных мембран, повышение уровня внутриклеточного глутатиона вследствие репаративных мембранных процессов, а также сочетанного повышения активности супероксиддисмутазы (совместный вклад двух препаратов) [26]. В другом исследовании, у группы пациентов с ХИГМ на фоне АГ с кризовым течением, получавших комбинированное лечение этилметилгидроксипиридина сукцинатом и цитиколином, регистрировалось

достоверное увеличение общей массы фосфолипидов клеток крови после курса терапии. Учитывая, что фосфатидилхолин в биомембранах также способствует аккумуляции на поверхности клеток антиоксиданта α -токоферола, приводящего к уменьшению генерации гидропероксидов жирных кислот и соответствующих пероксильных радикалов, исследователи пришли к выводу о синергизме нейропротективного и антиоксидантного потенциала данных препаратов, говорящем о целесообразности их совместного применения [27].

Изучение функциональной комбинации этилметилгидроксипиридина сукцината и цитиколина у пациентов с ХИГМ и умеренными КН на фоне АГ не только продемонстрировало достоверное улучшение когнитивных функций, уменьшение основных жалоб и общее улучшение состояния, но и подтвердило синергизм нейропротективного потенциала данных препаратов. Так, в плазме пациентов после комплексного лечения наблюдалось достоверное увеличение активности фермента супероксиддисмутазы, чего не отмечалось при отдельном применении каждого из препаратов. Измерение антиокислительной устойчивости плазмы показало достоверное снижение степени тушения хемилюминесценции при комбинированном применении, свидетельствующее об усилении антиоксидантного эффекта через активацию глутатионовой антиоксидантной системы. Рекомендованный авторами исследования курс комбинированной терапии составил: Нейпилепт® раствор питьевой 1000 мг (10 мл) + Нейрокс® таблетки 250 мг (2 таблетки), дважды в день в течение 3 мес [25].

Необходимо добавить, что во всех перечисленных исследованиях на фоне комбинированной терапии препаратами этилметилгидроксипиридина сукцинатом + цитиколином у пациентов с ХИГМ отмечалось значимое снижение числа субъективных жалоб, в том числе касающихся головной боли, а также общее улучшение состояния. Все субъективные положительные изменения в приведенных работах подтверждались результатами оценки объективного неврологического статуса по оригинальной адаптированной для амбулаторной практики количественной шкале ХИГМ, разработанной профессором А.И. Фединым [29].

Лечение головной боли

Выбор методов лечения головной боли зависит от ее причины [10]. Терапия эпизодической ГБН или мигрени включает эффективное купирование приступов и немедикаментозную профилактику. Следует принять во внимание, что пожилым пациентам с ХИГМ не следует назначать триптаны из-за их неблагоприятного влияния на ССЗ, а также рецептурные анальгетики, которые могут приводить к нарушениям равновесия и падениям, вызывая зависимость и инсомнию. В качестве профилактических мероприятий рекомендуются курсы лечебной физкультуры и расслабляющего массажа, а также мероприятия по нормализации сна [13]. В случае хронической ГБН или хронической мигрени пациентам рекомендуется консультация невролога для рассмотрения вопроса о назначении профилактических препаратов. При сочетании головной боли с тревожным или депрессивным расстройством рекомендуется консультация психиатра, психотерапевта или клинического психолога. В лечении хронической первичной головной боли могут быть эффективны психотерапевтические методы [10]. При абзусной головной боли рекомендуется отмена без-

боливающих препаратов, которыми пациент ранее злоупотреблял. В случае выявления связи между головной болью и лекарственным препаратом, назначенным по поводу какого-либо заболевания, необходимо подобрать другие варианты терапии, избегая назначения провоцирующих головную боль препаратов.

Таким образом, ХИГМ — одно из самых распространенных заболеваний в современной терапевтической и неврологической практике. Диагноз ХИГМ устанавливается на основании клинических проявлений, данных нейropsychологического исследования и МРТ головного мозга. Ведущими в клинической картине ХИГМ являются когнитивные, двигательные и психоэмоциональные нарушения, прогрес-

сирующие в зависимости от стадии. В случае наличия у пациента жалоб на головную боль следует установить причину и назначить терапию. Тем не менее основными целями ведения пациентов с ХИГМ являются профилактика инсульта, которая заключается в коррекции всех выявленных ФР, а также замедление темпа прогрессирования и уменьшение выраженности уже имеющихся КН с целью повышения качества жизни пациентов. Комплексное патофизиологическое воздействие с доказанным терапевтическим эффектом в отношении основных проявлений ХИГМ в сочетании с хорошей переносимостью позволяют обоснованно рекомендовать комбинированную терапию препаратами Нейрокс® и Нейпилепт® пациентам с ХИГМ.

ЛИТЕРАТУРА / REFERENCES

1. Гринин ВМ, Шестемирова ЭИ. Демографическое старение в России на современном этапе. *Вестник РАМН*. 2015;70(3):348-54. [Grinin VM, Shestemirova EI. Demographic aging in Russia at the present stage. *Vestnik RAMN*. 2015;70(3):348-54 (In Russ.).]
2. Оганов РГ, Симаненков ВИ, Бакулин ИГ и др. Коморбидная патология в клинической практике. Алгоритмы диагностики и лечения. Клинические рекомендации. *Кардиоваскулярная терапия и профилактика*. 2019;18(1):5-66. [Oganov RG, Simanenkov VI, Bakulin IG, et al. Comorbid pathology in clinical practice. Algorithms for diagnosis and treatment. Clinical guidelines. *Kardiovaskulyarnaya terapiya i profilaktika*. 2019;18(1):5-66 (In Russ.).]
3. Путилина МВ. Коморбидность у пациентов пожилого возраста. *Журнал неврологии и психиатрии*. 2016;(5):106-11. [Putilina MV. Comorbidity in elderly patients. *Zhurnal nevrologii i psikiatrii*. 2016;(5):106-11 (In Russ.).]
4. Клинические рекомендации. Старческая астенция. МКБ-10: R-54. Возрастная группа: 60 лет и старше. Москва; 2018. 106 с. [*Klinicheskiye rekomendatsii. Starcheskaya asteniya. MKB-10: R-54. Vozrastnaya gruppy: 60 let i starshe* [Clinical guidelines. Senile asthenia. ICD-10: R-54. Age group: 60 and over]. Moscow; 2018. 106 p. (In Russ.).]
5. Захаров ВВ, Яхно НН. Когнитивные расстройства в пожилом и старческом возрасте: Методическое пособие для врачей. Москва; 2005. 71 с. [Zakharov VV, Yakhno NN. *Kognitivnyye rasstroystva v pozhilom i starcheskom vozraste: Metodicheskoye posobiye dlya vrachey* [Cognitive Disorders in Old and Old Age: A Methodological Guide for Physicians]. Moscow; 2005. 71 p. (In Russ.).]
6. Шишкова ВН. Значение артериальной гипертензии в развитии поражения головного мозга — от легких когнитивных нарушений к деменции. *Системные гипертензии*. 2014;11(1):45-51. [Shishkova VN. The importance of arterial hypertension in the development of brain damage — from mild cognitive impairment to dementia. *Sistemnyye gipertenzii*. 2014;11(1):45-51 (In Russ.).]
7. Бойцов СА, Шальнова СА, Деев АД. Эпидемиологическая ситуация как фактор, определяющий стратегию действий по снижению смертности в Российской Федерации. *Терапевтический архив*. 2020;(1):4-9. [Boytsov SA, Shal'nova SA, Deyev AD. The epidemiological situation as a factor determining the strategy for reducing mortality in the Russian Federation. *Terapevticheskiy arkhiv*. 2020;(1):4-9 (In Russ.).]
8. Суслина ЗА, Варакин ЮЯ. Клиническое руководство по ранней диагностике, лечению и профилактике сосудистых заболеваний головного мозга. Москва: МЕДпресс-информ; 2017. 352 с. [Suslina ZA, Varakin YuYa. *Klinicheskoye rukovodstvo po ranney diagnostike, lecheniyu i profilaktike sosudistykh zabolevaniy golovnoy mozga* [Clinical guidelines for the early diagnosis, treatment and prevention of cerebrovascular diseases]. Moscow: MEDpress-inform; 2017. 352 p. (In Russ.).]
9. Скворцова ВИ, Шетова ИМ, Какорина ЕП и др. Результаты реализации «Комплекса мероприятий по совершенствованию медицинской помощи пациентам с острыми нарушениями мозгового кровообращения в Российской Федерации». *Журнал неврологии и психиатрии им. С.С. Корсакова*. 2018;118(4):5-12. [Skvortsova VI, Shetova IM, Kakorina EP, et al. Results of the implementation of the «Set of measures to improve medical care for patients with acute cerebrovascular accidents in the Russian Federation». *Zhurnal nevrologii i psikiatrii im. S.S. Korsakova*. 2018;118(4):5-12 (In Russ.).]
10. Парфенов ВА. Дисциркуляторная энцефалопатия и сосудистые когнитивные расстройства. Москва: ИМА-ПРЕСС; 2017. 128 с. [Parfenov VA. *Distirkulyatornaya entsefalopatiya i sosudistyye kognitivnyye rasstroystva* [Discirculatory encephalopathy and vascular cognitive disorders]. Moscow: IMA-PRESS; 2017. 128 p. (In Russ.).]
11. Мартынов АИ, Верткин АЛ, Данилов АБ. Консенсус по ведению пациентов с хронической ишемией мозга для терапевтов и врачей общей практики. *Терапия*. 2020;41(7):15-21. [Martynov AI, Vertkin AL, Danilov AB. Consensus on the management of patients with chronic cerebral ischemia for physicians and general practitioners. *Terapiya*. 2020;41(7):15-21 (In Russ.).]
12. Diamanti S, Longoni M, Agostoni EC. Leading symptoms in cerebrovascular diseases: what about headache? *Neurol Sci*. 2019 May;40(Suppl 1):147-52. doi: 10.1007/s10072-019-03793-8
13. Осипова ВВ. Первичные головные боли в практике невролога и терапевта. Москва: ГЭОТАР-Медиа; 2018. 104 с. [Osipova VV. *Pervichnyye glavnyye boli v praktike nevrologa i terapevta* [Primary headaches in the practice of a neurologist and therapist]. Moscow: GEOTAR-Media; 2018. 104 p. (In Russ.).]
14. Headache Classification Committee of the International Headache Society (IHS). The International Classification of Headache Disorders. 3rd edition. *Cephalalgia*. 2018;38(1):1-211.
15. Сергеев АВ, Осипова ВВ, Табеева ГР и др. Синдром обратимой церебральной вазоконстрикции. *Неврологический журнал*. 2012;(3):4-11. [Sergeyev AV, Osipova VV, Tabeyeva GR, et al. Syndrome of reversible cerebral vasoconstriction. *Nevrologicheskiy zhurnal*. 2012;(3):4-11 (In Russ.).]
16. Ткачева ОН, Рунихина НК, Воробьева НМ и др. Антитромботическая терапия в пожилом и старческом возрасте: согласованное мнение экспертов. *Кардиоваскулярная терапия и профилактика*. 2017;16(3):4-33. [Tkacheva ON, Runikhina NK, Vorob'yeva NM, et al. Antithrombotic therapy in old and senile age: the agreed opinion of experts. *Kardiovaskulyarnaya terapiya i profilaktika*. 2017;16(3):4-33 (In Russ.).]

17. Ткачева ОН, Рунихина НК, Котовская ЮВ и др. Лечение артериальной гипертензии у пациентов 80 лет и старше и пациентов со старческой астенией. Клинические рекомендации. *Журнал для непрерывного медицинского образования врачей*. 2017;(2):76-90. [Tkacheva ON, Runikhina NK, Kotovskaya YuV, et al. Treatment of arterial hypertension in patients 80 years of age and older and patients with senile asthenia. Clinical guidelines. *Zhurnal dlya nepreryvnogo meditsinskogo obrazovaniya vrachey*. 2017;(2):76-90 (In Russ.)].
18. Орлова ЯА, Ткачева ОН, Арутюнов ГП и др. Особенности диагностики и лечения хронической недостаточности у пациентов пожилого и старческого возраста. *Кардиология*. 2018;58(S12):57-85. [Orlova YaA, Tkacheva ON, Arutyunov GP, et al. Features of diagnosis and treatment of chronic insufficiency in elderly and senile patients. *Kardiologiya*. 2018;58(S12):57-85 (In Russ.)].
19. Ткачева ОН, Остроумова ОД, Котовская ЮВ и др. Депрескрайбинг сахароснижающих препаратов у пациентов пожилого и старческого возраста: современное состояние вопроса и обзор доказательной базы. *Клиническая фармакология и терапия*. 2019;28(3):62-7. [Tkacheva ON, Ostroumova OD, Kotovskaya YuV, et al. Deprescribing of sugar-lowering drugs in elderly and senile patients: current state of the art and review of the evidence base. *Klinicheskaya farmakologiya i terapiya*. 2019;28(3):62-7 (In Russ.)].
20. Путилина МВ, Теплова НВ. Рациональная фармакотерапия хронической ишемии головного мозга. Клинические рекомендации. Москва: МЕДпресс-информ; 2019. 472 с. [Putilina MV, Teplova NV. *Ratsional'naya farmakoterapiya khronicheskoy ishemii golovnogo mozga*. *Klinicheskiye rekomendatsii* [Rational pharmacotherapy of chronic cerebral ischemia. Clinical guidelines]. Moscow: MEDpress-inform; 2019. 472 p. (In Russ.)].
21. Fioravanti M, Yanagi M. Cytidinediphosphocholine (CDP-choline) for cognitive and behavioural disturbances associated with chronic cerebral disorders in the elderly. *Cochrane Database Syst Rev*. 2005 Apr 18;(2):CD000269. doi: 10.1002/14651858.CD000269.pub3
22. Singh M, Khan MI, Giri R, Kumar L. Rol of citicoline in improvement of cognition, memory and post stroke disability in stroke patients. *Int J Advances Med*. 2019;6(2):429. doi: 10.18203/2349-3933.ijam20191154
23. Боголепова АН. Роль оксидантного стресса в развитии сосудистых когнитивных расстройств. *Журнал неврологии и психиатрии им. С.С. Корсакова*. 2020;120(8):133-9. [Bogolepova AN. The role of oxidative stress in the development of vascular cognitive disorders. *Zhurnal nevrologii i psikiatrii im. S.S. Korsakova*. 2020;120(8):133-9 (In Russ.)].
24. Бадалян ОЛ, Савенков АА, Таишева КХ и др. Возможности применения Нейрокса в комплексном лечении хронической ишемии мозга. *Русский медицинский журнал*. 2010;18(8):455-9. [Badalyan OL, Savenkov AA, Taisheva KKh, et al. Possibilities of using Neurox in the complex treatment of chronic cerebral ischemia. *Russkiy meditsinskiy zhurnal*. 2010;18(8):455-9 (In Russ.)].
25. Соловьева ЭЮ, Амелина ИП. Церебральная микроангиопатия в развитии хронической ишемии мозга: подходы к лечению. *Медицинский Совет*. 2020;(2):16-24. [Solov'yeva EYu, Amelina IP. Cerebral microangiopathy in the development of chronic cerebral ischemia: approaches to treatment. *Meditsinskiy Sovet*. 2020;(2):16-24 (In Russ.)].
26. Соловьева ЭЮ, Карнеев АН, Чеканов АВ и др. Индивидуальные и комбинированные антиоксидантные эффекты цитиколина и этилметилгидроксипиридина сукцината. *Журнал неврологии и психиатрии им. С.С. Корсакова*. 2016;116(11):78-85. [Solov'yeva EYu, Karneyev AN, Chekanov AV, et al. Individual and combined antioxidant effects of citicoline and ethylmethylhydroxypyridine succinate. *Zhurnal nevrologii i psikiatrii im. S.S. Korsakova*. 2016;116(11):78-85 (In Russ.)].
27. Соловьева ЭЮ, Карнеев АН, Чеканов АВ и др. Изучение мембранопротективного и антиоксидантного потенциалов цитиколина и этилметилгидроксипиридина при комбинированном применении. *Тихоокеанский медицинский журнал*. 2019;(1):74-80. doi: 10.17238/PmJ1609-1175.2019.1.74-80 [Solov'yeva EYu, Karneev AN, Chekanov AV, et al. The study of membrane-protective and antioxidant potentials of citicoline and ethylmethylhydroxypyridine with combined usage. *Tikhookeanskiy meditsinskiy zhurnal = Pacific Medical Journal*. 2019;(1):74-80. doi: 10.17238/PmJ1609-1175.2019.1.74-80 (In Russ.)].
28. Соловьева ЭЮ, Карнеев АН, Чеканов АВ и др. Исследование мембранопротективного потенциала комбинации препаратов 2-этил-6-метил-3-оксипиридина сукцината и цитиколина. *Журнал неврологии и психиатрии им. С.С. Корсакова*. 2018;118(1):18-22. [Solov'yeva EYu, Karneyev AN, Chekanov AV, et al. Study of the membrane protective potential of a combination of 2-ethyl-6-methyl-3-hydroxypyridine succinate and citicoline preparations. *Zhurnal nevrologii i psikiatrii im. S.S. Korsakova*. 2018;118(1):18-22 (In Russ.)].
29. Федин АИ. Диагностика и лечение хронической ишемии мозга. *Consilium medicum*. 2016;18(2):8-12. [Fedin AI. Diagnostics and treatment of chronic cerebral ischemia. *Consilium medicum*. 2016;18(2):8-12 (In Russ.)].

Поступила/отрецензирована/принята к печати
Received/Reviewed/Accepted
15.12.2020/25.01.2020/30.01.2020

Заявление о конфликте интересов/Conflict of Interest Statement

Статья спонсируется компанией «Фарм Фирма «Сотекс». Спонсор участвовал в разработке проекта исследования и поддержке исследовательской программы, а также принятии решения о представлении статьи для публикации. Конфликт интересов не повлиял на результаты исследования. Авторы несут полную ответственность за предоставление окончательной версии рукописи в печать. Все авторы принимали участие в разработке концепции статьи и написании рукописи. Окончательная версия рукописи была одобрена всеми авторами.

This article has been supported by Sotex PharmFirma. The sponsor has participated in the development of the investigation project and supported the investigation program, as well as in the decision to submit the article for publication. The conflict of interest has not affected the results of the investigation. The authors are solely responsible for submitting the final version of the manuscript for publication. All the authors have participated in developing the concept of the article and in writing the manuscript. The final version of the manuscript has been approved by all the authors.

Шишкова В.Н. <https://orcid.org/0000-0002-1042-4275>
Адашева Т.В. <https://orcid.org/0000-0002-3763-8894>