

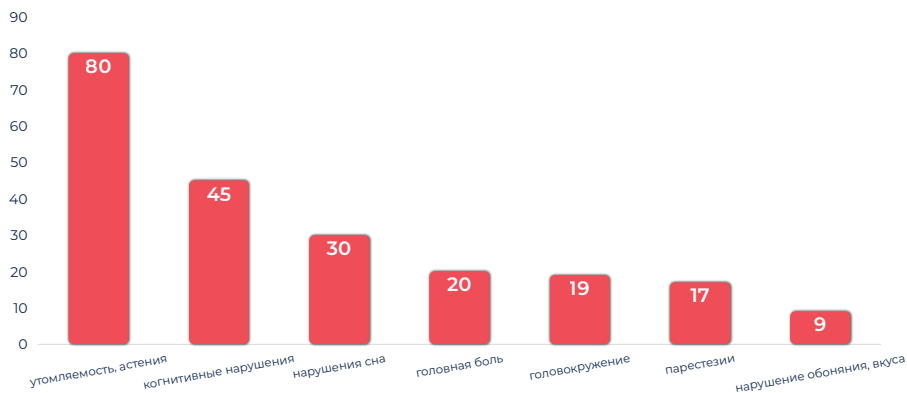
Постковидный синдром

в практике невролога



С самых первых месяцев пандемии COVID-19 стали появляться сообщения о связи новой коронавирусной инфекции с довольно широким пулом неврологических расстройств (рис. 1). Врачи заявляли о наличии выраженной и устойчивой головной боли (ГБ) [1] у пациентов, перенесших инфекцию, трудностях концентрации внимания, повышенной утомляемости при умственной работе. Специалисты даже ввели термин «мозговой туман», означающий ощущение «затуманенности» в голове, которое затрудняет попытки сосредоточиться и продолжать эффективную умственную работу [2].

Встречаемость неврологических расстройств в постковидном периоде



Возможными причинами указанных состояний считаются [1]:

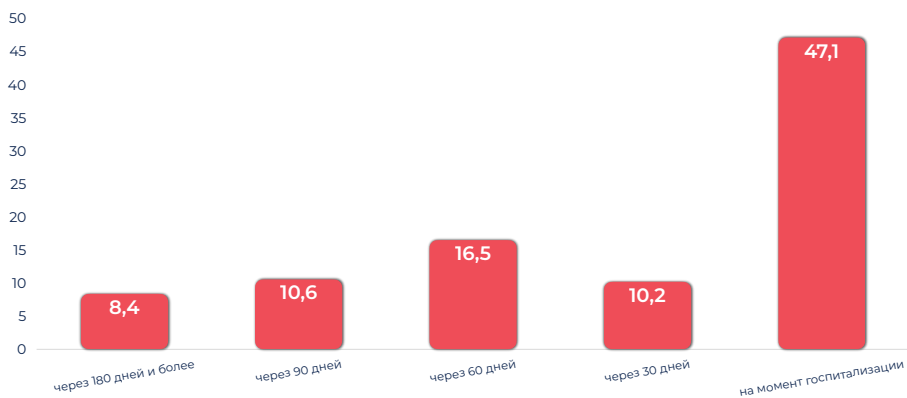
- прямое инфицирование нейронов и глиоцитов;
- снижение церебрального метаболизма в долях головного мозга;
- активация местной воспалительной микроглиальной реакции в белом веществе;
- поражение вирусом эндотелиоцитов сосудов с развитием церебрального эндотелиита;

- тромбозы сосудов различного калибра, дисбаланс свертывающей и противосвертывающей системы крови;
- острая и/или хроническая гипоксия головного мозга, вызванная дыхательными расстройствами.

Фокус на головную боль

Сегодня статистика подтверждает клинические наблюдения: ГБ является одним из проявлений как острой фазы COVID-19, так и последующего постковидного синдрома. В многоцентровом исследовании, проведенном в Испании с участием 905 пациентов, средняя продолжительность ГБ при COVID-19 составляла 14 дней, при этом у 19% пациентов цефалгия персистировала более 3 мес, а у 16% пациентов – более 9 мес. Результаты метаанализа с участием более 28 тыс. пациентов также показали наличие ГБ в течение длительного времени после выздоровления от коронавирусной инфекции (рис. 2) [3].

Распространенность головной боли (%). Результаты метаанализа 235 публикаций (n=28 438) [3]



Одним из часто встречающихся и длительно персистирующих после перенесенной острой фазы COVID-19 симптомов становится мигрень [4]. В постковидном периоде неврологи все чаще ведут больных с жалобами как на появление новых эпизодов мигрени, так и на учащение приступов у пациентов, наблюдавшихся с диагнозом «эпизодическая мигрень» еще до возникновения коронавирусной инфекции [5]. Мучительные мигрени связаны с нарушением гемостаза, которое, в свою очередь, также вызывает изменения уровня циркулирующего серотонина [6].

Диагностика может быть затруднительна ввиду наличия когнитивных расстройств или иных состояний у пациента. Чтобы провести дифференциальную диагностику мигрени с ГБ напряжения (ГБН), обратите внимание на клинические характеристики этих состояний во время сбора анамнеза.

Сравнительная клиническая характеристика мигрени и ГБН [7]

Клиническая характеристика	Мигрень	ГБН
Локализация ГБ	Чаще односторонняя боль (половина головы), типично чередование сторон. Висок, область глаза, лоб, темя	Двусторонняя, диффузная. В области висков, темени, затылка
Характер боли	Чаще пульсирующий	Сжимающий, опоясывающий по типу «обруча» или «каски»
Интенсивность боли	Сильная, невыносимая (более 8 баллов по ВАШ)	Слабая или умеренная (3–5 баллов по ВАШ)
Сопутствующие симптомы	Тошнота и/или рвота, фоно- и фотофобия	Редко тошнота, возможно присутствие либо фото-, либо фонофобии
Связь интенсивности боли с физической нагрузкой	Обычная физическая нагрузка (подъем по лестнице) усиливает боль	Не характерна
Провоцирующие факторы	Эмоциональный стресс, перемена погоды, избыточный или недостаточный сон, менструация, алкоголь, голод, духота	Эмоциональный стресс, вынужденная неудобная поза, вызывающая напряжение мышц головы или шеи
Наследственность	Положительная у 60% пациентов	Не отмечена

Примечание. ВАШ – визуальная аналоговая шкала боли.

Помимо этого, вам может помочь анкета-опросник при сборе жалоб.

Вопросы, которые необходимо задать при сборе жалоб и анамнеза	
Сколько типов ГБ у вас имеется? Поскольку один пациент может иметь несколько типов ГБ, для каждого типа жалобы и анамнез собираются отдельно	
Вопросы, связанные со временем	<ul style="list-style-type: none"> – Как давно началась ГБ? – Причина обращения к врачу именно сейчас – Как часто возникает ГБ? Число дней с ГБ в месяц. (Эпизодическая – редкая, до 2 приступов в месяц, частая – до 10 в месяц или хроническая – более 15 дней с ГБ в месяц) – Какова продолжительность эпизодов ГБ (от 4 до 72 ч)?
Вопросы о характере ГБ	<ul style="list-style-type: none"> – Интенсивность ГБ – Характер и качество ГБ – Локализация и распространение ГБ – Сопутствующие симптомы
Вопросы о причине ГБ	<ul style="list-style-type: none"> – Предрасполагающие и/или провоцирующие факторы – Факторы, усиливающие и/или уменьшающие ГБ – Наследственный анамнез
Поведение и общее состояние пациента во время приступа ГБ	<ul style="list-style-type: none"> – Поведение (необходим покой, сонливость или агитация, возбуждение) – Степень нарушения повседневной активности, работоспособности
История лечения ГБ	<ul style="list-style-type: none"> – Купирование приступа: <ul style="list-style-type: none"> – какие лекарственные препараты пациент использовал раньше и в настоящее время; классы препаратов (простые, комбинированные анальгетики, в том числе с кодеином, эрготаминсодержащие, есть ли опыт применения триптанов) – эффект от лечения, динамика эффекта с годами – число дней с приемом обезболивающих в месяц, общее число доз в месяц – профилактическое (курсовое) лечение в прошлом, названия препаратов и их эффективность
Состояние здоровья в межприступном периоде	<ul style="list-style-type: none"> – Есть ли сопутствующие нарушения/жалобы вне эпизодов ГБ? – Наличие коморбидных нарушений: тревога, депрессия, панические атаки, нарушение сна, другие болевые синдромы, заболевания желудочно-кишечного тракта и др.

Вопрос о верной диагностике и современных возможностях терапии ГБ, в частности мигрени, становится для клинициста весьма актуальным.

Принципы терапии

Сегодня ведущие отечественные и зарубежные профессиональные сообщества указывают на необходимость использования триптанов у пациентов с мигренью. В клинических рекомендациях Российской Федерации (2021 г.) зафиксирована возможность назначения триптанов для купирования приступов миг-

рени у пациентов с мигренозным статусом. К селективным агонистам серотониновых 5НТП-рецепторов (триптанам), рекомендованным для использования в нашей стране, относят, в частности, золмитриптан [8].

Интересным представляется интраназальный способ введения вещества – такой принцип реализован в препарате Эксенза®. В клиническом исследовании профиля эффективности и переносимости препарата назальный спрей показал высокую эффективность при лечении приступов мигрени и быстрое начало действия [9]. Эксенза® начинает работать уже через 15 мин после введения дозы [9, 10] – в отличие от некоторых других препаратов золмитриптана*. Полученные результаты сочетаются с хорошей переносимостью [9].

Кроме того, в клинических рекомендациях золмитриптан выделен как препарат для купирования и кластерной ГБ, которая до появления назальной формы оставалась без должной терапии, так как в России просто не было необходимых препаратов для лечения таких пациентов. Теперь можно уверенно заявить, что доступно адекватное лечение кластерной ГБ.

В целом, к ведению пациентов с неврологическими постковидными расстройствами стоит подходить с разных сторон. В этом могут помочь препараты с комплексным эффектом, которые в неврологической практике используются регулярно, – такие как этилметилгидроксипиридина сукцинат, который является ингибитором свободнорадикальных процессов, мембранопротектором, обладает антигипоксическим, стресс-протекторным, ноотропным, противоэпилептическим и анксиолитическим действием. Армадин® лонг – первая пролонгированная лекарственная форма этилметилгидроксипиридина сукцината в России, препарат уже доступен пациентам, что может значительно облегчить им ежедневный многократный прием таблеток. Армадин® лонг обеспечивает равномерное суточное высвобождение действующего вещества в течение 20 ч без пиковых повышений плазменной концентрации [11]. Препарат участвует в нормализации соматовегетативных нарушений, нарушенных процессов обучения и памяти, снижении дистрофических и морфологических изменений в различных структурах головного мозга, улучшает метаболизм и кровоснабжение головного мозга [11]. За счет удобства применения – 1 таблетка в день – можно существенно повысить приверженность лечению, что может позитивно отразиться на результатах терапии.

Опыт ведения пациентов в пандемию показывает, что одна из основных целей SARS-CoV-2 – это нервная система и, в частности, головной мозг. Уже не вызывает сомнений наличие постковидных неврологических осложнений, комплексный подход к терапии которых становится важной задачей практикующего клинициста.

*На основании данных инструкций по медицинскому применению препаратов Золмитриптан-СЗ, Мигрепам.

Литература

1. Захаров В.В. Постковидный синдром глазами невролога. Поведенческая неврология. 2021; 2: 14–22. DOI: 10.46393/2712-9675_2021_2_14_22
2. Захаров В.В., Громова Д.О., Эдильгиреева Л.А., Садуллаева Т.А. Когнитивные и астенические расстройства после COVID-19. РМЖ. 2022; 4: 15–9.
3. Парфенов В.А., Кулеш А.А. Острые и отдаленные неврологические нарушения у пациентов, перенесших коронавирусную инфекцию. Неврология, нейропсихиатрия, психосоматика. 2022; 14 (3): 4–11.
4. Беккер Р.А., Быков Ю.В. Об эффективности и безопасности применения тразодона в лечении нейропсихиатрических последствий постковидного синдрома (Обзор литературы и представление двух клинических случаев). Психиатрия и психофармакотерапия. 2021; 23 (6): 28–42.
5. Петрова Н.Н., Кудряшов А.В., Матвиевская О.В. Депрессивные состояния в структуре постковидного синдрома: особенности и терапия. Обзорение психиатрии и медицинской психологии им. В.М. Бехтерева. 2022; 56 (1): 16–24. DOI: 10.31363/2313-7053-2022-56-1-16-24
6. Чичановская Л.В., Бахарева О.Н., Ганзя Д.В. Системные сосудистые проявления постковидного синдрома. Верхневолжский медицинский журнал. 2022; 21 (1): 3–6.
7. Осипова В.В. Первичные головные боли: диагностика и лечение. Методические рекомендации. М., 2017.
8. Мигрень. Клинические рекомендации Российской Федерации. 2021.
9. Dodick D, Brandes J, Elkind A et al. Speed of onset, efficacy and tolerability of zolmitriptan nasal spray in the acute treatment of migraine: a randomised, double-blind, placebo-controlled study. CNS Drugs 2005; 19 (2): 125–36. DOI: 10.2165/00023210-200519020-00003] Додик Д., Брандес Я., Элkind А. и др. Скорость начала действия, эффективность и переносимость назального спрея золмитриптана при остром лечении мигрени: рандомизированное двойное слепое плацебо-контролируемое исследование. Препараты ЦНС. 2005; 19 (2): 125–36. DOI: 10.2165/00023210-200519020-00003]
10. Nahas SJ. Zolmitriptan for Early Onset of Action in Acute Migraine Attacks. touchREVIEWS in Neurology. 2021; 17 (2): 74–6. DOI: 10.17925/USN.2021.17.2.74 [Нахас С.Дж. Золмитриптан как препарат раннего начала действия при острых приступах мигрени. Обзоры в неврологии. 2021; 17 (2): 74–6. DOI: 10.17925/USN.2021.17.2.74]
11. Инструкция по медицинскому применению препарата Армадин® Лонг.