



№ 2 (13) 2020

# НЕВРОЛОГИЯ

## СЕГОДНЯ

СПЕЦИАЛИЗИРОВАННАЯ ГАЗЕТА  
ДЛЯ НЕВРОЛОГОВ

ОТ РЕДАКЦИИ

АКТУАЛЬНО

Сергей  
Сергеевич  
НИКИТИН

Главный редактор газеты «Неврология сегодня», врач-невролог, д.м.н., профессор, председатель РОО «Общество специалистов по нервно-мышечным болезням»

### Дорогие коллеги!

Неожиданная пандемия SARS-CoV-2 стала серьезным испытанием для систем здравоохранения всех стран. В последние месяцы проблема новой коронавирусной инфекции — главная тема в СМИ. Все медицинские порталы продолжают ежедневно обновлять информацию о диагностике и лечении COVID-19. Профессиональные издания предоставляют первые полосы врачам всех специальностей для обмена опытом в сложной ситуации. Для неврологов мы представляем краткий обзор мнений отнесенных контингентов больных и рекомендаций по ведению пациентов с различными профильными заболеваниями, преимущественно аутоиммунного, нейродегенеративного и наследственного генеза. При этом авторы акцентируют внимание на оценке соотношения риска и пользы терапии.

В неврологии хорошо известен термин «нейрогенный мочевой пузырь», с клинической точки зрения являющийся собирательным. Синдромологические особенности составляющих его расстройств во многом зависят от уровня поражения центральной и периферической нервной системы, причины которого могут быть весьма различными. Для улучшения качества жизни и социальной адаптации пациента устранение нарушений мочеотделения чрезвычайно важно. Применение же того или иного фармпрепарата из обширного арсенала предполагает точное установление локализации повреждений и сугубо индивидуальный подход к выбору терапевтических режимов.

Нобелевский лауреат 2013 г. по физиологии и медицине Томас Зюдхоф размышляет о причинах отсутствия прогресса в понимании работы мозга на фоне стремительного развития нейробиологии.

Сейчас широко обсуждается проблема отношений пациента как потребителя услуг и врача как их «поставщика». Этому посвящена статья об особенностях общения с разными личностными типами обращающихся за медицинской помощью. Нужно лишь сделать важную оговорку: недавние события показали, в какой мере отношении к врачу как к оказывающему услугу лицу требует переоценки и, возможно, пересмотра. Предлагаем всем, кто интересуется этой темой, принять участие в дискуссии и присылать свои мнения для обсуждения на страницах издания.

## Принципы ведения неврологических пациентов в период пандемии COVID-19

Цель данного обзора — осветить существующие данные о рисках инфицирования SARS-CoV-2 среди пациентов с отдельными неврологическими заболеваниями и особенности ведения их в условиях пандемии.

### РАССЕЯННЫЙ СКЛЕРОЗ И ДРУГИЕ АУТОИММУННЫЕ БОЛЕЗНИ ЦНС

Пациенты с рассеянным склерозом (РС) не имеют повышенного риска заражения новым коронавирусом вне зависимости от того, находятся ли они в фазе ремиссии или обострения. Увеличить риск могут проблемы с дыханием и/или глотанием вследствие значимой инвалидизации, а также проведение селективной иммунотерапии (ИТ).

При наличии острой или подострой неврологической симптоматики, особенно на фоне повышения температуры тела, необходимо исключить инфекционное поражение нервной системы (энцефалит, менингит, менингоэнцефалит, острый рассеянный энцефаломиелит, прогрессирующая мультифокальная лейкоэнцефалопатия (ЛЭП)). Для этого пациента переводят в инфекционный стационар. Необходимо четко дифференцировать признаки обострения существующего заболевания и неврологические проявления коронавирусной инфекции (КВИ) для правильного оказания медицинской помощи. Магнитно-резонансная томография (МРТ) головного и спинного мозга, в том числе с контрастным усилением, выполняется в плановом порядке.

Подход к назначению препаратов, изменяющих течение рассеянного склероза (ПИТРС), должен быть индивидуальным — чем выше клиническая эффективность медикамента, тем более персонализировано и осторожно следует рассматривать возможность его использования.

### Применение ПИТРС в условиях COVID-19

Безопасность применения того или иного лекарственного средства (ЛС) определяется для каждого случая отдельно (табл. 1). Продолжение или начало лечения препаратами интерферонов  $\beta$ -1a и -1b, глатирамера ацетата считается безопасным. Терапия такими таблетированными ЛС, как терифлуномид, диметилфумарат, финголимод, может привести к лейко- и лимфопении, поэтому их назначение требует контроля общего анализа крови не реже 1 раза в 3 мес. для оценки иммунного ответа.

К препаратам 2-й линии, рекомендованным в условиях пандемии COVID-19, относится натализумаб, однако необходимо учитывать возможность развития прогрессирующей мультифокальной ЛЭП на фоне его приема. Для профилактики нежелательных явлений и безопасности пациента интервал между инфузиями может быть увеличен. У получающих финголимод или натализумаб в период 2–4 мес. после отмены может произойти «ребаунд-эффект».

Применение таких средств, как окрелизумаб, алемтузумаб, кладрибин, а также выполнение трансплантации гемопоэтических стволовых клеток по возможности следует отложить.

### Иммуносупрессия при заболеваниях спектра оптикомиелита на фоне COVID-19

Несмотря на то что риск инфицирования SARS-CoV-2 при терапии азатиоприном, микофенолата мофетиллом, метотрексатом возрастает, рекомендуется придерживаться привычного режима лечения: в подобных клинических ситуациях эффективность воздействия на основное неврологическое заболевание является приоритетной. Риск осложнений повышается у получающих иммуносупрессант в комбинации с преднизолоном в дозе  $\geq 10$  мг/сут. Инфузии ритуксимаба также могут увеличивать вероятность присоединения вирусных инфекций, но для большинства патологий спектра оптикомиелит-ассоциированных расстройств значимость терапевтического эффекта выше, чем потенциальная реализация рисков. Иногда целесообразно пересмотреть сроки повторных курсов и/или использовать альтернативные лечебные программы — например, при дополнительных факторах риска (ФР) ➔

## НОВОСТЬ

### Терапия вынужденными движениями повышает нейропластичность при рассеянном склерозе

Специалисты из Университета Алабамы, Бирмингем, смогли подтвердить, что у страдающих рассеянным склерозом (РС) терапия вынужденными движениями (ТВД) ведет к улучшению двигательных функций благодаря стимуляции нейропластических процессов в коре головного мозга. Занимаясь каждые выходные 10 недель подряд по 3,5 часа в день, пациентам удалось значительно расширить объем движений паретичной конечности. В группу сравнения входили лица с сопоставимым моторным дефицитом, проходившие лечение по традиционным методикам реабилитации: йога,

упражнения в воде, массаж, техники релаксации. По завершении курса у получавших ТВД наблюдалась более выраженная положительная динамика в соответствии со шкалой оценки выраженности гемипареза Motor Activity Log. Тензор-базированная МР-морфометрия подтвердила увеличение объема соответствующих областей премоторной коры, а при воксель-базированной морфометрии выявлено возрастание плотности и/или объема тех же кортикальных зон. Характерно, что клинический эффект после ТВД сохранялся на протяжении 1 года и более. Ранее эта группа экспертов показала,

что ТВД улучшает структуру белого вещества головного мозга при РС. Помимо этого, такая методика используется для коррекции двигательных нарушений на фоне перенесенного инсульта, посттравматических церебральных расстройств, ДЦП, а также при фокальных дистониях с вовлечением верхних конечностей. Наиболее вероятно, что позитивные изменения в ЦНС являются морфологическим субстратом клинического улучшения. Специалисты проводят параллель между повышением нейропластичности и функциональной гипертрофией мышц в результате физических упражнений.

## АКТУАЛЬНО

## Принципы ведения неврологических пациентов в период пандемии COVID-19

либо отрицательных результатах определения антител к аквапорино-4 (AQP4). Серьезные осложнения COVID-19 диктуют необходимость прекращения ИТ заболеваний этой группы. У пациентов с внезапными и жизнеугрожающими рецидивами целесообразно перейти на прием только кортикостероидов до окончания эпидемического периода.

При развитии аутоиммунного энцефалита либо анти-MOG-синдрома (присутствие антител к гликопротеину миелина олигодендроцитов — MOG) основной риск также будет связан с иммуносупрессией.

## ИНСУЛЬТ

Само по себе ОНМК не делает пациента более восприимчивым к инфекции, однако инвалидность, особенно вследствие бульбарного пареза и/или дыхательной недостаточности, как и сопутствующие болезни (в том числе сердечная патология и сахарный диабет) увеличивают ее риск.

Имеются данные о возможной связи между COVID-19 и 7-кратным повышением вероятности инсульта в возрасте до 50 лет при минимальных проявлениях КВИ или их отсутствии, при этом риск возрастает в случае имеющихся нарушений гемостаза. Гиперкоагуляция при критических состояниях и кардиоэмболия в период инфицирования SARS-CoV-2 могут быть причинами различного рода сосудистых событий. Вследствие тропности вируса к рецепторам ангиотензин-превращающего фермента 2 типа (АПФ2) страдающие артериальной гипертензией могут иметь повышенную вероятность внутричерепного кровоизлияния из-за колебаний артериального давления. Кроме того, у некоторых инфицированных наблюдается тяжелая тромбоцитопения — еще один фактор высокого риска внутримозговой геморрагической катастрофы. Способность вируса индуцировать прямое повреждение нейронов в кардиореспираторных центрах ствола мозга на экспериментальных моделях вызывает настороженность относительно возможного участия возбудителя в патогенезе дыхательной недостаточности у больных с COVID-19, хотя прямых доказательств подобного механизма для человека пока нет.

Особенности ведения пациентов с ОНМК (предшествующим или развившимся во время пандемии) на фоне КВИ представлены в табл. 2 и 3.

## ЭПИЛЕПСИЯ

Повышенному риску инфицирования SARS-CoV-2 подвержены пациенты с ослож-

Таблица 2. Особенности терапии пациентов с инсультом при COVID-19

Препарат	Клинические особенности и рекомендации
Хлороквин/гидроксихлорохин	Риск увеличения интервала QT Иногда необходимо снижение дозы β-блокаторов
Лопинавир + ритонавир и статины	Начинать с минимально возможной дозы розувастатина (максимальная доза 10 мг) и аторвастатина (максимальная доза 20 мг) с последующей титрацией Препаратами выбора являются правастатин и питавастатин Не назначать ловастатин и симвастатин
Лопинавир + ритонавир и амлодипин/дилтиазем/верапамил	Потенциальное увеличение концентрации амлодипина, дилтиазема, верапамила в крови Контроль интервалов PQ и QT на ЭКГ Доза амлодипина и дилтиазема может быть снижена на 50 %
Ингибиторы АПФ или блокаторы рецепторов ангиотензина	Прекратить прием ингибиторов АПФ или блокаторов рецепторов ангиотензина Рассмотреть возможность назначения блокаторов кальциевых каналов, диуретиков и препаратов других классов
Азитромицин, хлороквин/гидроксихлорохин, лопинавир + ритонавир	Риск кардиотоксичности и жизнеугрожающих аритмий (удлинение интервала QT и желудочковая тахикардия по типу «пируэт») Контроль кардиотоксичности (клинический мониторинг, оценка интервала QT на ЭКГ до начала лечения и далее 1 раз в 5 дней) у пациентов с острым нарушением мозгового кровообращения
Лопинавир + ритонавир и новые оральные антикоагулянты (НОАК)	Дозу аписабана рекомендуется снизить в 2 раза Ривароксабан и варфарин — не рекомендуются Дабигатран не рекомендуется комбинировать с ритонавиром у пациентов с нарушенной функцией почек
Лопинавир + ритонавир и варфарин	При приеме варфарина и ингибиторов протеазы ВИЧ показан частый контроль МНО Коррекция дозы варфарина, особенно после начала/прекращения приема или изменения доз(ы) ингибитора(ов) протеазы
Лопинавир + ритонавир и антиагреганты	Снижается концентрация активных метаболитов клопидогрела и прасугрела Повышается концентрация тикагрелора При назначении ингибитора P2Y12-рецепторов тромбоцитов препаратом выбора является прасугрел; при противопоказаниях — назначать другие препараты данной группы при условии контроля функциональной активности тромбоцитов с помощью анализаторов

Таблица 3. Особенности ведения пациентов с различными клиническими сценариями

Клиническая ситуация	Лечебная тактика
Внутрисосудистые вмешательства (тромболитическая терапия, внутрисосудистая тромбэкстракция)	Приоритетная программа терапии — процедуры должны быть выполнены при отсутствии противопоказаний всем пациентам, в том числе с подозрением на наличие COVID-19
Атеротромботический и неустановленный подтипы инсульта	Ацетилсалициловая кислота 50 мг/сут
Лакунарный подтип инсульта, транзиторная ишемическая атака	Возможно назначение комбинации клопидогрела и ацетилсалициловой кислоты на срок до 3 нед
Пациенты с COVID-19 без синдрома диссеминированного внутрисосудистого свертывания крови (ДВС)	Могут быть назначены профилактические дозы антикоагулянтов для профилактики венозной тромбэмболии (ВТЭ)
Наличие противопоказаний к проведению фармакологической антикоагулянтной профилактики	Целесообразно рассмотреть возможность интермиттирующей пневматической компрессии Рутинный скрининг ВТЭ (например, двустороннее УЗИ нижних конечностей) пациентам с COVID-19 и повышенным уровнем D-димера (>1500 нг/мл) на данный момент не может быть рекомендован

ненной эпилепсией, в том числе фармакорезистентной, ввиду выраженных бульбарных поражений и/или слабости дыхательных мышц, а также расстройств дыхания, связанных с кифосколиозом или нарушениями подвижности. Значительная вероятность заражения отмечается и у больных с клиническими формами, чувствительными к гипертермии (в частности, синдромом Драве), туберозным склерозом и энцефалитом Расмуссена, получающих супрессивную ИТ.

Необходимо учитывать возможное взаимодействие препаратов (ПЭП) с противовирусными и другими средствами, которые могут ис-

пользоваться в лечении COVID-19. Показано, что 7 ПЭП (габапентин, леветирацетам, прегабалин, ретигабин, топирамат, вигабатрин и зонисамид) не изменяют своего метаболизма и не влияют на течение КВИ. Вальпроаты и ламотриджин взаимодействуют лишь с лопинавиром/ритонавиром, остальные антиконвульсанты — с 2 или более ЛС. Некоторые медикаменты, применяемые для лечения инфекций верхних дыхательных путей (например, противоотечное средство псевдоэфедрин или антигистаминный препарат дифенгидрамин), могут усугубить судороги у пациентов с эпилепсией. Несмотря на сообщения о редких случаях развития судорожного синдрома при назначении хлороквина и гидроксихлорохина, противопоказаний к их назначению таким больным нет.

По общему мнению, если пациент хорошо контролирует свое заболевание, менять терапию в связи с пандемией КВИ не следует.

## БОЛЕЗНЬ ПАРКИНСОНА

Пациенты с болезнью Паркинсона (БП) имеют высокий риск инфицирования COVID-19 вследствие пожилого возраста, выраженной соматической коморбидности, а также при поздних (IV–V) стадиях по Хен-Яру, когда большую часть времени они проводят в постели.

В итальянском исследовании на репрезентативной выборке среди лиц от 55 лет и старше с БП было констатировано 12 сопутствующих заболеваний (включая по-

ражение коронарных артерий, цереброваскулярные нарушения и сердечную недостаточность), увеличивающих вероятность тяжелого течения КВИ. Другое ретроспективное когортное исследование, проведенное в Японии, показало, что в сравнении с возрастными пациентами (учитывая зависимость от пола) больные паркинсонизмом, госпитализированные по поводу пневмонии, имели менее высокий уровень внутрибольничной смертности, но более длительный срок госпитализации.

Повышенная восприимчивость к SARS-CoV-2 усугубляется наличием вегетативных расстройств на поздних стадиях БП. Существуют острые последствия COVID-19 вегетативного характера для этой категории пациентов. Интенсивный кашель способен вызвать рефлекторный обморок; обезвоживание может усилить ортостатическую гипотензию, повышая вероятность обморока и падений, что опасно для этого контингента больных. В недавних работах сообщалось о нейротропизме вируса с вовлечением сосудодвигательного и дыхательного центров ствола головного мозга, что может увеличивать риск развития дыхательных и кардиоваскулярных расстройств центрального генеза.

Благодарим за предоставленный материал С.В. Котшинскую, Н.О. Жаринову, И.А. Величко, Н.Г. Жукову, В.В. Буцева, И.В. Коробейникова, А.А. Гасанову, А.С. Аракеяна, О.В. Петручик, А.Н. Паюдиса

Таблица 1. Оценка степени риска инфицирования COVID-19 и осложнений при применении различных препаратов

Риск отсутствует	Назначаемые препараты	
	Средний риск	Высокий риск
Апремиласт В/венный иммуноглобулин Преднизолон в виде монотерапии — 10 мг/сут	6-меркаптопурин Лефлуномид Метотрексат Микофенолата мофетил** Майфортик** Такролимус Циклоспорин	Абатацепт Азатиоприн Анакинра Белимумаб Все анти-TNF-препараты Иксекизумаб Ингибиторы JAK Микофенолата мофетил** Майфортик** Преднизолон ≥10 мг/сут Сарилумаб Секукинумаб Устекинумаб Циклофосфамид

\* Прием преднизолона ≥10 мг/сут является дополнительным ФР COVID-19. Если находящийся в группе среднего риска пациент начнет принимать указанную дозу преднизолона, его следует расценивать как имеющего высокий риск

\*\* В зависимости от клинической ситуации



**Виндакель**<sup>®</sup>  
(тафамидис)

# ВИНДАКЕЛЬ<sup>®</sup> – ПЕРВЫЙ И ЕДИНСТВЕННЫЙ ПРЕПАРАТ ДЛЯ ЛЕЧЕНИЯ ATTR-ПН\* В РОССИИ<sup>1,2</sup>

**ЭФФЕКТИВНОСТЬ**  
ПРИ РАЗЛИЧНЫХ МУТАЦИЯХ  
И ИСХОДНЫХ НЕВРОЛОГИЧЕСКИХ  
СТАТУСАХ<sup>3, \*\*</sup>

**БЛАГОПРИЯТНЫЙ  
ПРОФИЛЬ БЕЗОПАСНОСТИ**<sup>4,5</sup>

**ДОЛГОСРОЧНАЯ  
ЭФФЕКТИВНОСТЬ**<sup>6</sup>

**ВИНДАКЕЛЬ<sup>®</sup> замедляет прогрессирование** неврологических нарушений как у пациентов с VAL30MET, так и у пациентов с другими мутациями. Сравнимые ответы на терапию **вне зависимости от исходного неврологического статуса**<sup>\*\*</sup>

**Частота досрочного прекращения терапии** по причине нежелательных явлений при применении препарата ВИНДАКЕЛЬ<sup>®</sup> **составила 6% по сравнению с 5% для плацебо** в опорном исследовании

**Задержка неврологической прогрессии** заболевания доказана **на протяжении 5,5 лет**

## КРАТКАЯ ИНФОРМАЦИЯ ПО ПРЕПАРАТУ ВИНДАКЕЛЬ<sup>®</sup>

**Торговое наименование:** Виндакель. **Международное непатентованное название:** тафамидис. **Регистрационный номер:** ЛП-004181 от 15.03.2017. Лекарственная форма: капсулы по 20 мг. **Фармакотерапевтическая группа:** другие препараты для лечения заболеваний нервной системы. **Показания к применению:** транстретиновый амилоидоз у взрослых с клинически выраженной полинейропатией с целью задержки развития нарушений в периферических нервах. **Противопоказания:** гиперчувствительность к тафамидису или к любому вспомогательному веществу, входящему в состав препарата; беременность, период грудного вскармливания; врожденная непереносимость фруктозы; детский возраст до 18 лет. **Способ применения и дозы:** Рекомендуемая доза препарата Виндакель составляет 20 мг, внутрь, 1 раз в сутки, независимо от приема пищи. Капсулу следует принимать целиком. Не следует разжевывать, разламывать или разрезать капсулу. В случае пропуска дозы препарата, пациент должен принять пропущенную дозу сразу же после того, как вспомнит о пропуске. Однако если наступило время приема следующей дозы, принимать пропущенную дозу не следует; пациент должен принять следующую дозу согласно обычной графике приема. Не следует принимать двойную дозу. **Побочное действие:** Со стороны пищеварительной системы: очень частые ( $\geq 10\%$ ) - диарея, боль в верхних отделах живота. Инфекционные и паразитарные заболевания: очень частые

( $\geq 10\%$ ) – инфекция мочевыводящих путей, вагинальная инфекция. **С осторожностью:** у пациентов с нарушением функции печени тяжелой степени. Не рекомендуется применение тафамидиса в период беременности, а также у женщин с сохраненным детородным потенциалом, не использующих контрацептивы. Информация об опыте применения тафамидиса в период беременности отсутствует. Исследования на животных выявили неблагоприятный эффект на внутриутробное развитие плода. Потенциальный риск для человека неизвестен. Влияние тафамидиса на детей, находящихся на грудном вскармливании у матерей, получающих терапию тафамидисом, не изучалось. **Срок годности** 18 месяцев. **Условия хранения:** Хранить при температуре не выше 25 °С. Хранить в недоступном для детей месте. **Условия отпуска:** По рецепту.

Материал предназначен для специалистов здравоохранения (работников здравоохранения, фармацевтических работников). Имеются противопоказания. Перед назначением ознакомьтесь, пожалуйста, с полной инструкцией по медицинскому применению лекарственного препарата.

ООО «Пфайзер Инновации», 123112 Москва, Пресненская наб., д. 10, БЦ «Башня на Набережной» (Блок С), Телефон: +7(495)287-5000, <https://www.pfizer.ru>

## СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ:

1. Инструкция по медицинскому применению препарата Виндакель ЛП-004181-150317 2. [https://grls.rosminzdrav.ru/Grls\\_View\\_v2.aspx?routingId=a8cfd07e-4fc5-4c7c-a956-9cb1c815811a&t=3](https://grls.rosminzdrav.ru/Grls_View_v2.aspx?routingId=a8cfd07e-4fc5-4c7c-a956-9cb1c815811a&t=3) 3. Gundapaneni BK, Sultan MB, Keohane DJ, Schwartz JH. Tafamidis delays neurological progression comparably across Val30Met and non-Val30Met genotypes in transthyretin familial amyloid polyneuropathy. Eur J Neurol. 2018;25(3):464-468. 4. Coelho T, Maia LF, Martins da Silva A, et al. Tafamidis for transthyretin familial amyloid polyneuropathy: a randomized, controlled trial. Neurology. 2012;79(8):785-792. 5. Clinical Study Report for Protocol Fx-1A-201. New York, NY: Pfizer Inc; May 2011. 6. Barroso FA, Judge DP, Ebede B, et al. Long-term safety and efficacy of tafamidis for the treatment of hereditary transthyretin amyloid polyneuropathy: results up to 6 years. Amyloid. 2017;24(3):194-204.

\* транстретиновая амилоидная полинейропатия

\*\* вне зависимости от исходного балла по шкале оценки неврологического дефицита в нижних конечностях (NIS-LL)

PP-VYN-RUS-0066, 10.02.2020

Реклама



ООО «Пфайзер Инновации»  
Россия, 123112, Москва, Пресненская наб., д. 10,  
БЦ «Башня на Набережной» (блок С).  
Тел.: +7 495 287-50-00. Факс: +7 495 287-53-00.



Служба Медицинской Информации:  
[Medinfo.Russia@Pfizer.com](mailto:Medinfo.Russia@Pfizer.com)

Доступ к информации о рецептурных препаратах Pfizer  
[www.pfizermedinfo.ru](http://www.pfizermedinfo.ru)

## ДИАГНОЗ

# Нейрогенный мочевого пузыря

Термин «нейрогенный мочевой пузырь» (НМП) подразумевает любые нарушения мочеиспускания, которые связаны с поражением структур центральной и периферической нервной системы, обеспечивающих иннервацию нижних мочевых путей: мочевого пузыря и мочеиспускательного канала. С клинической точки зрения это собирательный синдром. О его распространенности свидетельствуют данные Европейской ассоциации урологов: при рассеянном склерозе вероятность нейрогенной дисфункции нижних отделов мочевыделительной системы составляет 50–90 %, при болезнях Альцгеймера и Паркинсона — соответственно 23–28 и 37–70 %, у имеющих цереброваскулярную патологию — 20–50 %, а в случае диабетической периферической нейропатии этот показатель достигает 70–100 %.



**Анна Александровна ПИЛИПОВИЧ**

К.м.н., доцент кафедры нервных болезней ИПО ФГАОУ ВО Первый Московский государственный медицинский университет им. И.М. Сеченова Минздрава РФ

Проявления НМП могут быть различными в зависимости от локализации и характера неврологического поражения. Например, травма, опухоль или дегенеративное заболевание, оказывающие патологическое воздействие на уровне пояснично-крестцовых сегментов спинного мозга, приводят к практически одинаковым дизурическим расстройствам. С другой стороны, сосудистые или нейродегенеративные процессы могут обуславливать как задержку, так и недержание мочи, нарушая нормальное функционирование определенных отделов нервной системы. Все формы НМП объединяет факт разобщения мочевого пузыря (МП) с корковыми центрами, ответственными за произвольный характер мочеиспускания.

Наиболее частые причины нейрогенной дисфункции нижних отделов мочевыводящего тракта, сгруппированные по топическому принципу, представлены в табл. 1.

Поскольку именно локализация и выраженность нарушения функций нервной системы определяют проявления НМП, наиболее простой и удобной в практическом плане является классификация по уровням поражения: надмостовой; стволовой; надкрестцовой; крестцовой и периферической (рис. 1).

## ПАТОГЕНЕЗ И КЛИНИЧЕСКАЯ СИМПТОМАТИКА НМП

Механизмы развития и проявления нейрогенной дисфункции нижних мочевых путей специфичны для поражения того или иного отдела нервной системы.

Корково-подкорковые (надмостовые) поражения чаще всего ведут к формированию синдрома гиперрефлекторного мочевого пузыря (проявляется необходимостью мочеиспускания при незаполненном МП, что составляет менее 200 мл для взрослого человека). Жалобы пациентов при этом связаны с нарушением накопления мочи (ирритативные симптомы): императивные позывы, внезапное неконтролируемое опорожнение пузыря, поллакиурия (обычно ночью, возможно и днем).



**Рисунок 1.** Уровни нарушения иннервации мочевого пузыря

Стволовой (мостовой) и надкрестцовой (спинальный) уровни характеризуются следующими вариантами нарушений функции МП:

- гиперрефлексия детрузора вплоть до императивного недержания мочи (подобно наблюдаемому при церебральных расстройствах);
- детрузорно-сфинктерная диссинергия (одновременное сокращение поперечнополосатого сфинктера уретры и детрузора) с задержкой мочеиспускания, повышением внутрипузырного давле-

ния, неполным опорожнением пузыря, появлением остаточной мочи и, следовательно, развитием воспалительных осложнений, а также уrolитиаза;

- неполное расслабление поперечнополосатого сфинктера и его паралич проявляются тяжелой формой инконтиненции (сфинктерное недержание).

Поражение крестцового (сакрального) отдела спинного мозга и периферических нервов (радикулопатии, нейропатии различного генеза) отличают:

- снижение сократительной способности или гипорефлексия детрузора (мочеиспускание наступает лишь при переполненном пузыре, т.е. более 300 мл у взрослого) с нарушением опорожнения МП (обструктивные симптомы) и жалобами на прерывающуюся слабую струю мочи, удлинение акта мочеиспускания и напряжение в процессе него, чувство неполного опорожнения пузыря и задержку мочи, которая может сопровождаться болью в области нижних отделов живота и промежности;
- утрата способности к сокращению детрузора (детрузорная арефлексия) и поперечнополосатого сфинктера уретры, проявляющаяся отсутствием позывов к мочеиспусканию, задержкой мочи и переполнением мочевого пузыря, а в последующем — недержанием.

Денервация МП на любом уровне может приводить к отсроченным осложнениям, таким как интерстициальный цистит и рецидивирующие уроинфекции, склерозирование и сморщивание мочевого пузыря (микроцист), мочекаменная болезнь, вторичный гидронефроз (следствие пузырно-мочеточникового рефлюкса или обструкции мочевых путей) и почечная недостаточность. Основные причины осложнений — наличие остаточной мочи, постоянно высокое внутрипузырное давление, неподвижность большого. Повышенное давление внутри наполненного МП с пузырно-мочеточниковым рефлюксом или без него считается главным фактором поражения почек.

## ДИАГНОСТИКА

Симптомы НМП часто не коррелируют с долгосрочными осложнениями. Одно из самых грозных среди них — почечная недостаточность вследствие повышенного внутрипузырного давления, способная развиваться исподволь, долгое время оставаясь бессимптомной. Как уже говорилось, у пациентов с поражением на сакральном и периферическом уровне риск осложнений наиболее велик. Поэтому полноценное обследование важно прежде всего для установления и определения степени этого риска. Изменения уродинамики могут предшествовать жалобам, поэтому при подозрении на НМП всегда необходима комплексная диагностика, включающая:

- выяснение жалоб и сбор анамнеза;
- клиническую оценку дизурических расстройств с помощью дневника мочеиспусканий и специализированных шкал;
- неврологический осмотр и выявление соответствующей патологии, объясняющей жалобы;
- урологический осмотр и исключение органических заболеваний мочевыводящей системы;
- исследования мочи;
- лучевые и эндоскопические методы;
- уродинамическое исследование и электромиографию (мочевого пузыря, сфинктеров уретры, мышц тазового дна).

## ПРИНЦИПЫ ТЕРАПИИ НМП

Лечение нейрогенной дисфункции нижних отделов мочевыделительной системы преимущественно патогенетическое и симптоматическое. В нем выделяют 3 основных направления: фармакотерапия, электростимуляция и паллиативно-симптоматические операции; из них первое считается ведущим.

Главные задачи терапии НМП — это сохранение почечной функции, профилактика инфекционных осложнений, восстановление контроля над мочеиспусканием, улучшение качества жизни и социальная адаптация. Важнейшая цель — обеспечение нормального функционирования верхних мочевых путей, поэтому прежде всего следует убедиться, что детрузорное давление находится в пределах безопасных значений. У пациентов с повышенными его показателями в фазу наполнения (гиперактивность детрузора) или опорожнения пузыря (детрузорно-сфинктерная диссинергия, другие причины обструкции) необходимо перевести высокое давление в пониженное даже несмотря на наличие остаточной мочи.

Ниже приведен список лекарственных веществ, используемых у больных с клини-

**Таблица 1.** Основные причины НМП в зависимости от уровня поражения

Корково-подкорковые (надмостовые) поражения*	Стволовые (мостовые) поражения**	Надкрестцовые (спинальные) поражения***	Периферические (крестцовые и подкрестцовые) поражения****
Цереброваскулярные заболевания Деменции Рассеянный склероз Опухоли Церебральный паралич Ночной энурез	Болезнь Паркинсона Мультисистемная атрофия Рассеянный склероз Цереброваскулярные заболевания	Травмы Миеломенингоцеле Рассеянный склероз Дископатия Опухоли Сирингомиелия Другие заболевания позвоночника и спинного мозга	Миелодисплазия Опухоли конского хвоста, прилегающих органов (простаты, прямой кишки, ретроперитонеальные) Нейропатии (диабетическая, после оперативных вмешательств на малом тазу, травматические и другие)

\* поражения корковых и подкорковых центров мочеиспускания, ствола (до моста) и соединяющих их проводящих путей

\*\* поражения центров мочеиспускания в стволе головного мозга

\*\*\* поражения спинного мозга до крестцового отдела

\*\*\*\* поражения крестцового отдела спинного мозга, конского хвоста, периферических нервов

# ДИАГНОЗ

ческой картиной нейрогенного мочевого пузыря.

Медикаментозные средства, применяемые для лечения НМП, условно можно подразделить на вегетотропные (антихолинергические, холиномиметики, α1-адреноблокаторы, α- и β3-адреномиметики), препараты общего (антидепрессанты, антагонисты кальция, центральные миорелаксанты, гормональные средства, α-липовая кислота) и местного действия (ботулотоксин, капсаицин, димексид). Рассмотрим характеристики наиболее часто используемых фармакологических групп:

- **Антихолинергические средства (АХС)** (*толтеродин, тростия хлорид, оксибутинин, солифенацин, дарифенацин*) блокируют постганглионарные парасимпатические мускариновые рецепторы детрузора, предупреждая и значительно снижая действие на него ацетилхолина. Применяются при гиперрефлекторном мочевом пузыре для уменьшения эпизодов ургентного недержания за счет увеличения интервала между произвольными сокращениями детрузора, в случаях повышенного внутрипузырного давления у имеющих детрузорно-сфинктерную диссинергию, а также с целью улучшения эффективности других методов опорожнения МП (например, интермиттирующей катетеризации).

- **Холиномиметики**. М-холиномиметик *ацеклидин* усиливает действие ацетилхолина, следовательно, повышает тонус и усиливает сокращения детрузора, уменьшая тем самым объем остаточной мочи; используется при атонических состояниях. Непрямой М- и Н-холиномиметик *убретид* обратимо ингибирует ацетилхолинэстеразу в синаптической щели и приводит к накоплению ацетилхолина. Препарат назначается при гипо- или атонии мочевого пузыря и мочеточников, функциональной недостаточности пузырного сфинктера. Наконец, центральный антагонист дофаминовых рецепторов с холинергическими свойствами *метоклопрамид* увеличивает сократимость детрузора.

- **Селективные α1-адреноблокаторы** (*празозин, теразозин, доксазозин, альфузозин, тамсулозин, силдосин*) расслабляют внутренний сфинктер уретры, помогая опорожнению мочевого пузыря, расширяют кровеносные сосуды и улучшают кровообращение в стенке МП. Эти вещества способствуют также подавлению произвольных сокращений детрузора и его расслаблению в фазу наполнения, повышая таким образом резервуарную функцию пузыря. Они используются для терапии дизурических расстройств при доброкачественной гиперплазии предстательной железы, острой задержки мочеиспускания, в лечении хронического простатита и синдрома хронической тазовой боли. У лиц с гиперактивным НМП перечисленные средства снижают частоту императивных позывов и эпизодов ургентной инконтиненции, увеличивают емкость мочевого пузыря. Кроме того, препараты положительно действуют при детрузорно-сфинктерной диссинергии (когда возникает функциональная обструкция мочевых путей) и нестабильности детрузора с недержанием мочи у женщин.

- **Селективный агонист β3-адренорецепторов *мирабегрон*** обладает свойством снижать тонус гладкой мускулатуры мочевыводящих путей при гиперактивном мочевом пузыре с симптомами инконтиненции, учащенного мочеиспускания и ургентных императивных позывов.

- **Трициклические антидепрессанты** (*имипрамин, доксетин, дезипрамин, amitриптилин*) оказывают центральное и периферическое антихолинергическое действие, имеют α-адренергические эффекты и тормозящее влияние на ЦНС. Комбинация АХС с антидепрессантами дает одновременное снижение тонуса детрузора и увеличение тонуса пузырного сфинктера.

- **Антидепрессант селективного действия *дулоксетин*** ингибирует обратный захват серотонина и норадреналина, стимулирует симпатическую нервную систему, сокращение сфинктера уретры; применяется для лечения стрессового недержания мочи у женщин.

- **Центральные миорелаксанты *баклофен*** (реже *толперизон* и *тизанидин*) оказывают расслабляющее влияние на поперечнополосатую мускулатуру, в том числе мышцу наружного сфинктера уретры, уменьшают детрузорно-сфинктерную диссинергию. Их назначают в случаях повышенной детрузорной активности, ургентной инконтиненции и поллакиурии на фоне идиопатической гиперактивности детрузора.

- **Антидиуретический гормон *десмопрессин*** применяется при учащенном ночном мочеиспускании. При этом полное исчезновение энуреза наблюдается у 1/3 пациентов, однако после отмены возможны рецидивы.

- **Эстрогены** могут ослаблять симптомы гиперактивного мочевого пузыря; используются в терапии императивных дизурических расстройств, проявившихся в период климакса или менопаузы у женщин.

- **α-липовая кислота**, будучи антиоксидантом, улучшает кровоток, метаболизм и проводимость нервной ткани; рекомендуется при нарушениях мочеиспускания у страдающих сахарным диабетом.

- **Препараты локального действия** инстиллируются в МП и воздействуют местно. Так, *диметилсульфоксид* (*димексид*, *ДМСО*) обладает анестезирующим, противовоспалительным, бактериостатическим и сосудорасширяющим эффектом; оказывает анальгезирующее и противовоспалительное действие, используется для лечения гиперактивного НМП. Ботулинический токсин А, нарушая выделение ацетилхолина в синаптическую щель и парализуя мышцу мочевого пузыря, применяется у больных с нейрогенной гиперактивностью детрузора (для уменьшения недержания), хронической задержкой мочеиспускания на фоне функциональной обструкции, а также при интерстициальном цистите и синдроме хронической тазовой боли.

В комплексной терапии нейрогенной дисфункции нижних мочевых путей для улучшения накопительной и эвакуаторной способности мочевого пузыря рекомендуется использовать электростимуляцию (сакральных корешков, полового нерва), рефлексотерапию, лечебную гимнастику и поведенческую терапию (опорожнение МП по расписанию, тренировки пузыря, приемы, облегчающие его опорожнение). Важным способом коррекции obstructивных нарушений является периодическая и постоянная катетеризация. Оперативные методы необходимы в случаях, резистентных к консервативному лечению.

Список литературы находится в редакции



## НЕ ПРОСТО ИЗДАТЕЛЬСТВО – СООБЩЕСТВО МЕДИЦИНСКИХ СПЕЦИАЛИСТОВ

www.abvpress.ru

### ЖУРНАЛЫ

**ОНКОУРОЛОГИЯ**  
СЕКВАРТАЛЬНЫЙ НАУЧНО-ПРАКТИЧЕСКИЙ РЕЦЕНЗИРУЕМЫЙ ЖУРНАЛ

**Опухоли ГОЛОВЫ и ШЕИ**  
НАУЧНО-ПРАКТИЧЕСКИЙ РЕЦЕНЗИРУЕМЫЙ ЖУРНАЛ

**Тазовая хирургия и онкология**  
НАУЧНО-ПРАКТИЧЕСКИЙ РЕЦЕНЗИРУЕМЫЙ ЖУРНАЛ

**ОНКО ГЕМАТОЛОГИЯ**  
УСПЕХИ МОЛЕКУЛЯРНОЙ ОНКОЛОГИИ

**АНДРОЛОГИЯ И ГЕНИТАЛЬНАЯ ХИРУРГИЯ**  
НАУЧНО-ПРАКТИЧЕСКИЙ РЕЦЕНЗИРУЕМЫЙ ЖУРНАЛ

**ДЕТСКОЙ НЕВРОЛОГИИ**  
РУССКИЙ ЖУРНАЛ

**ОНКО ПАТОЛОГИЯ**  
НАУЧНО-ПРАКТИЧЕСКИЙ РЕЦЕНЗИРУЕМЫЙ ЖУРНАЛ

**НЕЙРОХИРУРГИЯ**  
НАУЧНО-ПРАКТИЧЕСКИЙ РЕЦЕНЗИРУЕМЫЙ ЖУРНАЛ

**ЖЕНСКОЙ РЕПРОДУКТИВНОЙ СИСТЕМЫ**  
ОПУХОЛИ

**Нервно-мышечные БОЛЕЗНИ**  
СЕКВАРТАЛЬНЫЙ НАУЧНО-ПРАКТИЧЕСКИЙ РЕЦЕНЗИРУЕМЫЙ ЖУРНАЛ

**МЕДИЦИНСКИЙ ТУРИЗМ**  
ЖУРНАЛ О ДОСТИЖЕНИЯХ МИРОВОЙ МЕДИЦИНЫ И ЛОГИСТИКЕ ЛЕЧЕНИЯ

**Российский Биотерапевтический Журнал**  
Rossiyskiy Bioterapevticheskiy Zhurnal

### ГАЗЕТЫ

**Онкология Сегодня**  
СПЕЦИАЛИЗИРОВАННОЕ ИЗДАНИЕ ДЛЯ ОНКОЛОГОВ

**Урология сегодня**  
СПЕЦИАЛИЗИРОВАННОЕ ИЗДАНИЕ ДЛЯ УРОЛОГОВ

**СОВРЕМЕННАЯ КАРДИОЛОГИЯ**

**НЕВРОЛОГИЯ СЕГОДНЯ**  
СПЕЦИАЛИЗИРОВАННАЯ ГАЗЕТА ДЛЯ НЕВРОЛОГОВ

**ПЕДИАТРИЯ СЕГОДНЯ**  
СПЕЦИАЛИЗИРОВАННОЕ ИЗДАНИЕ ДЛЯ ПЕДИАТРОВ

**Московская Эндокринология СЕГОДНЯ**

**Акушерство и гинекология**  
СПЕЦИАЛИЗИРОВАННОЕ ИЗДАНИЕ ДЛЯ АКУШЕРОВ И ГИНЕКОЛОГОВ

Реклама



К 75-ЛЕТИЮ НАУЧНОГО ЦЕНТРА НЕВРОЛОГИИ

# НЕЙРОФОРУМ 2020

НАЦИОНАЛЬНЫЙ КОНГРЕСС ПО БОЛЕЗНИ ПАРКИНСОНА И РАССТРОЙСТВАМ ДВИЖЕНИЙ

WWW.MYNEUROLOGY.RU  
30 сентября – 2 октября 2020, Москва

### ОСНОВНЫЕ НАПРАВЛЕНИЯ НЕЙРОФОРУМА 2020:

- Нейронауки: вызовы современности;
- Новые подходы к диагностике сосудистых заболеваний мозга;
- Болезнь Паркинсона и расстройства движений: инновации и перспективы;
- Нервно-мышечные болезни: современные алгоритмы диагностики наследственных и приобретенных полиневропатий;
- Достижения отечественной и зарубежной науки в лечении демиелинизирующих заболеваний нервной системы;

- Эпилепсия: новые тренды, новая классификация;
- Инновации в нейрореабилитации: роботы, виртуальная реальность, интерфейс мозг-компьютер, искусственный интеллект;
- Последние достижения эндоскопической нейрохирургии при спинальной и краниальной патологии;
- Междисциплинарные проблемы организации и оказания помощи пациентам с хроническими нарушениями сознания;
- Новые медицинские технологии в неврологии.

### КЛЮЧЕВЫЕ ТЕМЫ КОНГРЕССА В 2020 ГОДУ:

- История изучения болезни Паркинсона и расстройств движений;
- Ранние биомаркеры болезни Паркинсона;
- Клинический полиморфизм болезни Паркинсона;
- Современные технологии нейромодуляции в лечении болезни Паркинсона;
- Возможности персонализированной фармакотерапии болезни Паркинсона;
- Реабилитация при расстройствах движений;
- Новые генетические и клеточные технологии при расстройствах движений;
- Инновационные подходы к лечению расстройств движений: от эксперимента к клинике.

### ОРГАНИЗАТОРЫ

- Научный центр Неврологии
- Министерство науки и высшего образования
- Российская академия наук
- Федеральный научный центр рассеянного склероза Министерства здравоохранения Российской Федерации
- Национальное общество по изучению болезни Паркинсона и расстройств движений
- Общество помощи пациентам с болезнью Паркинсона, болезнью Гентингтона и другими инвалидизирующими расстройствами движений
- Общество специалистов по нервно-мышечным болезням
- Национальная ассоциация по тромбозу и гемостазу
- Сколковский институт науки и технологий
- Компания Нейроботикс
- МГУ им. М. В. Ломоносова

### КОНТАКТЫ

**КОЗЕЕВА ЕЛЕНА**

Тел.: +7 (495) 646-01-55 доб. 179      Моб.: +7 (929) 674-74-97      Email: info@myneurology.ru

Реклама

## ВОПРОСЫ ПСИХОЛОГИИ

## Врач–пациент. Психология общения

За последние годы понимание смысла врачебной профессии в обществе очень изменилось. Пациент все в большей степени относится к врачу как к обслуживающему персоналу, потому что он все чаще оказывается в роли не только больного, нуждающегося в помощи и руководстве, но еще и потребителя, который оплачивает медицинскую услугу и как покупатель требователен к ее выполнению.



Ирина  
Валентиновна  
КРАВЧУК

Практический психолог, консультант  
по управлению, бизнес-тренер

С одной стороны, клиники и медицинские центры, желающие заполучить платежеспособного пациента, формируют у него неоправданные, завышенные ожидания, которые врачу порой трудно удовлетворить: ведь от него ждут чего-то особенного. В то же время специалист обязан лечить больного в рамках утвержденных правил, что не всегда нравится пациенту, так как это идет вразрез с его потребностями покупателя. Пациенты всеми правдами и неправдами начинают требовать свое, отнимая у врача время и силы, нанося вред его профессиональной репутации.

В сложившейся обстановке фактор общения врача и пациента все больше выступает на первый план. Не новейшее оборудование и электронные очереди, не комфортабельные больничные палаты и расторопный медицинский персонал; главное — это общение с вами. Именно по характеру и качеству общения пациенты судят о том, хороший вы врач или плохой. От этой коммуникации зависит, купит ли пациент услугу или обследование, станет ли следовать вашим назначениям, будет ли и дальше продолжать наблюдаться у вас.

Поэтому сегодня разговор пойдет о технологиях эффективного общения с разными типами пациентов, и строиться он будет в особом ключе. Мы будем рассматривать ситуации взаимодействия «врач–пациент» в конкретных рамках предоставления медицинских услуг.

## УСЛУГИ: ЧТО И КАК ПОКУПАЮТ ЛЮДИ

Услуги — это часть нашего жизненного опыта. Если товары производятся и продаются, то услуги предоставляются и эмоционально переживаются. Товары обладают физическими свойствами, которые мы можем оценить перед их приобретением; услуги же до того, как мы их покупаем, просто не существуют. Мы платим за услуги еще до того, как они предоставлены, и только потом получаем то, за что заплатили. Наконец, товары безличны: это вещи, существующие без нашей личностной связи с ними. Услуги же, напротив, всегда несут на себе индивидуальный, персонализированный (иногда даже до пугающей степени) отпечаток человека, который их предоставляет.

Ваши пациенты хотят покупать нечто большее, чем стандартные медицинские услуги. Они покупают связанные с вами жизненный опыт и ощущения; ваше понимание их проблем; желание и готовность помочь, покупают ваше сочувствие. В особых случаях они покупают ваше милосердие... И наконец, надежду остаться хотя бы удовлетворенными.

Феномен услуги полностью эмоционально обусловлен: пациент принимает решение, опираясь на эмоции, но не на логику! Поло-

жительное эмоциональное впечатление рождает доверие к врачу — полученное на врачебном приеме, оно включается, интегрируется в лечебный процесс, позволяя принимать все рекомендации, выполнять весь комплекс назначений и четко следовать намеченному плану лечения. Именно такое позитивное впечатление закрепляет пациента за выбранным им медицинским учреждением.

Сегодня мне бы хотелось познакомить читателей с оригинальной немецкой методикой, базирующейся на выделении эмоциональных личностных типов. Она может значительно облегчить задачу построения бесконфликтных доверительных отношений с пациентами. В свое время этот подход был адаптирован нами применительно к специфике аптечного рынка. С его помощью мы эффективно обслуживаем клиентов в аптеках уже более 15 лет. Переход на рассматриваемую методику позволил многим аптечным учреждениям не только выжить в плотном конкурентном окружении, но и повысить продажи на 15–20 %.

Кроме того, она очень проста в использовании и по сравнению с другими не требует особых временных затрат — ведь время врачебного приема ограничено. Для этого вам всего лишь потребуются знать, к какому эмоциональному типу личности принадлежите вы сами, и по «первому взгляду» понять, какой из этих типов представляет ваш пациент. На основании этого вы легко выберете нужный стиль общения, так как заранее будет понятно, что можно говорить данному пациенту, а что — нет; как надо вести себя в тех или иных ситуациях, чтобы добиться профессиональ-

ного успеха и избежать конфликтов. Итак, давайте знакомиться.

## ЭМОЦИОНАЛЬНЫЕ ТИПЫ ЛИЧНОСТИ

У каждого человека есть свои собственные предпочтения к проявлению определенных эмоций и реализации связанных с ними особенностей поведения. Он сформировал и усвоил их с детства в своей семье. Эти предпочтения постоянно реализуются в стиле общения и характере взаимодействия с окружающей средой. Иными словами, у человека сложился определенный эмоциональный тип личности. Франк Мария Шеелен на основании такого эмоционального доминирования выделил 4 поведенческих типа: «красный», «желтый», «зеленый» и «синий». Рассмотрим теперь их личностные характеристики.

## КАК ВЫЗВАТЬ ДОВЕРИЕ У ПАЦИЕНТОВ

Пациенты оценивают вашу компетентность, ваше внимание и готовность помочь им через призму собственных представлений и ожиданий. Ключ к успеху: просто покажите пациенту того врача, которого он хочет видеть.

## КОММУНИКАТИВНЫЙ ПРАКТИКУМ

Однако, как бы мы ни старались, избежать проблем в общении все равно не удастся. Такие ситуации нужно просто пережить. Тем не менее и тут правильно построенное общение поможет урегулировать проблему и снизить эмоциональный накал разговора. Постараемся разобраться на следующих примерах.

## ЛИЧНОСТНЫЕ ХАРАКТЕРИСТИКИ ПАЦИЕНТОВ (ПО Ф.М. ШЕЕЛЕНУ)

Доминирующая эмоция	Нетерпение	Доброжелательность	Сдержанность	Недоверчивость
Психологическая потребность	Желание управлять другими	Быть «как все»	Поддерживать других	Соответствовать собственным высоким требованиям
Цель взаимодействия	Добиться своего	Получить признание, понравиться другим	Стремление к гармонии, реализация своего плана	Поиск оптимального решения
Прочие характеристики	Высокомерный. Агрессивно проявляет эмоции. Нацелен на поиск выгоды. Воспринимает неудачи лично	Веселый, улыбчивый, оптимистичный. Часто опаздывает. Пережитые эмоции старается выплеснуть наружу	Обходительный, дружелюбный, тактичный, уравновешенный. Злость и разочарование проживает внутри себя	Сдержанность, требовательность. Подвергает все сомнению, действует на основании собственных убеждений. Долго принимает решения
Внешний вид	Уверенная, быстрая походка. Одет «с иголки»	Суетливый. Свободный стиль одежды	Уверенный. Одет в стиле «скромное обаяние буржуазии»	Походка медленная, осторожная. Одет просто, застегнут на все пуговицы
Инициативность	Начинает разговор прямо от двери	Может опоздать	Вежливо просит разрешения войти, может подождать	Будет ждать приглашения в кабинет сколько нужно
Характер коммуникации	Нетерпеливый	Хаотичный, часто спонтанный	Сотрудничество	Оценка себя и других
Особенности коммуникации	Сматривает «сверху вниз», оказывает давление	Любит поболтать на отвлеченные темы. Часто меняет тему разговора	Тактичен и уважителен. Разговаривает на равных	Активен в процессе беседы, задает много вопросов о конкретных деталях
Особые черты	Не будет ждать — сразу скажет, если что-то не нравится. Категоричен. Игнорирует правила	Склонен преувеличивать тяжесть своего состояния. Часто приходит к врачу в сопровождении. Увлекается, может забыть, зачем пришел	Считает, что лучше предупредить болезнь, чем лечить	Все действия заранее запланированы. Часто приходит со списком препаратов, назначения которых хочет получить от врача
Желания и предпочтения	Ожидает немедленного результата, требует особого отношения к себе	Девиз: «Хочу все как у них!» Предпочитает лечиться в модной клинике, у самого популярного врача	Девиз: «Хочу то, что я хочу!» Предпочитает надежные клиники и специалистов с большим опытом работы	Девиз: «Хочу, чтобы все было безупречно!» Предпочитает известные клиники, проверенные временем, и «старых» врачей
Лечение	Предпочитает дорогостоящие и оригинальные лекарства, престижные клиники, VIP-условия, процедуры на новом оборудовании	Заинтересован в лекарствах и медицинских процедурах, пользующихся большим спросом	Ценит эффективные и безопасные лекарственные средства от надежных производителей, которые хорошо зарекомендовали себя на практике	Выбирает медицинские процедуры, где выгодно соотносятся качество и цена, предпочитает «раскрученные» недорогие лекарства; новинки и БАД оставит без внимания

**Ситуация № 1. КРАСНЫЙ пациент**

На повторный прием к терапевту пришел пациент 65 лет, оформляющий санаторно-курортную карту по поводу лечения остеохондроза. Зайдя в кабинет, мужчина свысока оглядел доктора, развернул стул как ему удобно, сел нога на ногу и, ткнув пальцем в амбулаторную карту, сказал:

— Молодой человек, вот Вы тут написали, что стул в норме, а у меня уже год запоры.

— Что же Вы не акцентировали внимание на этом в первый раз?

— Так Вы же врач! Вы должны были сами у меня об этом спросить. Короче, напишите в санаторной карте то, что мне нужно, чтобы мне в санатории лечили еще и запоры.

— Я не могу этого сделать. Вы ранее не обследовались в отношении желудочно-кишечного тракта (ЖКТ), точный диагноз Вам не поставлен. Ехать в санаторий недообследованным запрещено. Я бы Вам рекомендовал полечить в санатории остеохондроз, а потом нормально обследоваться.

— Запрещено?! Ты еще слишком молод, чтобы мне запрещать!

Врач отказался сделать дополнительную запись в карте и дал направления на соответствующие обследования. Пациент, угрожая всеми возможными санкциями и инстанциями, хлопнул дверью.

*Справедливое замечание врача КРАСНЫЙ личностный тип обычно воспринимает*

го не интересуют! Но ведь это их работа! Где вы только таких понабрали? Гнать их всех надо поганой метлой! Мало того, что прикрепили отца к аптеке на другом конце города, так еще и рецепт на морфин выписали с ошибками. Мама, уставшая, вернулась исправить рецепт, и мы уже ждем два часа, а заведующая до сих пор не вернулась. То она у вас занята, то обещает. Никто не знает, когда она вернется, а мой папа тем временем дома вынужден испытывать нестерпимую боль!»

*Безучастность врача или персонала к ситуации пациента, некие события, происходящие у него за спиной, отсутствие доступа к необходимой информации, ограничение свободы действий — все это стресс для ЖЕЛТОГО типа личности.*

*ЖЕЛТЫЕ пациенты в стрессовом состоянии внешне ведут себя очень эмоционально: ворчат, становятся несговорчивыми, некротичными, придираются, постоянно «перепрыгивают» с одной темы на другую, скандалят. Ни в коем случае нельзя сразу же приносить извинения и обещать (если вы руководитель) применить санкции к своим подчиненным. С ними вы разберетесь потом. Вначале надо успокоить человека, так как пока эмоции не утихнут, доводы разума будут бессильны. А затем — выразить свое понимание чувств ЖЕЛТОГО посетителя и предложить решение проблемы. Это может выглядеть так: «Я сожалею, что рецепт выписан с ошибками и Вам приходится ждать. Согласна, когда дома боль-*

— Я считаю, что ей это не нужно.

— Вы ничего не должны считать. Вы должны просто дать направление.

Терапевт выписала женщине направление на обследование со словами: «Ищите себе другого участкового врача». На что получила ответ: «С удовольствием».

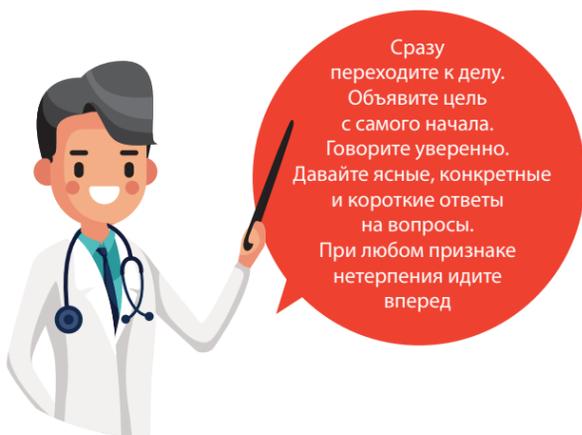
*Ситуация: «нашла коса на камень». Врач не объяснила причину своего отказа и без аргументации начала настаивать на своем, что пациентка восприняла как блажь и оказание давления. А давление для ЗЕЛЕННОГО типа личности — всегда стресс, основным проявлением которого становится немотивированное упорство в отстаивании собственной позиции вплоть до отказа от сотрудничества. ЗЕЛЕННЫЙ пациент всегда найдет способ добиться того, чего хочет, в крайнем случае уйдет по-английски. В данной ситуации врачу следовало либо выписать направление, либо объяснить причину отказа: «Я не вижу необходимости обследования в Институте гастроэнтерологии. Я исхожу из Ваших же интересов — зачем тратить время, когда лечение Вашего гастрита мы можем начать прямо сейчас? Но если Вы очень хотите пройти там обследование и настаиваете, то я могу выписать Вам направление. Хотя, повторяю, в этом нет необходимости».*

*В рассматриваемом случае мы оставляем «за скобками» вопрос об этичности обсуждения организационных и иных проблем медицинского характера в присутствии пациентов или их родственников.*

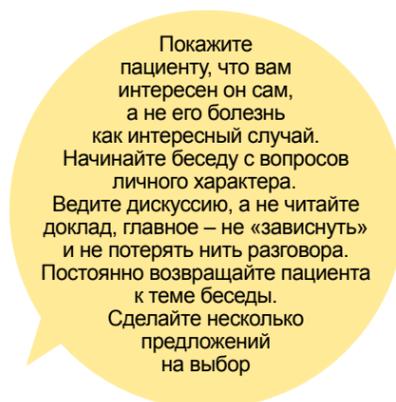
*в первые секунды бывает крайне непросто что-либо ответить. А ответить обязательно нужно, иначе пациент сочтет врача некомпетентным. Например, можно сказать: «Раиса Ивановна, конечно, Вы правы, старость не лечится, но сделать эти годы более комфортными и уберечь себя от тяжелых форм сердечно-сосудистой патологии — это вполне нам под силу».*

**СМЕШАННЫЕ ЭМОЦИОНАЛЬНЫЕ ТИПЫ ЛИЧНОСТИ**

В реальности, кроме «чистых» эмоциональных личностных типов, встречаются еще и смешанные. Причем «смешиваются» они в строго определенных последовательностях и сочетаниях: «красный» и «желтый», «желтый» и «зеленый», «зеленый» и «синий», «синий» и «красный». Это происходит в том случае, когда в процессе формирования личности ребенок в одних ситуациях, в зависимости от собственной выгоды, копирует эмоциональное поведение матери, а в других — отца. В итоге происходит трансформация некоторых свойств. Например, доминантность КРАСНОГО, сочетаясь с расчетливостью СИНЕГО, принимает интересные формы выражения: внешнее давление носит скрытый характер и подкрепляется мастерски подобранными аргументами, с которыми очень трудно спорить. На врачебном приеме СМЕШАННЫЕ пациенты избирают какой-то один способ

**ШАГИ К УСПЕШНОЙ КОММУНИКАЦИИ**

Сразу переходите к делу. Объявите цель с самого начала. Говорите уверенно. Давайте ясные, конкретные и короткие ответы на вопросы. При любом признаке нетерпения идите вперед



Покажите пациенту, что вам интересен он сам, а не его болезнь как интересный случай. Начинать беседу с вопросов личного характера. Ведите дискуссию, а не читайте доклад, главное — не «зависнуть» и не потерять нить разговора. Постоянно возвращайте пациента к теме беседы. Сделайте несколько предложений на выбор



Будьте честны, ничего не скрывайте. Подчеркнуто проявляйте уважение к пациенту. Покажите, что вы как специалист действуете в его интересах. Не обманывайтесь: дружелюбен — не значит удовлетворен. Постарайтесь дать искренние ответы на вопросы. Делайте паузы, пациенту необходимо время для обдумывания решений



Блесните компетентностью. Предоставьте исчерпывающие ответы на вопросы. Замедляйте темп беседы. Предоставьте подробную дополнительную информацию. Следите за логичностью переходов от одной темы к другой. Для принятия решения пациента лучше оставить одного

*как упрек, а в некоторых случаях — как понижение собственного статуса, что вызывает у него стресс, внешне проявляющийся в излишней драматизации ситуации, в вербальной агрессии и угрозах. Исправлять положение такой пациент всегда будет за счет понижения статуса собеседника. Поэтому никогда не делайте никаких критических замечаний КРАСНОМУ пациенту. Прогнозируйте претензии: это КРАСНЫЙ «выпускает пар». Сохраняя дружелюбное отношение, предложите ему выбор: «В сложившейся ситуации у нас есть два пути. Первый — Вы проходите обследование ЖКТ, и я, в зависимости от результатов, со спокойной совестью вписываю диагноз в Вашу карту. Второй — Вы, чтобы не упустить драгоценное время, едете в санаторий лечить остеохондроз, а по возвращении занимаетесь ЖКТ. Выбор за Вами». Не оставляйте без внимания и замечание о возрасте: «Да, я молод. Но как специалист я уже достаточно опытен».*

**Ситуация № 2. ЖЕЛТЫЙ пациент**

В кабинет главного врача влетела сопровождаемая мамой молодая девушка со словами: «Что за безобразия! Что за бестолковые и черствые люди у вас работают! Я понимаю, что ни мы, ни наши проблемы нико-

*ной, которому необходимо обезболить, ожидание мучительно. Давайте поступим следующим образом: я сама исправлю рецепт и перезвоню Вам, когда все будет готово, чтобы Вы не сидели здесь и не нервничали напрасно».*

**Ситуация № 3. ЗЕЛЕНый пациент**

Пациентка 21 года пришла на повторный прием к участковому терапевту после гастроскопии. Врач-эндоскопист выявил гастрит, а также рекомендовал пройти обследование в Институте гастроэнтерологии на предмет диагностики гастроэзофагеального рефлюкса. Молодая женщина попросила терапевта выписать направление, на что та возразила:

— Вам это не нужно. Я сама буду Вас лечить.

— И тем не менее я хочу пройти обследование в Институте гастроэнтерологии, пожалуйста, выпишите мне направление.

— Я же сказала, Вам не надо.

Через некоторое время терапевта звала к себе заведующая и в присутствии пациентки потребовала объяснений:

— Почему Вы не даете пациентке направление?

**Ситуация № 4. СИНИЙ пациент**

К пожилой женщине пришла участковый врач с обходом (без вызова):

— Ой, зачем Вы пришли, я Вас не вызывала...

— Раиса Ивановна, вот была в Вашем доме с визитом и решила заглянуть к Вам. Вы давно не были у меня на приеме. С Вашими атеросклерозом и нарушением сердечного ритма шутить нельзя. Постоянный врачебный контроль Вам необходим.

Пациентка явно нервничает. Достает тетрадь:

— Вот посмотрите, у меня все записано в тетради. И какое давление, и какие лекарства я принимаю... Ну зачем я к Вам пойду? Я и так все про себя знаю.

— Я пришла к Вам медицинскую сестру — сделать ЭКГ и взять кровь на анализ.

— Делать Вам нечего. Что толку, старость не лечится!

*Неожиданные изменения в ситуации, такие как приход врача без вызова, для СИНЕГО пациента являются стрессом, который проявляется сопротивлением, «ворчанием» и настойчивым формулированием тем и вопросов, выпадающих из контекста разговора. Иногда*

коммуникации — тот, который в данный момент кажется им наиболее выгодным. Однако в условиях стресса они могут этот способ поменять. В частности, пациентка, демонстрировавшая все качества веселого и доброжелательного ЖЕЛТОГО, после того как доктор объявил: «Вы знаете, результаты лабораторных исследований затерялись», в стрессе мгновенно превращается в КРАСНУЮ «мегеру». Тем не менее в том и в другом случае черты обоих эмоциональных типов остаются различимыми.

И в заключение хотелось бы обратить ваше внимание на тот факт, что «одноцветные» собеседники обычно легко находят общий язык для взаимодействия, а «разноцветным» это сделать сложнее. И все же, как бы ни было, понимание другого человека, знание того, в чем он нуждается, формулирование существенных с его точки зрения моментов помогут сделать ваши отношения с пациентами, коллегами и близкими более гармоничными. Просто уважайте то, каким образом человек предпочитает взаимодействовать, — и у вас получится пройти между Сциллой и Харибдой без потерь!

## СЛОВО ЭКСПЕРТУ

## Молекулярная нейронаука в XXI веке

В своей полемической публикации в журнале NEURON Томас Зюдхоф, нейробиолог из Стэнфордского университета (США), лауреат Нобелевской премии 2013 г. по физиологии и медицине, пытается ответить на вопрос, почему стремительный прогресс молекулярной нейробиологии не привел к прорыву как в понимании работы мозга на целостном уровне, так и в лечении его заболеваний. Приводим основные положения этой весьма интересной и важной статьи.

ИССЛЕДОВАНИЯ ПОТЯСАЮЩИЕ,  
НО ПРОГРЕССУ СПОСОБСТВУЮТ МАЛО

За последние годы, подчеркивает Томас Зюдхоф, нейробиология значительно изменилась. Это касается и методик исследований, и их целей, и рождающихся в результате таких трудов концепций. Мы научились видеть «работу» отдельного нейрона в режиме реального времени. Мы умеем наблюдать «в действии» и целый мозг, и его отдельные структуры такими способами, которые ранее были невообразимы. Более того, новые молекулярно-генетические методы позволили манипулировать некоторыми популяциями нейронов. Благодаря этому появилась возможность изучать влияние стимуляции или ингибирования определенных типов нейронных ансамблей на поведение экспериментальных животных. Подобные разработки разительно изменили нейронауку, что привело к развитию такого раздела, как вычислительная нейробиология.

Напомним, что вычислительная нейробиология — междисциплинарная наука. Ее цель состоит в объяснении через терминологию числового моделирования того, как структурно-функциональные биологические составляющие нервной системы продуцируют поведение. Это научно-исследовательское поле, связывающее нейрофизиологию, когнитивистику и психологию с электротехникой, информатикой, вычислительной техникой, математикой и физикой.

Однако, замечает ученый, все эти потрясающие по своей сложности и инновационности исследования очень мало способствуют прогрессу в целостном понимании деятельности мозга. Предметом изучения нейробиологических процессов часто становятся отдельные функции нейронов и проводящих путей, различных мозговых структур, а также значение поражения этих образований для возникновения определенных болезней. Фундаментальные же проблемы функционирования центральной нервной системы (ЦНС) рассматриваются недостаточно. Эта ситуация поднимает критически важный вопрос: что же предлагает сегодняшняя молекулярная нейронаука для понимания работы мозга?

ВОПРОС НАУЧНЫЙ И ФИЛОСОФСКИЙ  
ОДНОВРЕМЕННО

«Этот вопрос, — заявляет Томас Зюдхоф, — можно рассматривать как с философской, так и с научной точки зрения. В первом случае важно выяснить, считаем ли мы, что расшифровка протекающих в головном мозге

молекулярных процессов поможет определить то, как он функционирует в целом? С научных позиций нас интересует следующее: если принять тот факт, что молекулярная и клеточная нейронаука способна внести вклад в понимание работы мозга, то какие основные проблемы могут быть решены при помощи этих подходов?»

Если вам необходимо проехать из точки А в точку В на автомобиле, то совсем не обязательно детально представлять себе устройство двигателя и его работу. Все, что следует знать, — как управлять автомобилем. Аналогичный вопрос можно задать и ученым. Действительно ли они должны понимать, как работают нейронные ансамбли, как происходит возбуждение или как передается синаптическая информация, чтобы объяснить всю мозговую деятельность?

Есть несколько неопровержимых аргументов, которые показывают, что такое понимание действительно необходимо — причем на (суб)молекулярном уровне. Например, стремясь проникнуть в основанную на нейронных ансамблях деятельность мозга, трудно экспериментально зафиксировать возбуждение нейронов и их связи. Однако, учитывая пластичность этих связей, картина функционирования мозга может быть составлена лишь при возможности наблюдать все нейроны и межклеточные взаимодействия одновременно в любой временной точке. А это недостижимо сегодня и едва ли станет реальностью в обозримом будущем.

Так, нейробиологи знают буквально «в лицо» каждый из 302 нейронов у *Caenorhabditis elegans* — свободноживущей нематоды (круглый червь) длиной около 1 мм. Расшифрован геном этого организма, включающий 20 тыс. генов. И тем не менее у нас до сих пор нет ответа на вопрос, как даже самые несложные движения миллиметрового существа организуются теми или иными нервными клетками. Что же тогда говорить о человеческом мозге, включающем десятки миллиардов нейронов и десятки триллионов (!) контактов между ними?

МОЗГ — ЭТО НЕЧТО БОЛЬШЕЕ,  
ЧЕМ «СБОРНИК» НЕЙРОННЫХ АНСАМБЛЕЙ

Единственный возможный практический подход к решению данной проблемы, продолжает Томас Зюдхоф, — предсказать динамику и свойства функциональных связей мозговых нейронов человека, а также паттерны нейронального возбуждения в ответ на синаптическую активность. Такое понимание требует от исследователей «разобраться» не только в поведении нейронов/синап-

сов в структурно-функциональных группах, но и в том, что происходит в мозге на более глубоком уровне, чем нейронные ансамбли. «Ибо мозг — нечто гораздо большее, чем сборник таких ансамблей!» — постулирует эксперт. В мозговом веществе различные участки и клеточные элементы общаются друг с другом не только через синаптические соединения. Совокупность клеток глии также является (наряду с нейронами) частью сложного механизма, обрабатывающего информацию, которая поступает в мозг.

Еще более важный практический аргумент в пользу того, почему молекулярная нейронаука необходима для объяснения работы мозга, относится к прикладным медицинским исследованиям. Несмотря на то что заболевания часто проявляются в виде системных дисфункций, они вызваны по большей части молекулярными нарушениями. Проблема заключается в том, что для многих болезней пока нет реального эквивалента имеющегося фактического расстройства и тем более его субстрата. В особенности это касается патологии головного мозга.

«Миллиарды долларов, — с огорчением напоминает Зюдхоф, — были потрачены на клинические испытания лекарств, которые имели весьма слабое научное обоснование, а главное — малую эффективность для терапии болезни Альцгеймера». По мнению ученого, для успешного лечения нейропсихиатрических нарушений очень важно именно понимание работы нейронных ансамблей. Например, в случае аутизма потребуются изучение специфических нейронных структур, отвечающих за человеческую речь и эмпатию как осознанное сопереживание текущему эмоциональному состоянию другого индивидуума.

## «ОШИБКА УЛИЧНОГО СВЕТА»

Согласно Т. Зюдхофу, проявления нейропсихиатрических расстройств не обязательно подразумевают трактовку дисфункции основных нейронных ансамблей как заболевания. Есть лишь допущение того, что нарушение функционирования контуров, лежащих в основе проявлений той или иной болезни, является просто ее следствием. Изучение таких нейронных сетей несколько напоминает «ошибку уличного света». Пьяный человек ищет ключи под уличным освещением не потому, что потерял их там — в действительности это единственное место, где достаточно света, чтобы что-либо увидеть.

Это и порождает главный вопрос — действительно ли можно представить работу головного мозга исключительно в терминологических рамках синаптических межнейронных взаимодействий, подобно тому как химик описывает молекулу через взаимосвязь атомов?

Однако попытка «понять» мозг путем отображения активности его нейронов и их связей пренебрегает тремя основными особенностями, требующими «молекулярного» осознания проблемы:

1) пластичность нейронов и контактов между ними;

2) внесинаптические взаимодействия между нейронами через множество распространенных мессенджеров (начиная от внесинаптически секретируемых нейромедиаторов до нейропептидов и т.д.);

3) роль глии, которая поддерживает жизнедеятельность нейронов и является частью сложного механизма переработки информации.

Мозг существует не только как собрание чередующихся, перекрывающихся, перемежающихся и иерархически организованных нейронных ансамблей. Он также обрабатывает информацию с помощью дополнительных механизмов, выходящих за пределы паттернов нейронального возбуждения, убежден Томас Зюдхоф.

## МНОЖЕСТВО НЕРАСКРЫТЫХ ВОПРОСОВ

Со времени начала активного развития молекулярной нейронауки (80–90-е гг. прошлого столетия) наши знания значительно расширились. Например, рецепторы и ионные каналы, которые были лишь теоретическими конструкциями, стали в нашем представлении реальными. Это позволило определить с молекулярной точки зрения основные нейронные свойства, такие как потенциал действия, функции нейромедиаторных и нейропептидных рецепторов. Однако по сравнению с уже сделанным гораздо больше проблем ждут своего решения. Подобно другим биологическим системам, человеческий мозг функционирует на разных уровнях: от субмолекулярного до системного. Поэтому знание его наноструктурной организации принципиально необходимо не только для понимания отдельных функциональных сторон, но и для осмысления работы ЦНС в целом — не в последнюю очередь имея в виду лечебные и диагностические задачи.

Вадим Кириллов

НЕВРОЛОГИЯ  
СЕГОДНЯ

№ 2 (13) 2020

УЧРЕДИТЕЛЬ  
ООО «Издательский дом «АБВ-пресс»

Директор: Наумов Леонид Маркович

РЕДАКЦИЯ

Главный редактор:  
Никитин Сергей Сергеевич

Директор по рекламе: Донских А.В.

Руководитель проекта: Строковская О.А.  
Заместитель руководителя проекта:  
Кононова О.Н.Корректор: Никулин Ю.А.  
Ответственный секретарь: Ширабокова Ю.Ю.  
Дизайн и верстка: Степанова Е.В.АДРЕС РЕДАКЦИИ И УЧРЕДИТЕЛЯ  
115478, Москва,  
Каширское шоссе, 24, стр. 15  
тел.: +7 (499) 929-96-19  
e-mail: abv@abvpress.ru

www.abvpress.ru

ПЕЧАТЬ

Отпечатано в типографии  
ООО «Юнион Принт»  
Заказ № 201197.  
Общий тираж 7500 экз.  
РАСПРОСТРАНЕНИЕ  
По подписке. Бесплатно.Газета зарегистрирована Федеральной службой по надзору в сфере связи, информационных технологий и массовых коммуникаций (Роскомнадзор).  
Свидетельство о регистрации ПИ № ФС 77-68704 от 09.02.2017.  
Категорически запрещается полная или частичная перепечатка материалов без официального согласия редакции.  
Мнение редакции может не совпадать с мнением авторов.  
Ответственность за достоверность рекламных объявлений несут рекламодатели.