



ПАЦИЕНТ С УТОМЛЯЕМОСТЬЮ И ЛЕГКИМИ КОГНИТИВНЫМИ НАРУШЕНИЯМИ

Женщина, 62 года, пенсионер, замужем, 2 дочери

Подготовлено проф. Е. В. Екушевой, зав. кафедрой нервных болезней и нейрореабилитации Академии постдипломного образования ФГБУ ФНЦК ФМБА России



ПЕРВЫЙ ПРИЕМ:

ЖАЛОБЫ:

нарушение сна («долго и мучительно засыпаю»), постоянное ощущение усталости («стараюсь лишний раз прилечь»), рассеянность, мутную голову («как в тумане») и забывчивость («не всегда помню, выключила ли плиту или утюг»);

При активном расспросе: : долго засыпает из-за неприятных ощущений в ногах («никак не могу их пристроить»); гораздо быстрее устает, чем раньше; год назад уволилась из крупной фирмы, где была финансовым директором, так как было сложно работать в прежнем режиме («все меньше успевала в течение дня», «сложно было проследить даже за основными проектами»).

СОПУТСТВУЮЩИЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ:

артериальная гипертензия, регулярно принимает лизиноприл; подагра с частыми обострениями и выраженным болевым синдромом, периодические курсы аллопуринола по 3-4 месяца, старается редко есть мясо.

НЕВРОЛОГИЧЕСКИЙ СТАТУС:

130/85 мм рт. ст., положительный хоботковый рефлекс, сухожильные рефлексы на ногах симметрично снижены, пошатывается в пробе Ромберга, тандемная ходьба затруднена. MoCA* – 24 балла (норма – 26 и более), MMSE** – 25 баллов (норма – 29-30), тест рисования часов – 10 баллов (норма), батарея лобной дисфункции*** – 17 баллов (норма).

ОБСЛЕДОВАНИЕ:

МРТ головного мозга: расширение субарахноидальных пространств, более выраженное в теменновисочных областях, диффузные изменения белого вещества головного мозга в виде множественных в T2-режиме гиперинтенсивных и T1-режиме гипоинтенсивных очагов, перивентрикулярный и субкортикальный лейкоареоз.

Клинический анализ крови: гемоглобин – 110 (115-145г/л), гематокрит – 30,5 (33,0-41,0%).

Биохимический анализ крови: железо –10,2 (11,0-28,0 мкмоль/л), ОЖСС – 80,55 (45,30-77,10 мкмоль/л), мочевиная кислота – 445,55 (202,30-416,50 мкмоль/л).

*MoCA – Монреальская шкала оценки когнитивных функций (Montreal Cognitive Assessment)

**MMSE – Краткая шкала оценки психического статуса (Mini-Mental State Examination)

***Батарея лобной дисфункции (FAB) – тест для скрининга деменций с преимущественным поражением лобных долей или подкорковых церебральных структур

ОЖСС – общая железосвязывающая способность сыворотки крови

РЕКОМЕДОВАНО:

регулярный прием лизиноприла, аллопуринола; курс препаратов, содержащих железо и мелатонин (3 мг на ночь), и ноотропных лекарственных средств (холина альфосцерат 1200 мг/сут.)



ВТОРОЙ ПРИЕМ (через 1,5 месяца):

Засыпает лучше, стала более активной и не такой рассеянной, но сохраняются жалобы на длительное засыпание, «несвежую» голову и забывчивость («не поздравила дочку с годовщиной свадьбы»), что очень беспокоит близких.

НАПРАВЛЕН НА ОБСЛЕДОВАНИЕ:

Дуплексное исследование брахиоцефальных артерий: нестенозирующий атеросклероз внутренних сонных артерий (справа 25% и слева 30%), кровоток удовлетворительный.

Клинический анализ крови: гемоглобин – 120 (115-145 г/л), гематокрит – 34,3 (33,0-41%).

Биохимический анализ крови: железо – 13,2 (11,0-28,0 мкмоль/л), ОЖСС* – 61,30 (45,30-77,10 мкмоль/л), В12 – 187 (191-663 пг/мл), мочевиная кислота 420,50 (202,30-416,50 мкмоль/л); общий холестерин – 6,8 (норма до 6,2 ммоль/л).

РЕКОМЕДОВАНО:

регулярный прием лизиноприла, статинов и аллопуринола; продолжить курс препаратов, содержащих железо и мелатонин (3 мг на ночь), ноотропных лекарственных средств (холина альфосцерат 1200 мг/сут.); начать курс витамина В12 1000 мкг/сут. перорально.

ТРЕТИЙ ПРИЕМ (через 2,5 месяца):

Чувствует себя хорошо, активных жалоб нет («как и десять лет назад»), засыпает быстро, гораздо меньше утомляется («столько всего успеваю за день сделать!») и перестала все записывать, чтобы ничего не забыть.

СТАТУС:

130/80 мм рт. ст., положительный хоботковый рефлекс, сухожильные рефлексы на ногах симметрично снижены. MoCA – 26 баллов (норма 26 и более), MMSE – 27 баллов (норма – 29-30).

*ОЖСС – железосвязывающая способность сыворотки, показатель, отражающий количество железа, которое может переносить кровь.

РЕКОМЕДОВАНО:

регулярный прием лизиноприла и статинов; курс аллопуринола при повышении показателя мочевиной кислоты; 2 раза в год курс витамина В12 1000 мкг/сут. перорально – 2 месяца; 1-2 раза в год курс вазоактивных и ноотропных препаратов.



ПРОСТАЯ И ЭФФЕКТИВНАЯ РЕКОМЕНДАЦИЯ ПРИ ДЕФИЦИТЕ ВИТАМИНА В12

Краткая характеристика лекарственного препарата В12 Анкерманн, 1 мг, таблетки, покрытые оболочкой / Действующее вещество: цианокобаламин Показания к применению: Препарат В12 Анкерманн показан к применению у взрослых для лечения дефицита витамина В12: при его недостаточном поступлении с пищей, длительном нарушении сбалансированности питания (например, при строгой вегетарианской диете); при нарушении его всасывании вследствие синдрома мальабсорбции (вследствие недостаточной выработки внутреннего фактора), атрофии слизистой желудочно-кишечного тракта, применения некоторых лекарственных препаратов (например, ингибиторов протонной помпы, блокаторов H2-гистаминовых рецепторов, метформина), при заболеваниях терминального отдела подвздошной кишки (например, целиакии), синдроме слепой кишки, после гастрэктомии или операции шунтирования желудка; при гиперхромной мегалобластной макроцитарной анемии, пернициозной анемии, а также других формах макроцитарной анемии. Режим дозирования и способ применения: Взрослые. По 1 таблетке (1 мг цианокобаламина) в день. При тяжелых гематологических и неврологических симптомах лечение рекомендуется начинать с парентерального введения витамина В12 до нормализации его уровня в крови. В случае хорошей переносимости продолжительность лечения не ограничена. Терапевтический эффект препарата должен подтверждаться регулярными обследованиями. Таблетки принимают внутрь, запивая небольшим количеством воды, не разжевывая, предпочтительно утром натощак. Прогноз/показания: гиперчувствительность к цианокобаламину или к любому из вспомогательных веществ; нарушение зрения, вызванное курением или употреблением алкоголя (табачно-алкогольная амблиопия), или воспаление зрительного нерва (ретробульбарный неврит) вследствие пернициозной анемии; дегенерация зрительного нерва; состояние, требующее детоксикации цианда (в этом случае следует принимать другие производные кобальтина). Особые указания и меры предосторожности: необходим контроль эффективности пероральной терапии. У пациентов с почечной недостаточностью регулярно определять концентрацию фолиевой кислоты. Препарат В12 Анкерманн содержит лактозу (в виде моногидрата) и сахарозу. Данная дозировка цианокобаламина (1 мг) не предназначена для применения в период беременности и лактации. Взаимодействие с другими лекарственными препаратами: см. общую характеристику лекарственного препарата. Влияние на способность управлять транспортными средствами и работать с механизмами. Препарат В12 Анкерманн не влияет на способность управлять транспортными средствами и работать с механизмами. Нежелательные реакции. Нечасто: тяжелые реакции гиперчувствительности, которые могут проявляться в виде крапивницы, сыпи или зуде на больших участках тела. Частота неизвестна: угривидная сыпь на коже; лихорадка (см. общую характеристику лекарственного препарата). Передозировка. Витамин В12 имеет широкий терапевтический диапазон. Симптомы отравления или передозировки неизвестны. При случайной передозировке при необходимости следует проводить симптоматическое лечение. Фармакологическое свойство. Фармакотерапевтическая группа: антианемические препараты, витамин В12 (цианокобаламин и его аналоги). Код АТХ: В03ВА01. В организме человека витамин В12 не синтезируется и поступает только с пищей. Витамин В12 всасывается, в основном, в тонкой кишке. Известны два механизма всасывания: активный, при котором витамин В12 связывается с внутренним фактором, после чего происходит всасывание, и пассивный путь, обеспечивающий всасывание высоких доз перорально принимаемого витамина В12 в случае недостатка внутреннего фактора. При приеме высоких доз (1 мг/день и более) всасывание в достаточном количестве происходит даже у пациентов с отсутствием внутреннего фактора. С увеличением дозы повышается и общее количество всасываемого витамина В12 в абсолютном выражении. Витамин В12 выводится преимущественно с желчью, и до 1 мкг реабсорбируется энтерогастральным путем. Если из-за применения высоких доз, в особенности после парентерального введения, поступление витамина В12 превышает способность организма к его накоплению, его избыток выводится с мочой. Признаки дефицита. Гематологическим проявлением недостаточности является мегалобластная анемия. Неврологическая манифестация недостаточности витамина В12 – расстройства периферической и центральной нервной системы. Ранними признаками дефицита могут быть неспецифические симптомы, например слабость, бледность, парестезии рук и ног, нарушения походки, снижение физической силы. Срок годности: 3 года. Хранить при температуре не выше 25 °С. Перед применением необходимо ознакомиться с общей характеристикой лекарственного препарата! С полной характеристикой лекарственного препарата можно ознакомиться на сайте www.woerwagpharma.ru

* В12 Анкерманн – единственный в России лекарственный препарат с дозировкой витамина В12 1000 мкг в таблетках. 1. Bolaman Z. et al. Clin Ther. 2003; 25: 3124-3134. 2. Andres et al. 2018; Austin J Nutr Metab - Volume 5 215sue 2 – 2018. 3. Metaxas et al. Swiss Med Wkly 2017; 147: w14421. 4. Kwong et al. BMC Fam Pract 2005 Feb 2; 6(1). В12 Анкерманн РУ ЛП-Н [000075] - (PFRU)

Сайт: b12vitamin.ru

ИНФОРМАЦИЯ ПРЕДНАЗНАЧЕНА ДЛЯ СПЕЦИАЛИСТОВ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ
Дистрибьютор в РФ и организация, принимающая претензии потребителей: ООО «Верваг Фарма» 121170, РФ, Москва, ул. Поклонная, д. 3 корп. 4. +7 (495) 382–85–56
www.woerwagpharma.ru



К ДРУГИМ СЛУЧАЯМ