



ХРОНИКА. IX МЕЖДУНАРОДНЫЙ КОНГРЕСС «НЕЙРОРЕАБИЛИТАЦИЯ-2017»

ОСОБЕННОСТИ РЕАБИЛИТАЦИИ ПОЖИЛОГО ПАЦИЕНТА С ЦЕРЕБРОВАСКУЛЯРНОЙ БОЛЕЗНЬЮ



В здании Правительства Москвы 1–2 июня 2017 года состоялся IX международный конгресс «Нейрореабилитация-2017». Научная программа мероприятия была посвящена мультидисциплинарной реабилитации пациентов с неврологическими заболеваниями. Организаторы мероприятия ставили своей целью информирование практикующих врачей о новых технологиях восстановления и поддержания функций пациента с церебральным инсультом на различных этапах лечения, о новейших разработках ученых, клиницистов, фармакологов, организаторов здравоохранения и других специалистов, занимающихся исследованиями в этой области.

Выставочная экспозиция конгресса позволила врачам лично ознакомиться с лекарственными препаратами, приборами функциональной и лабораторной диагностики, реабилитационным оборудованием, а также с изделиями медицинского назначения, предназначенными для ухода на различных этапах реабилитационного процесса.

Особый интерес у участников конгресса вызвал симпозиум «Особенности реабилитации пожилого пациента с цереброваскулярной болезнью». Открыл симпозиум заведующий кафедрой неврологии ФДПО РНИМУ им. Н.И. Пирогова, профессор А.И. Федин, выступив с докладом на тему

«Реабилитационный потенциал у больных с цереброваскулярной болезнью в пожилом возрасте». Актуальность данной проблемы не вызывает сомнений. Так, по эпидемиологическим данным заболеваемость мозговым

инсультом в разных странах колеблется от одного до четырех случаев на 1000 населения в год. В России этот показатель один из самых высоких в мире. А среди выживших больных лишь у 20% лиц, перенесших инсульт, полностью восстанавливается работоспособность. Однако, как отметил профессор, благодаря федеральной программе по совершенствованию медицинской помощи больным с сосудистыми заболеваниями, которая активно реализуется (в настоящее время открыто более 500 региональных центров и первичных сосудистых отделений по всей стране), среди взрослого населения нашей страны наметилась тенденция к снижению заболеваемости инсультом. А.И. Федин напомнил участникам симпозиума, что к наиболее распространенным клиническим синдромам, которые встречаются у пациентов в восстановительном периоде инсульта, относятся синдром верхнего двигательного мотонейрона с гемипарезом (80%), координаторные расстройства (45%) и расстройства чувствительности (25%). Вторым по значимости и распространенности постинсультным дефектом являются речевые нарушения, которые обычно сочетаются с двигательными. Докладчик также сообщил о других синдромах, которые достаточно часто встречаются у таких пациентов, – это когнитивные нарушения (до 70%), депрессия и другие аффективные нарушения (частота постинсультной депрессии составляет более 1/3 от всех больных).

Продолжение на стр. 5 ►



НОВОСТИ НЕВРОЛОГИИ

В областной детской больнице № 2 провели сложнейшую нейрохирургическую операцию трехмесячному младенцу

В отделении нейрохирургии ОДКБ № 2 воронежские врачи освоили и внедрили новый метод лечения детей, родившихся со сросшимися костями черепа – краниосиностозом. Ранее стандартным методом лечения этой патологии была обширная П-образная краниотомия, после которой пациенту требовался довольно длительный период реабилитации.

Воронежские специалисты провели трехмесячному ребенку эндоскопическую краниотомию с помощью современного нейроэндоскопического оборудования. Операцию, которая длилась менее часа, провел хирург, доктор медицинских наук, главный внештатный детский нейрохирург департамента здравоохранения Николай Глаголев: «Ранее детей с такими пороками развития оперировали открытым способом более двух часов, что всегда сопровождалось большими рисками. Сегодня уровень подготовки специалистов областной детской клинической больницы № 2 позволил нам освоить и внедрить прогрессивный малоинвазивный метод хирургического лечения сагиттального краниосиностоза».

Малоинвазивный метод вмешательства позволяет минимизировать травматизацию, ускоряет процесс выздоровления и может быть использован у детей самого раннего возраста. В настоящее время прооперированный ребенок уже выписан домой, а в ОДКБ № 2 планируют проводить такие операции на постоянной основе.

<https://www.rosminzdrav.ru/>

Главная тема

2 стр.

Особенности фармакотерапии пациентов пожилого возраста

Нейротехнологии

7 стр.

Пересадка головы возможна...

История неврологии

10 стр.

Развитие клинической неврологии в Главном военном клиническом госпитале



ХРОНИКА. IX МЕЖДУНАРОДНЫЙ КОНГРЕСС «НЕЙРОРЕАБИЛИТАЦИЯ-2017»

Продолжение. Начало на стр. 1

Следующая часть доклада А.И. Феина была посвящена реабилитационному потенциалу пациентов после перенесенного инсульта. Профессор акцентировал внимание слушателей на «терапевтических окнах» при инсульте: 1 «окно» (всего 6 часов) отводится на тромболитическую и активную нейропротекцию, 2 «окно» позволяет предупредить и скорректировать ранние осложнения, и уже на этом этапе начинается и продолжается реабилитация (3 «окно»). Профессор напомнил, что реабилитационный потенциал – это интегральный показатель, оценивающий на основе комплекса медицинских, психологических и социальных факторов реальные возможности восстановления нарушенных функций и способностей организма. В процессе ресоциализации пациента необходимо учитывать технологии реабилитации, которые позволяют восстановить утраченные навыки, умения и знания и, соответственно, ускоряют течение ресоциализации. Далее докладчик остановился на основных компонентах потенциала реабилитации пациентов, перенесших инсульт, напомнил о медицинских факторах, формирующих эффективность реабилитационного процесса. Так, важнейшим клиническим фактором для оценки потенциала реабилитации служит уровень неврологических нарушений, а важнейшим компонентом реабилитационного потенциала является выраженность основного заболевания, которое спровоцировало развитие инсульта. А.И. Феин обратил внимание участников симпозиума на тот факт, что ткань мозга имеет собственный реабилитационный потенциал благодаря нейропластичности, основными компонентами которой являются ангиогенез, синаптогенез и нейрогенез. Известно также, что в ключевых процессах поддержания нейропластичности участвуют нейротрофические факторы.

В продолжение своего доклада профессор напомнил слушателям о нейробиологии старения, согласно которой старение сопровождается снижением активности нейротрофических факторов, расстройством пластичности мозга и снижением его «гомеостатического потенциала». Эти процессы провоцируют уязвимость мозга к нейродеструктивным процессам, ишемии, сосудистой деменции, нейродегенеративным заболеваниям. Далее докладчик продемонстрировал морфофункциональные признаки старения нервной системы, к которым относится уменьшение числа нервных клеток, веса и объема мозга, линейных размеров коры и ганглиев, истончение извилин, увеличение глиальных элементов, уменьшение субстанции Ниссля и развитие старческого хроматолиза. Еще один процесс, связанный со старением, о котором упоминал А.И. Феин, – это миелинизация, которая завершается в лобных долях лишь к 30 годам. С этого времени негативные эффекты старения начинают проявляться в обратном порядке – белое вещество в лобных долях в большей степени подвержено атрофии и в большей степени уязвимо в случае повреждения сосудов, снабжающих кровью мозг.

В следующей части своего доклада А.И. Феин напомнил врачам об автономной ауторегуляции мозгового кровообращения (эффект Остроумова – Бейлиса), о церебральном перфузионном давлении, локальном срыве ауторегуляции мозгового кровотока. Далее докладчик продемонстрировал Европейские рекомендации целевых цифр АД у лиц пожилого и старческого возраста при лечении артериальной гипертензии,



А.И. Феин

объяснил значимость определения гемодинамического резерва у больных с цереброваскулярной болезнью с целью выявления реабилитационного потенциала.

Заключительная часть доклада профессора была посвящена фармакологической поддержке реабилитационного потенциала. Фармакотерапия, как отметил профессор, может быть разделена на базисную (этиотропная, направлена на коррекцию системных и обменных нарушений, соматических болезней) и патогенетическую (комплексная, направлена на коррекцию отдельных звеньев патогенеза). Далее докладчик продемонстрировал подход к дифференцированной терапии легких и умеренных, а также выраженных когнитивных нарушений, концепцию мультимодальной фармакотерапии, которая подразумевает использование препарата с несколькими фармакологическими и клиническими

В начале своего доклада профессор отметила масштабность исследования, в котором приняли участие 11 центров из различных регионов нашей страны. Целью исследования являлась оценка эффективности и безопасности длительной последовательной терапии препаратом Мексидол® у пациентов с полушарным инсультом в остром и раннем восстановительном периодах. Пациенты наблюдались в течение двух месяцев и получили комплексное обследование согласно современным стандартам.

Далее Л.В. Стаховская остановилась на дизайне исследования. Исследование проводилось в двух параллельных группах: пациенты первой группы (n=61) получали Мексидол® в дозе 500 мг в сутки внутривенно капельно в течение 10 дней, а затем по 1 таблетке (125 мг) 3 раза в день в течение 8 недель на фоне проводимой базисной терапии; пациенты второй группы (n=63)

Мультимодальное действие Мексидола® проявляется в нормализации клеточного энергосинтеза, нарушенного при ишемии, в нейтрализации свободных радикалов и стабилизации мембран клеток, в подавлении перекисного окисления липидов.

эффектами. С позиции мультимодального действия следует рассматривать препарат Мексидол®, который обладает не только антиоксидантным, но и нейропротекторным, нормотимическим, антиатерогенным и сахароснижающим эффектами. Мультимодальное действие препарата проявляется в нормализации клеточного энергосинтеза, нарушенного при ишемии, в нейтрализации свободных радикалов и стабилизации мембран клеток, в подавлении перекисного окисления липидов.

В заключение профессор отметил, что определение и рациональная фармакологическая поддержка реабилитационного потенциала способствуют более эффективному восстановлению нарушенных функций после перенесенного мозгового инсульта.

Следующим прозвучал доклад Л.В. Стаховской, директора НИИ ЦВПиИ РНИМУ им. Н.И. Пирогова, профессора, посвященный результатам мультицентрового рандомизированного двойного слепого плацебо-контролируемого в параллельных группах исследования эффективности и безопасности препарата «Мексидол®» при длительной последовательной терапии у пациентов с полушарным ишемическим инсультом в остром и раннем восстановительном периодах. (ЭПИКА – Эффективность Применения. Исследование Клинических Аспектов.)

получали плацебо на фоне проводимой базисной терапии. Базисная и сопутствующая терапия были адекватны статусу, основному и сопутствующим заболеваниям пациентов и включала в себя коррекцию нарушений системной и церебральной гемодинамики, реологических и свертывающих свойств крови, профилактику осложнений инсульта. Профессор отметила, что исследуемые группы были сопоставимы по исходным демографическим и клинико-лабораторным данным.

Следующая часть доклада была посвящена результатам исследования ЭПИКА. Первичным критерием эффективности была оценка по модифицированной шкале Рэнкина, и по результатам тестирования на момент окончания терапии уровень жизнедеятельности был достоверно выше в группе терапии Мексидолом®. Профессор сообщила, что **в группе пациентов, получавших Мексидол®, отмечалось достоверное уменьшение выраженности симптомов и функциональных нарушений по сравнению с группой, получавшей плацебо, а суммарная доля пациентов, достигших удовлетворительного и хорошего восстановления (0–2 балла по модифицированной шкале Рэнкина) к концу лечения, в группе мексидола была достоверно выше.**

Вторичные критерии эффективности включали оценку по шкале инсульта Национального

института здоровья (характеризует степень выраженности неврологического дефицита), по шкале депрессии Бека (тест-опросник депрессии, характеризует степень выраженности депрессии), EQ-5D (опросник оценки качества жизни). Как отметила профессор, включение Мексидола® в базисную терапию ишемического инсульта способствовало более выраженной положительной динамике в отношении разрешения неврологической симптоматики к 9–10 неделе терапии, включая подгруппу пациентов с сопутствующим сахарным диабетом.

Результаты тестирования по опроснику оценки качества жизни наглядно продемонстрировали, что в группе терапии Мексидолом® качество жизни было достоверно выше, уже начиная со второго визита. Л.В. Стаховская продемонстрировала участникам симпозиума профиль пациентов первой группы терапии Мексидолом® на момент окончания терапии и отметила, что подавляющее большинство пациентов этой группы сообщили, что у них не возникло никаких проблем с передвижением, самообслуживанием, выполнением повседневных дел, а также пациенты не испытывали боли и дискомфорта, тревоги и депрессии.

В заключение профессор отметила безопасность длительной терапии Мексидолом® по сравнению с плацебо у пациентов с ишемическим инсультом в остром и раннем восстановительном периодах, а также подчеркнула, что профиль безопасности сопоставим с профилем безопасности плацебо.

Закрывала симпозиум Е.А. Ушкалова, профессор кафедры общей и клинической фармакологии РУДН, д.м.н., докладом «Особенности фармакологической поддержки реабилитации в пожилом возрасте». В начале своего доклада Е.А. Ушкалова остановилась на актуальности проблемы, отметив, что по данным статистики к 2050 году доля лиц старше 65 лет увеличится в мире до 22%, а в 2100 – до 32% (по сравнению с 11% в 2010 году). Однако, несмотря на то, что лица в возрасте 80 лет и старше являются самой быстро растущей группой населения, данных доказательной медицины по фармакотерапии у лиц этой возрастной группы недостаточно, так как большинство имеющихся данных касаются лиц в возрасте до 65 лет. Говоря об актуальности проблемы, профессор также напомнила участникам симпозиума о факторах, осложняющих фармакотерапию у пожилых больных: это возрастные изменения физиологии (фармакокинетики и фармакодинамики лекарственных средств); соматическая и психическая коморбидность, влекущая за собой назначение лекарственных средств несколькими врачами, астения, социальные факторы (включая одиночество, беспомощность, бедность) и низкая приверженность к лечению. Далее докладчик обратила внимание практикующих врачей на когнитивные расстройства у пациентов пожилого возраста, риск развития которых повышается практически при всех заболеваниях, которыми страдают пожилые.

Отдельно профессор остановилась на депрессии, отметив, что заболевание могут индуцировать более 100 международных непатентованных наименований лекарственных средств, и продемонстрировала список препаратов, наиболее часто провоцирующих развитие депрессии. К таким препаратам относятся резерпин, бета-адреноблокаторы, блокаторы кальциевых каналов, леводопа, НПВС, циметидин и др. Е.А. Ушкалова напомнила, что депрессия является независимым фактором риска развития сердечно-сосудистых заболева-

ХРОНИКА. IX МЕЖДУНАРОДНЫЙ КОНГРЕСС «НЕЙРОРЕАБИЛИТАЦИЯ-2017»



Л.В. Стаховская



Е.А. Ушкалова

ний, инсульта и сахарного диабета, а также рассматривается как мощный независимый предиктор смертности в постинфарктном периоде.

В следующей части своего доклада профессор обратила внимание на изменения фармакодинамики у лиц пожилого возраста. Так, снижается содержание ацетилхолина и число холинергических и допаминергических рецепторов в ЦНС, а также повышается проницаемость гематоэнцефалического барьера, что делает пожилых пациентов особенно уязвимыми в отношении побочных эффектов. Е.А. Ушкалова продемонстрировала потенциальные последствия изменения фармакодинамики при использовании антихолинергических препаратов, бензодиазепинов, антипсихотиков; отдельно остановилась на лекарственных средствах, ассоциирующихся с повышенным риском падений у пожилых.

В продолжение своего доклада профессор обратила внимание участников симпозиума на полипрагмазию. Применение большого количества препаратов, как сообщила Е.А. Ушкалова, во многих случаях может привести к негативным последствиям и не позволяет достичь основной цели лечения пожилых больных – повышения качества жизни. Говоря о причинах полипрагмазии, докладчик упомянула такие факторы, как наличие коморбидных заболеваний, сложные режимы фармакотерапии, рекомендуемые в руководствах по лечению определенных

заболеваний, назначение лекарственных средств врачами разных специальностей, нежелательные реакции и связанный с ними «каскад назначений».

Профессор акцентировала внимание врачей на том факте, что риск лекарственных взаимодействий существует примерно у 50% амбулаторных пациентов пожилого возраста. Частота лекарственных взаимодействий при одновременном приеме 2–3 препаратов

Л.В. Стаховская отметила безопасность длительной терапии Мексидолом® по сравнению с плацебо у пациентов с ишемическим инсультом в остром и раннем восстановительном периодах, а также подчеркнула, что профиль безопасности сопоставим с профилем безопасности плацебо.

составляет 39%, 4–5 препаратов – 88,8%, 6–7 препаратов – 100%. Таким образом, существует практически линейная зависимость между числом принимаемых препаратов и риском развития нежелательных реакций. Одним из основных правил, направленных на оптимизацию фармакотерапии и профилактики лекарственно-обусловленных проблем у пожилых людей, как отметила докладчик, является использование по возможности одного лекарственного средства для лечения двух или большего числа патологических состояний. В этом аспекте перспективным является препарат

Мексидол® – оригинальный отечественный антигипоксикант и антиоксидант прямого действия, оптимизирующий энергообеспечение клеток. Препарат оказывает антигипоксическое, мембранопротекторное, ноотропное, анксиолитическое действие, а также повышает устойчивость организма к стрессу. Как отметила докладчик, препарат соответствует одному из главных критериев, необходимых для назначения лицам пожилого

Далее докладчик продемонстрировала результаты недавно проведенного исследования, опубликованного в 2016 году (И.Ю. Торшин, О.А. Громова и соавт.). Основными механизмами действия Мексидола® принято считать повышение активности антиоксидантной системы и активацию синтеза АТФ. Однако, эти механизмы не могут объяснить все терапевтические эффекты препарата. Проведенный хемореактомный анализ показал, что Мексидол® является агонистом ацетилхолиновых и ГАМК-А рецепторов, ингибитором синтеза провоспалительных простагландинов, нейропротекторным агентом, ингибитором коагуляции, сахароснижающим и гиполлипидемическим средством. От молекул сравнения, которые использовались при хемореактомном анализе, мексидол отличается более благоприятный профиль безопасности.

В заключение Е.А. Ушкалова отметила, что Мексидол® отвечает основным критериям эффективного и безопасного препарата для пожилых пациентов с коморбидностью. Препарат обладает мультимодальным механизмом действия и оказывает разнообразные терапевтические эффекты. **Применение Мексидола® в составе комплексной терапии у пациентов с коморбидностью может позволить избежать применения препаратов, небезопасных для пожилых, а также полипрагмазии, и достичь основной цели лечения в гериатрии – улучшения качества жизни.** ■

возраста, – изученности. В подтверждение своих слов профессор продемонстрировала результаты исследования, которые позволяют отнести Мексидол® к классу нетоксичных или малотоксичных лекарственных веществ. За последние 10 лет вышло более 300 научных публикаций в различных областях медицины. Докладчик напомнила основные области применения препарата – это неврология (острые нарушения мозгового кровообращения, энцефалопатии, нейродегенеративные заболевания, периферическая невропатия) и терапия (инфаркт миокарда и ИБС), психиатрия и хирургия.

НЕЙРОТЕХНОЛОГИИ

Бессонница досталась нам от охотников и собирателей

Антропологи выяснили, что старческая бессонница может быть эволюционной стратегией, с помощью которой наши далекие предки – охотники и собиратели, жившие разновозрастными семейными группами, защищались от врагов. Чтобы доказать это, антропологи из университета Невады в Лас-Вегасе и из других научных центров съездили в экспедицию в Танзанию и исследовали одну из родовых групп народа хадза.

Хадза называют «бушменами Восточной Африки», это небольшой народ, который говорит на языке-изоляте и практически не изменился за прошедшие тысячелетия. Они занимаются охотой и собирательством в лесостепной зоне, живут группами по 30 человек, у них нет вождя и руководителей, их естественные враги – львы и соседско-скотоводы, вытесняющие хадза с их земель.

«Они так же современны, как вы или я. Но они рассказывают важную часть истории человеческой эволюции, потому что их образ жизни более всего похож на наше прошлое, в котором мы были охотниками и собирателями», – говорит Алисса Криттенден, соавтор исследования, доцент антропологии в университете Невады в Лас-Вегасе.

Важно еще и то, что хадза живут суточным циклом и почти не пользуются искусственным освещением, которое так влияет на наш режим.

Исследователи выделили группу, в которой было 33 взрослых обоюбого пола в возрасте от 20 до 60 лет. Все они согласились в течение двадцати дней носить браслеты, контролирующие фазы сна – нечто вроде фитнес-трекеров.

Выяснилось, что сон у хадза вообще не был синхронизирован. Все они ложились спать (вокруг костра на открытом воздухе или в плетеных хижинах) примерно в одно время – около десяти вечера, вставали около семи утра. Но некоторые сдвигали режим на час в ту или иную сторону, причем старшее поколение ложилось и вставало раньше, младшее – позже. Практически никто не спал всю ночь без перерыва: люди просыпались, вставали облегчиться, попить воды или покурить, поведать спящего ребенка.

В результате оказалось, что за все время наблюдений набралось всего 18 минут, когда вся группа одновременно спала. В среднем около трети наблюдаемых одновременно бодрствовали или слегка дремали в любой момент. Пожилые люди обычно ложились спать раньше и раньше вставали, кроме того, они чаще просыпались ночью и больше времени бодрствовали. И это делало их осо-

бенно ценными членами семейной группы (что знают все молодые родители, живущие вместе с бабушками и дедушками).

И теперь ученые считают, что такое поведение (похожее, кстати, на то, что наблюдается у многих других социальных животных, включая мышей, обезьян и некоторых птиц) может быть эволюционной стратегией, связанной с безопасностью группы. Ханза не выставляют на ночь часовых или дежурных, несмотря на довольно опасное окружение, потому что скорее всего в любой момент найдется кто-то, кто не будет спать ночью, и он сможет предупредить о нападении или поправить костер, чтобы избежать степного пожара.

«Многие пожилые люди жалуются врачам, что рано просыпаются и не могут заснуть», – говорит Чарли Нанн, профессор эволюционной антропологии в университете Duke в Северной Каролине и директор центра эволюционной медицины Triangle или TriCEM. – Но, может быть, с ними все в порядке? Может быть, некоторые наши медицинские проблемы – это не болезни, а реликты нашего эволюционного прошлого, в котором они были нам по-настоящему ценны?»

<http://medportal.ru/mednovosti/news/2017/07/12/750goodinsomnia/>