

Неврологія — 2009: підсумки, досягнення, сподівання

Характер матеріалу, викладеного нижче, безумовно, можна назвати «замовним» — замовником його є медична спільнота українських неврологів і лікарів суміжних спеціальностей, професійний розвиток яких передбачає досконале знання сучасних світових тенденцій у галузі й застосування їх у своїй практиці. Саме тому метою написання цієї статті стала не констатація давно відомих фактів і поверхневий огляд заходів та подій минулого року, а прагнення представити персональний погляд на стан вітчизняної та світової неврології і глибоко проаналізувати зміни, досягнення та відкриття 2009 р., які, на погляд автора, суттєво вплинуть на розвиток дисципліни та її практичні аспекти, підходи до терапії, схеми лікування неврологічних хворих тощо.



С.П. Московко

Перш за все хотілося б висвітлити з різних ракурсів проблему «конфлікту інтересів». Безумовно, розгляд окремих тез публікації під кутом можливих промоційних заяв на підтримку певних фармацевтичних компаній — право кожного читача, проте одразу підкреслюю: спонсорство відомими фармацевтичними компаніями (Boehringer Ingelheim, Orion Pharma, sanofi-aventis, Nicomed, Teva, Berlin-Chemie, Lundbeck, EVER Neuro Pharma (EBEWE), «Фармастар») досліджень, лекційної діяльності, надання провідним українським науковцям грантів для участі в наукових форумах і міжнародних конференціях — це, безперечно, відчутна підтримка вітчизняних спеціалістів і вагомий внесок у розвиток неврології в цілому. Завдяки підтримці представників фармацевтичних компаній автор отримав можливість взяти участь у кількох європейських і світових неврологічних форумах (Європейській конференції з інсульту, м. Стокгольм; XII Міжнародному конгресі з хвороби Паркінсона та рухових розладів, м. Париж; щорічній конференції Європейської федерації неврологічних товариств (EFNS), м. Флоренція), де разом з іншими українськими науковцями мав змогу прослухати виступи провідних неврологів світу та обговорити нагальні питання сучасної неврології.

Важливу роль відіграють фармацевтичні структури не лише у фінансуванні масштабних наукових досліджень — плацебо контрольованих рандомізованих випробувань нових лікарських засобів і технологій лікування, а також у край необхідних клініко-епідеміологічних досліджень. Слід відзначити, що останніми роками змінилась інформаційна роль і активність провідних фармкомпаній: значно покращилась якість форумів з неврологічної тематики, що проводяться в Україні, так само як і якість публікацій на цю тему. Наразі помітне зміщення акцентів на проблематику, аналіз різних аспектів неврологічної патології (порівняно з прямою інформацією про властивості чи особливості застосування того чи іншого препарату). Як фармкомпанії, так і лікарі-неврологи почали усвідомлювати першочергове значення фахових знань. Тим більше, що рівень надання допомоги хворим неврологічного профілю в нашій країні значно поступається європейській практиці діагностики та лікування. На жаль, українські неврологи у своїй діяльності застосовують значно менше діагностичних категорій, у формальних процедурах не використовують розроблених діагностичних критеріїв, не намагаються мінімізувати терапію до необхідної та обґрунтованої з точки зору доказової медицини тощо. Тому намагання провідних фахівців, науковців за сприяння фармкомпаній розвивати інформаційну складову, долучати широкий загал практичних неврологів до сучасних засад неврології слід схвалювати і підтримувати.

! Саме на зростаючому розумінні можна поставити акцент підсумків 2009 р., як і всіх останніх років першої декади третього тисячоліття. Численні досягнення як теоретичної, так і практичної неврології переростають у якісні зміни поглядів і підходів до найгостріших проблем дисципліни.

З огляду на обмежені рамки цієї публікації спробуємо розглянути найнагальніші з них.

Проблема інсульту в неврології

Інсульт вважається чи не найголовнішою проблемою сучасної неврології. Це справедливо не лише з урахуванням поширеності патології в популяції, а й її характеру — раптовості, непередбачуваності катастрофічних розладів і «ригідності» наслідків стосовно терапії, важливого соціального значення. Епоха невідомості та безпідставних гіпотез змінилась розумінням суті процесів, що відбуваються протягом епізоду ішемії мозку (переважний патогенетичний підтип інсульту в разі зростання середньої тривалості життя в популяції) — об'єктивно доведено поняття «пенумбри», доказову базу отримало поняття «терапевтичного вікна», та найголовніше — з'явилося розуміння того, що і поява неврологічного дефіциту, і регрес симптомів після інсульту прямо залежать лише від одного чинника — адекватності мозкового кровопостачання. Саме останнє обумовлює терапевтичну стратегію в гострому періоді інсульту, яка не має нічого спільного з «терапевтичним нігілізмом»: окрім тромболізу, не існує обґрунтованих методів патогенетичного лікування!

Спостерігається тенденція до обережного призначення так званих нейропротекторів. Застосування в найгострішому періоді таких препаратів, як цитиколін, церебролізін, спрямоване на метаболічний захист нервових клітин, що зазнали ішемічної атаки, та активації нейротрофічних і мембранних процесів, які сприяють швидшому відновленню функцій. Ефекти застосування таких препаратів доволі різні й залежать від багатьох факторів (насамперед, від кількості збереженої тканини мозку з потенціалом виживання). Вірогідно, саме тому були отримані такі неоднозначні результати випробувань — за рахунок гетерогенності груп дослідження позитивний результат може «розмиватись». У будь-якому разі безпечність їх застосування як стосовно мозкових функцій, так і щодо інших органів і систем сприяє використанню таких засобів у хворих, що отримують допомогу поза межами терапевтичного вікна. Цього року було ініційовано міжнародне плацебо контрольоване дослідження впливу застосування церебролізу в гострому періоді інсульту на повноту та перебіг реабілітації пацієнтів (з участю центрів в Україні). Очікується, що результати дослідження допоможуть у вирішенні питання щодо доцільності застосування препарату в цьому випадку.

Проблема інсульту фактично охоплює три самостійних, але органічно пов'язаних практичних аспекти: ведення хворого в гострому періоді, попередження (профілактика) та реабілітація. Щодо першого, то ключовим стає питання організації: як доставити хворого до медичного закладу якнайшвидше? У теоретичному аспекті начебто все зрозуміло і консенсус досягнуто, але в практичній площині спостерігаємо чимало упередженості — навіть у великих містах відсоток хворих, які невідкладно госпіталізуються з приводу інсульту, є неприпустимо низьким, що ніяк не виправдовується ліжковим фондом чи транспортними проблемами. Вислів «час — це мозок» для багатьох залишається грою слів, але, на жаль, не сприймається як відточена наукова формула чи імператив до дії...

! Критичним питанням ведення пацієнта у гострому періоді інсульту залишається інтенсивність догляду та профілактика ускладнень.

Власне, у цьому й полягає суть лікувальної стратегії в гострому періоді. Проведення заходів, спрямованих на попередження ускладнень з боку дихальної, серцево-судинної і сечовидільної систем, значно скорочує час перебування на лікарняному ліжку, матеріальні та людські витрати і сприяє активній реабілітації. Досвід кращих спеціалізованих інсультних відділень в Україні свідчить, що за допомогою простих заходів за умови інтенсивного та цілодобового їх проведення можна досягнути значного зниження рівня смертності та частоти ускладнень. Таку зміну погляду щодо ведення хворого з інсультом можна вважати одним з найбільш позитивних зрушень у вітчизняній неврологічній практиці. Принаймні усе більше лікарів починають розуміти і надавати перевагу такому підходу.

Слід наголосити, що ключовою в цьому є роль середнього медичного персоналу, на який покладається лівова частка відповідальності за перебіг захворювання та прогноз. У зв'язку з такою зміною акцентів постає нагальне питання підвищення кваліфікації представників середнього медичного персоналу: вони не можуть бути лише виконавцями лікарських настанов, адже їх участь у процесі ведення хворого потребує якісно нових знань та розуміння процесів, що відбуваються. Тому постійне навчання, підвищення рівня знань і навичок є передумовою спільного успіху команди в досягненні мети лікування.

Наслідки інсульту та реабілітація

Найбільш болюче питання у веденні пацієнтів після перенесеного інсульту — відсутність чіткої та інтенсивної системи реабілітації з участю так званої мультидисциплінарної команди. Можливо, існує розуміння окремих потреб, прихильність до окремих методологічних підходів, віра в чудодійну силу тих чи інших ліків, які

помилково вважаються еквівалентом реабілітації, але системи, широкодоступної і дієвої, поки що немає. Вселяє надію те, що проблема реабілітації за останній рік (завдяки зусиллям Української асоціації боротьби з інсультом та групи ентузіастів) декілька разів обговорювалась на вітчизняних неврологічних форумах і привернула неабияку увагу до себе з боку неврологів. Будемо сподіватись, що науково обґрунтовані засади реабілітації, які голошуються фахівцями, знайдуть практичне втілення, а позитивні результати реабілітації будуть стимулювати як попит з боку пацієнтів та їх родичів (найважливіша умова!), так і пропозицію з боку неврологічної служби.

Слід відзначити ще один позитивний аспект у розумінні сутності інсульту, в Україні (як і у світі в цілому): серед усіх відомих симптомів та проявів інсульту, нарешті, увагу привернули когнітивні розлади. Когнітивні порушення внаслідок перенесеного інсульту слугували тільки очевидним прикладом того, наскільки важливим є цей компонент повсякденної діяльності людини. Післяінсультний когнітивний дефіцит та післяінсультна демєнція, які не тільки є різко негативним фактором у досягненні цілей реабілітаційного процесу, а й часто стають провідним проявом післяінсультного дефіциту взагалі, останнім часом привернули особливу увагу науковців і лікарів-практиків. Особливо це зрозуміло з точки зору нового критерію — якості життя пацієнта.

Зміни поглядів — від ступеня парезу до оцінки загальної якості життя, у тому числі в мікро- та макросоціальному функціонуванні, — поки що відбуваються досить повільно, проте неврологи поступово повертаються до класичної оцінки когнітивних порушень, які об'єднуються у сучасне поняття «когнітивна здатність людини». Уже нікого не дивує можливість застосування шкали MMSE для скринінгової оцінки ступеня загального порушення когнітивної сфери (більшість неврологів зрозуміли, що виконання процедури можуть і повинні робити вони самі, а не спеціально навчений фахівець!). Стала зрозумілою інформативність таких простих тестів під час оцінки патологічного процесу взагалі — його поширеності, ступеня важкості, перебігу та прогнозу. Нарешті з'явилися і засоби впливу — антагоністи NMDA-рецепторів (мемантин), низка блокаторів ацетилхолінестерази тощо. Позитивний вплив на когнітивні функції вірогідно мають і інші препарати різних фармакологічних груп (цитиколін, церебролізін), а також ніцерголін (Серміон) та деякі інші. Тому з'являється доцільність у їх довготривалому застосуванні не для ефемерного «поліпшення мозкового кровообігу», а з конкретною метою зменшення когнітивного дефіциту.

! Суттєвим досягненням можна вважати посилення уваги та інтересу неврологів до когнітивних розладів узагалі.

Можна відзначити спроби встановлення синдромального діагнозу в цій категорії, що включає «м'яку когнітивну недостатність» як початкову форму розладу з доволі широким етіологічним спектром (судинні, нейродегенеративні, травматичні та інфекційні чинники). Це сприяє виробленню індивідуального підходу до лікування хворого і в результаті – поліпшенню якості його життя.

Також спостерігається зростання інтересу фахівців-неврологів до феномену депресії (передусім, післяінсультної). Слід зазначити, що на відміну від первинної депресії (уні- чи біполярної) лікування післяінсультного депресивного розладу, на нашу думку, може призначити невролог (у такому разі суворий контроль з боку лікаря-психіатра не обов'язковий, за певними виключеннями). Терапія сучасними антидепресантами зазвичай переноситься добре і забезпечує стійкий результат протягом 3-6 міс, сприяє активізації хворого та прискоренню реабілітації. Однак необхідною умовою використання антидепресантів є співпраця з психіатром і поглиблення власних знань та навичок. Ефективність таких комплексних підходів є найкращим стимулятором розвитку цього напрямку у веденні хворих з інсультом.

Ще одним позитивним зрушенням у вітчизняній неврології слід визнати зростаючий інтерес до афективної сфери в контексті, здавалося б, звичних неврологічних розладів.

Усе більше неврологів розуміють, що певні застарілі погляди не пояснюють прояви та симптоми хвороби у великій кількості пацієнтів, діагноз «хронічної недостатності кровообігу головного мозку» чи «вертебробазиллярної недостатності» не є універсальним для різних вікових груп, а розрив та суперечність між наявністю скарг та практичною відсутністю органічних змін важко заповнити за рахунок суто неврологічних категорій; це стимулює фахівців застосовувати термінологію, запозичену в «граничній психіатрії», вчитись користуватись психосоматичними поняттями та поступово змінювати свій світогляд. Цей досить непростий процес ускладнюється необхідністю глибокого розуміння специфічних фармакологічних втручань, потребою в тривалому веденні хворого і постійному контролі його стану, а також необхідністю застосовувати психотерапевтичні елементи, що потребує часу та додаткових зусиль. І знову ж таки виникає необхідність тісної співпраці з психіатром, особливо за наявності у пацієнта хронічного депресивного розладу або комбінованих розладів (з тривогою, obsесивними та іншими проявами). Лікування неврологом такої категорії хворих – надзвичайно відповідальна справа.

Наріжним каменем проблеми інсульту є проведення профілактики (як первинної, так і вторинної).

Останніми роками чимало зусиль докладено до інформування лікарів про засади профілактики, але її широке застосування ще не стало правилом: комплаєнс хворих є доволі низьким, і, на нашу думку, не останню роль у цьому відіграє бездіяльність лікарів, які не можуть навести хворим та їх родичам вагомі аргументи необхідності проведення саме такої терапії.

Чому безліч «поліпшуючих» засобів, поміж ними й харчових добавок, вважають більш ефективними, ніж засновані на принципах доказової медицини препарати для вторинної профілактики – гіпотензивні, антиагреганти та статини у випадках ішемічного інсульту та транзиторної ішемічної атаки? Тільки внаслідок

агресивної та нав'язливої реклами? Чи, можливо, лікарі недобросовісно виконують чинні рекомендації? Чи винні хворі, які наполегливо «випрошують» якісь курси лікування, зокрема «крапельниці», у стаціонарі двічі на рік? Здається, вже час позбуватись поганих звичок...

Нещодавно увагу неврологів привернуло нове поняття – «німі інсульти». Уперше на актуальності цієї проблеми в нашій країні наголосила головний невролог МОЗ України, професор Тамара Сергіївна Міщенко. Зокрема, вона відзначила, що поява й широке застосування методів нейровізуалізації дали змогу діагностувати прояви енцефалопатії у пацієнтів із судинним захворюванням (артеріальною гіпертензією, ішемічною хворобою серця тощо). Слід підкреслити, що за допомогою методів нейровізуалізації можна виявити вогнищеві зміни, але не завжди їх можна впевнено кваліфікувати як «інсульт», «лакунарний інсульт» тощо. Ураження білої речовини навколо шлуночків (лейкоареоз) у хворих на артеріальну гіпертензію, на нашу думку, справедливо розглядати як результат тривалої гіперперфузії білої речовини, а не ішемічної гіперперфузії. У будь-якому разі доцільно відносити такі випадки до асимптомних (до певного часу) проявів судинно-мозкового захворювання і в клінічній практиці призначати таким пацієнтам комплекс засобів для вторинної профілактики. Хоча асимптомні вони умовно: під час детального дослідження може виявлятися початковий чи помірний когнітивний дефіцит, що є несприятливим прогностичним маркером і потребує проведення невідкладних заходів із профілактики його прогресування та зниження ризику розвитку інсульту.

Аналіз ситуації, що складається у сфері «судинної неврології», наочно демонструє необхідність введення ще однієї якісної оцінки нашої діяльності за ознакою дотримання чинних рекомендацій доказової медицини. Не заперечуючи необхідність індивідуального підходу до кожного хворого, на сьогодні дискусійним залишається питання: дотримується лікар у своїх призначеннях рекомендацій світової спільноти неврологів, оприлюднених чисельно та обґрунтованих масштабними дослідженнями, чи ні? На жаль, рівень відповідності української неврології європейським критеріям поки що залишається невисоким, проте вже сьогодні в галузі спостерігаються певні позитивні зміни.

Останнє десятиріччя характеризувалось підвищенням інтересу неврологів до проблем прогресуючих нейродегенерацій – первинних захворювань нервової системи.

Прогресуючі нейродегенеративні захворювання

Поширеність цих патологій, більшість з яких асоційовані з віком, постійно зростає, що обумовлює необхідність застосування нових ефективних довгострокових стратегій ведення хворих. У дослідженнях останніх років була виявлена низка нових дієвих фармакологічних підходів, і наразі з'явилася можливість надати хворим необхідну допомогу та суттєво вплинути на якість їх життя.

Насамперед ідеться про хворобу Паркінсона (ХП) та інші вікові нейродегенеративні захворювання цієї категорії (включаючи хворобу Альцгеймера тощо). Сьогодні на фармацевтичному ринку представлені препарати різних фармакологічних груп та механізмів впливу, що дає можливість лікарю-неврологу підібрати найефективніше лікування з мінімальним ризиком побічних ефектів. Водночас зростає розуміння того, що процес розвитку захворювання є складним і якісно змінним у часі, із внеском самого лікування

у ці зміни, по-перше, та усвідомлення комплексного характеру неврологічного дефіциту, що виходить далеко за межі відомого моторного патерну хвороби, по-друге.

ХП є не просто прогресуючим захворюванням – її прояви на різних етапах інколи можуть значно різнитися, тому терапія на таких етапах повинна бути різною. Це необхідно враховувати ще під час визначення довготривалої стратегії індивідуального ведення хворого. Потужним і очевидним є ефект препаратів леводопи, але є очевидним і високий ризик ускладнень терапії: поява залежності, феноменів виснаження та втрати ефекту, добові коливання і дискінезії, які можуть стати більш інвалідизуючим фактором, ніж «класичні» симптоми хвороби. Світові рекомендації наполягають на необхідності прогнозувати появу таких ускладнень і враховувати їх можливість під час визначення лікування вже на ранніх стадіях. Тому призначення прямих агоністів дофамінових рецепторів (насамперед, праміпексолу (Мірапексу), пірибедилу) на ранніх етапах терапії вважається більш ефективною і безпечною лікувальною тактикою. Сьогодні в країні доступні ліки цього класу. До того ж, зважаючи на комплексний характер проявів патології, прями агоністи часто мають плейотропну активність: праміпексол зарекомендував себе як препарат з одночасною антидепресивною активністю (понад 40% пацієнтів мають супутній депресивний розлад) і здатністю усувати прояви апатії. Важливість підтримання високого рівня повсякденної активності пацієнтів із ХП (рухової та соціальної) часто нівелюється наявною апатією, і потенціал хворих просто не реалізується, а загальний рівень неспроможності значно зростає. Цю проблему не можна вирішити лише шляхом збільшення доз інших препаратів (зокрема, леводопи), адже при цьому підвищується ризик ускладнень тощо. За даними деяких досліджень, пірибедил негативно впливає на когнітивні функції, що слід враховувати у разі застосування препарату у хворих похилого віку.

У лікуванні ускладнень сьогодні відкрито нові можливості: застосовуються комбіновані препарати леводопи, зокрема з ентакапоном, прями агоністи дофамінових рецепторів, амантадини, а також метод стереотаксичної нейрохірургії. Але найбільші сподівання пов'язані, на наш погляд, з організаційними зрушеннями. Так, зусиллями ентузіастів-неврологів у багатьох містах для хворих з нейродегенеративними порушеннями створюються спеціалізовані структури (кабінети, центри). У таких центрах працюють фахівці з особливою підготовкою, значним інтересом до проблеми і особливим, перспективним її баченням, здатні надати довгострокову і всебічну допомогу хворим з акцентами на весь спектр їх проблем, моторних і немоторних, емоційних і когнітивних, соціальних тощо.

Слід відзначити важливий інноваційний крок, який було зроблено 2009 року в Україні, – розробку та впровадження єдиної комп'ютеризованої системи обліку та ведення хворих на ХП, заснованої на сучасних діагностичних критеріях і діагностичних шкалах, з можливістю фіксувати перебіг і лікування, реакцію на нього та появу ускладнень тощо.

Більше того, в ідеологію системи закладена можливість створення фахової мережі й спілкування лікарів, консультування хворих на відстані для вирішення складних проблем, створення єдиної національної системи обліку. Аналогів такої системи у світі поки що немає (навіть іноземні колеги висловлюють захоплення таким напрямом нашої діяльності!).

Хочеться висловити ширшу подяку компанії Boehringer Ingelheim за спонсорську підтримку у створенні цієї системи, яка має неабиякий потенціал для поліпшення якості надання допомоги цій категорії хворих і підвищення професійного рівня лікарів-неврологів. У цьому ж контексті можна сподіватись на вагоме значення клінічних настанов з проблеми та національних протоколів лікування та ведення хворих на ХП, які розробляються групою фахівців і уже цього року будуть оприлюднені.

У сфері неврологічних дегенеративних і спадкових захворювань останнім часом з'являються нові, обнадійливі відкриття та пропозиції щодо лікування. Це і широке застосування ботулінічного токсину за наявності дистоній, перспективне використання топірамату в разі есенційного тремору та деякі інші. Але посилення уваги до діагностики таких станів, точної диференційної діагностики та бажання більш глибокого розуміння проблеми здаються найважливішими на даному етапі розвитку вітчизняної неврології.

Проблема головного болю – «головний біль» вітчизняної неврології

Зусилля провідних науковців, численні виступи на форумах і публікації досі не можуть зрушити з місця проблему діагностики первинного головного болю. Діагноз, який у світі посідає першу позицію за частотою звернень за допомогою до невролога, в Україні знаходиться в кінці списку. Сумнівним залишається факт низької поширеності мігрені в українській популяції. Можна з упевненістю стверджувати: головний біль напруження так само часто турбує наших співвітчизників, як і жителів інших європейських країн, а те явище, що хворі на мігрень «страждають мовчки», – лише свідчення низької діагностики патології неврологами. А звідси й низька ефективність лікування, поліпрагмазія, зловживання анальгетиками та залежність від них (абузус) і, як наслідок, терапевтична ригідність.

Така ситуація характерна не тільки для проблеми головного болю. Діагностична «ригідність», звичка до оперування невеликим набором діагнозів (багато з яких, до речі, не мають доказових критеріїв, тому не використовуються у світі взагалі) є однією з вад сучасної вітчизняної неврології. Це обумовлює нагальну потребу не тільки в оптимізації структури післядипломного навчання й зміні акцентів у викладанні актуальних проблем неврології на передатестаційних циклах, а й необхідність жорсткого адміністрування, інтенсифікацію навчання взагалі, посилення контролю і збільшення відповідальності.

Слід вітати введення у 2009 р. нових правил атестації кадрів із застосуванням бальної системи оцінки різних видів діяльності. Тільки бажано б доповнити її ще і пунктом про постійне поточне тестування: як і в усьому світі, фундаментальні оглядові публікації з окремих проблем супроводжуються низкою тестів, на які неможливо правильно відповісти, не прочитавши матеріал. І кожен читач має відповісти на тести та надіслати відповідь у центри оцінки (вони навіть можуть бути при редакціях журналів), які зворотню надішлють сертифікат про проведену роботу. Урахування таких сертифікатів може стати значним стимулом до післядипломного перманентного навчання і огляду лікарями найсвіжішої інформації, яку, повірте, з великими затратами часу та розумової енергії готують провідні фахівці галузі. Тоді дійсно загал вітчизняних неврологів можна буде вважати спільнотою – з належним рівнем розуміння неврологічних проблем. Сподіваймося...