



Yalta Neuro Summit-2011

17-20 **сентября 2011 г.** в гостинице «Ялта-Интурист» прошел инновационный международный симпозиум неврологов **Yalta Neuro Summit-2011 «Современные аспекты практической неврологии»**, который организовала Украинская медицинская ассоциация (УМА) при поддержке Национальной медицинской академии последипломного образования им. П.Л. Шупика и Ужгородского национального университета. В прошлом году симпозиум Yalta Neuro Summit получил наивысшую в СНГ награду – статуэтку «Золотой Гудвин» Международного фестиваля Eventаризация (аналог Cannes Lions для организаторов мероприятий), а также специальный диплом жюри за «Лучшее креативное решение» и номинацию на Гран-при.



УМА была создана в 2002 г. как всеукраинская общественная организация, которая имеет представительства в 18 регионах Украины. Целью УМА является реформирование украинской медицины путем трансформации медицинского образования и внедрения лучших мировых практик в основные медицинские сферы. Реализация программы СМЕ-UA (Continuing Medical Education – непрерывное медицинское образование) способствует стимулированию образовательной активности врачей, так как УМА проводит начисление индивидуального количества образовательных кредитов, выдает сертификаты о повышении квалификации, награждает бонусами врачей, которые заняли верхние 10-30% рейтинга этой программы. В ходе симпозиума в рамках программы СМЕ-UA всем участникам были выданы индивидуальные бланки тестирования, которые они заполняли в ходе образовательной активности. Заполнение данных бланков позволило контролировать усвоенный материал и актуализировать информацию, которая прозвучала в докладах. Участие в программе непрерывного медицинского образования позволяет повысить профессиональный уровень врача и его имидж среди коллег и пациентов.

Научную программу симпозиума Yalta Neuro Summit сформировали ведущие неврологи Украины, России и других стран СНГ. В этом году организаторы симпозиума предоставили участникам возможность пообщаться с профессором департамента нейрофизиологии Центра биомедицины и медицинской техники (CBTM) Университета Мангейма и медицинского факультета Университета Гейдельберга (Германия), президентом Германского общества по изучению боли, почетным членом совета Международной ассоциации по изучению боли (IASP) Рольфом-Детлефом Тридом, который прочитал учебный курс по менеджменту нейропатической боли с позиции нейрофизиолога. По его словам, для оценки ноцицептивной системы в мировой практике используются различные методы исследования (анкетирование, ENG, EMG, SEP, вегетативные тесты, LEP, функциональная и структурная магнитно-резонансная томография (МРТ), биопсия кожи). Правильная диагностика нейропатической боли способствует своевременному началу терапии заболевания, обуславливающего нейропатическую боль, а также симптоматическое лечение.



Более подробно на диагностике и лечении болевого синдрома в практике врача-невролога остановился заведующий кафедрой нервных болезней Запорожского государственного медицинского университета, доктор медицинских наук, профессор Анатолий Александрович Козелкин. По его словам,

к болевому синдрому могут приводить различные дегенеративно-дистрофические поражения позвоночника (деформирующий спондилез, спондилоартроз, остеохондроз диска, фиброз диска, остеопороз позвоночника, включая гормональную

спондилопатию, и их сочетание). Для диагностики вертеброгенного болевого синдрома необходимо провести детальное клиническое вертеброневрологическое обследование, которое включает оценку степени нарушения вертебродинамики и степени выраженности болевого синдрома; выявление двигательных, чувствительных, вегетативно-трофических расстройств; определение типа патобиокинетических расстройств (неоптимальный двигательный стереотип, постуральный дисбаланс мышц, гипермобильность, нестабильность и др.); выявление с помощью мануально-мышечного тестирования функционального блокирования ЦНС в дополнительном сочленении (реберно-позвоночных, реберно-грудинных) и суставов конечностей, мышечно-дистонических и нейродистрофических расстройств;



определение признаков заинтересованности спинномозговых структур (наличие в анамнезе переходящей слабости в ногах, двухсторонних чувствительных, двигательных, мышечно-дистонических, рефлекторных расстройств), наличия патологических знаков и расстройств тазовых органов. Также целесообразно проведение рентгенографии с функциональными пробами, контрастной миелографии (при заинтересованности спинальных структур), компьютерной томографии или МРТ позвоночника и спинномозговых структур, ангиографии позвоночных и спинномозговых артерий, ультразвуковой доплерографии вертебробазилярного бассейна с функциональными пробами.

В комплексное лечение вертеброгенного синдрома входят противоболевые средства (литические смеси, нестероидные противовоспалительные препараты (НПВП), анальгетики, анестетики, транквилизаторы, диуретики, антидепрессанты); антальгические укладки при резко выраженном болевом синдроме, а также ограничение статодинамических нагрузок на опорно-двигательный аппарат у больных с выраженной болью; препараты, улучшающие микроциркуляцию и трофику тканей; хондропротекторы, нейромедиаторы; физиотерапевтическое лечение, рефлексотерапия, гирудотерапия, массаж, лечебная физкультура, мануальная терапия, постизометрическая релаксация мышц; аппаратное вытяжение позвоночника с дозированной нагрузкой.

Следует помнить, что лечение больных с вертеброгенными болевыми синдромами должно быть патогенетически обоснованным с учетом стадии, степени выраженности боли и нарушения вертебродинамики.



Мурашко. Она отметила, что первичная боль в спине имеет доброкачественное течение и чаще всего развивается вследствие перегрузки связок, мышц, межпозвоночных дисков и суставов позвоночника. Важной клинической задачей при выборе лечения является выяснение механизма развития длительного локального мышечного напряжения. Принципы лечения острой неспецифической боли включают назначение анальгетиков, миорелаксантов; проведение локальной терапии; выполнение физических упражнений и психологической коррекции. При назначении НПВП необходимо выбирать наиболее эффективные и безопасные, а также предпринимать



меры предосторожности в отношении развития НПВП-гастропатии.



Одной из наиболее распространенных жалоб в неврологической практике является головная боль. Появление мигрени значительно ухудшает качество жизни пациента и снижает его трудовую и социальную активность. С современными подходами к фармакотерапии мигрени ознакомил слушателей доцент кафедры нервных болезней ФПФОВ Первого Московского государственного медицинского университета им. И.М. Сеченова, доктор медицинских наук Алексей Борисович Данилов. По его словам, купирование приступов мигрени, их предотвращение являются главными задачами врача-невролога. Для лечения приступа этого заболевания применяют НПВП (ацетилсалициловую кислоту 900 мг, ибупрофен 400 мг) и парацетамол 1000 мг. Иногда требуется сочетание этих средств с противорвотными препаратами. При отсутствии у пациентов терапевтического ответа на анальгетики и НПВП назначают триптаны.



Главный невролог МЗ Украины, руководитель отдела сосудистой патологии головного мозга ГУ «Институт неврологии, психиатрии и наркологии НАМН Украины», доктор медицинских наук, профессор Тамара Сергеевна Мищенко осветила вопросы взаимосвязи развития мигрени и инсульта. Результаты последних

зарубежных исследований показали, что существует связь между более высокой частотой приступов мигрени и риском инсульта. Широкое внедрение методов нейровизуализации позволило выявить функциональные и структурные изменения, которые происходят у пациентов с мигренью. У больных с высокой частотой приступов мигренозной боли (больше 3 приступов в месяц) отмечается снижение плотности серого вещества в лобной, лимбической и теменной областях, снижение плотности белого вещества в лобных долях, а также снижение анизотропии лобных долей, повышение плотности белого вещества в мозжечке и снижение плотности серого вещества в стволе мозга и чечевицеобразном ядре. Подобные изменения говорят о том, что мигрень не столь безобидное заболевание, как принято было считать раньше. Вследствие этого может быть признано разумным лечение, направленное на уменьшение частоты приступов мигренозной боли.

О том, как повысить эффективность лечения при болевом синдроме, рассказал доцент А.Б. Данилов. Он отметил, что для улучшения терапевтического эффекта необходимо учитывать индивидуальные особенности человека. На отношение пациента к терапии, а следовательно, на ее эффективность могут воздействовать такие факторы, как стоимость препарата, представление о механизме действия лекарственного средства, мотивация больного. Для достижения цели лечения



необходимо включить пациента в процесс (рекомендовать ему ведение дневников, проводить совместный выбор лекарственного средства), выявлять малейший положительный результат и подкреплять его, поощряя пациента. Немаловажную роль в терапии боли имеет активизация больного не только в физическом смысле, но и в социальном (увеличение семейной и профессиональной активности).

Профессор Т.С. Мищенко представила доклад о современной тактике лечения пациентов с ишемическим инсультом. Она обратила внимание слушателей на то, что у 30-50% больных в течение первых двух недель инсульта при отсутствии профилактического лечения развиваются осложнения (тромбоз глубоких вен, тромбоэмболия легочной артерии). Профессор упомянула, что стратегия вторичной профилактики инсульта включает коррекцию факторов риска, применение антитромбоцитарных препаратов, антикоагулянтов, статинов. Новыми мишенями для лечебного воздействия у пациентов с мозговым инсультом является стимуляция нейропластичности, а также выяснение генетического кода разнородности инсульта.

Профессор Н.К. Мурашко настаивала на необходимости сотрудничества кардиологов и неврологов в лечении пациентов с кардионеврологической патологией. Как известно, одной из причин развития ишемического инсульта является фибрилляция предсердий. Наличие этой патологии увеличивает риск развития ишемического инсульта в 5 раз. Согласно современным рекомендациям лечение фибрилляции предсердий должно включать тромболитическую терапию.

Однако назначение антикоагулянтов пациентам с инсультом может привести к развитию внутричерепного кровоизлияния. Именно в подобных ситуациях совместная работа кардиологов и неврологов поможет избежать нежелательных последствий.



Доклад профессора кафедры семейной медицины ФГУ «Учебно-научный медицинский центр» УД Президента РФ (г. Москва), доктора медицинских наук Галины Анатольевны Барышниковой был посвящен роли аторвастатина в профилактике сердечно-сосудистых заболеваний с точки зрения доказательной медицины. Она подчеркнула, что аторвастатин является хорошо изученным, эффективным и безопасным препаратом. Его доступная стоимость обеспечивает возможность пожизненной терапии, что является необходимым условием для первичной и вторичной профилактики инсульта.



О возрастных особенностях церебральной гемодинамики и метаболизма у больных, перенесших ишемический инсульт, рассказала директор Украинского реабилитационного центра Института геронтологии им. Д.Ф. Чеботарева НАМН Украины, доктор медицинских наук, профессор Светлана Михайловна Кузнецова.

Она отметила, что одной из наиболее часто встречаемых жалоб у людей с ишемическим инсультом в анамнезе является головокружение, которое обусловлено активацией пресинаптических H_3 -рецепторов, локализирующихся в коре головного мозга и вестибулярных ядрах. Применение бетагистина при головокружениях и недостаточности мозгового кровообращения увеличивает регионарный кровоток в задних и передних отделах мозга, улучшает когнитивную функцию у людей пожилого возраста, улучшает кровообращение в сосудах вертебробазилярного и каротидного бассейнов, а также уменьшает отек мозга в острый период инсульта.



Продолжила тему применения бетагистина в практике врача-невролога профессор Н.К. Мурашко. Она обратила внимание слушателей, что головокружение является не только медицинской, но и социальной проблемой, так как выраженное нарушение статики и координации, прогрессирующее снижение слуха лишают больного возможности вести привычный образ жизни, вынуждают профессиональные обязанности и могут привести к инвалидности. Использование бетастина позволяет купировать острые приступы, снижать их продолжительность и интенсивность, в особенности у пациентов с сосудистыми или травматическими поражениями головного мозга, и препятствовать развитию рецидивов головокружения.



Заведующий кафедрой детской и общей неврологии Донецкого государственного медицинского университета им. М. Горького, доктор медицинских наук, профессор Станислав Константинович Евтушенко рассказал о трудном в плане диагностики

заболевании – CADASIL-синдроме (cerebral autosomal dominant arteriopathy with subcortical infarcts and leukoencephalopathy). В основе этого патологического состояния лежит церебральная аутосомно-доминантная артериопатия с субкортикальными инфарктами и лейкоэнцефалопатией. Данное заболевание характеризуется частыми приступами мигрени с аурой, повторными ишемическими инсультами подкорковой локализации, тревожностью, головокружением с присоединением инсомнии, деменции, афферентными нарушениями. Для установления диагноза необходимо выявить генетические мутации, определить артериопатии с характерными гранулярными осмиофильными включениями при биопсии кожно-мышечного лоскута, а также перивентрикулярных и субкортикальных инфарктов на МРТ. Терапия CADASIL-синдрома в период интенсивной цефалгии включает назначение триптанов, спазмолитиков и диуретиков. После приступа назначают сулодексид и ацетилсалициловую кислоту циклами по 1 мес.



Руководитель отдела клинической физиологии и патологии опорно-двигательного аппарата Института геронтологии им. Д.Ф. Чеботарева НАМН Украины, доктор медицинских наук, профессор Владислав Владимирович Поворознюк поведал об актуальных вопросах лечения остеоартроза. Согласно новым рекоменда-

циям EULAR (Европейской антиревматической лиги) оптимальная терапия остеоартроза коленных суставов требует комбинации немедикаментозных и медикаментозных методов. При лечении необходимо учитывать факторы риска, уровень интенсивности боли и функциональных нарушений, локализацию и степень структурного повреждения. Немедикаментозная терапия должна включать обучение пациента, физические упражнения, использование вспомогательных средств и снижение массы тела. При выборе НПВП необходимо учитывать возрастные особенности больных, а также влияние препарата на желудочно-кишечный тракт и суставной хрящ.



Руководитель Клиники боли Марфо-Мариинского медицинского центра, старший научный сотрудник отдела неврологии и клинической нейрофизиологии Первого Московского государственного университета им. И.М. Сеченова, кандидат медицинских наук Алексей Николаевич Баринев рассказал

об использовании препаратов тиоктовой кислоты в лечении нейропатической боли. Это вещество уменьшает выраженность окислительного процесса, улучшает эндоневральный ток и утилизацию глюкозы нервной тканью, снижает активность NFκB, а также активирует синтез оксида азота и регенеративные процессы в периферических нервах.



Мастер-класс по современным подходам к диагностике и лечению болезни Паркинсона провела доцент кафедры неврологии № 1 Национальной медицинской академии последипломного образования им. П.Л. Шупика, кандидат медицинских наук Татьяна Николаевна Слободин. В докладе она подробно остановилась на

патогистологических изменениях, которые происходят при болезни Паркинсона, а также на факторах, которые могут обуславливать ее возникновение. Татьяна Николаевна также подчеркнула важность тщательного клинического неврологического обследования пациента для установки правильного диагноза.