

XIV Международная конференция «Во исс. НОВЫЕ



Небольшой курортный город Судак в Крыму давно стал местом ежегодных встреч неврологов Украины и России. С 18 по 20 апреля здесь проходила четырнадцатая международная конференция «Возрастные аспекты неврологии».

В организации этого масштабного события приняли участие коллективы ведущих научно-исследовательских учреждений двух стран. Председателями международного оргкомитета конференции выступили академик НАМН Украины Владислав Викторович Безруков, член-корреспондент НАМН Украины Светлана Михайловна Кузнецова (Институт геронтологии им. Д.Ф. Чеботарева НАМН Украины), академики РАМН Зинаида Александровна Суслина (Научный центр неврологии РАМН) и Николай Николаевич Яхно (Первый Московский государственный медицинский университет им. И.М. Сеченова). Следует отметить, что выступления специалистов из России в рамках шести пленарных заседаний и восьми сателлитных симпозиумов составляли значительную часть научной программы и вызвали особый интерес у слушателей. С докладами и лекциями по актуальным вопросам неврологии и междисциплинарным проблемам выступили академики РАМН Н.Н. Яхно и А.А. Скоромец, член-корреспондент РАМН М.А. Пирадов, профессора А.Б. Данилов, Н.А. Шамалов и др.

Авторитет отечественной неврологии поддержали ведущие ученые-клиницисты из разных областей Украины: профессора Л.А. Дзяк, А.А. Козелкин, Т.С. Мищенко В.И. Черний, И.А. Григорова, С.К. Евшенко, Н.В. Литвиненко, О.Г. Морозова, И.Н. Карабань, Л.Л. Корсунская, О.С. Чабан и др.

Гостеприимство организаторов конференции в этом году также оценили участники из европейских стран и США: президент Сербского неврокардиологического общества, профессор Бранислав Милованович (Branislav Milovanovic), академик Латвийской академии наук И.Я. Калвиньш, профессор Michael Chopp (США).

Спонсорами мероприятия выступили зарубежные и отечественные фармацевтические компании: «Никомед», «Артериум», OLFA, «Фармак», ZDRAVO, «Абботт», «Меда», «Эгис», «Киевский витаминный завод», «Верваг Фарма» и др. Все три дня конференции работала выставка лекарственных средств, медицинской научной литературы и специализированных изданий.

В данном обзоре предлагаем вниманию читателей краткое изложение выступлений зарубежных гостей в рамках первого пленарного заседания, которое с учетом его междисциплинарного характера представляло интерес для многих специалистов.



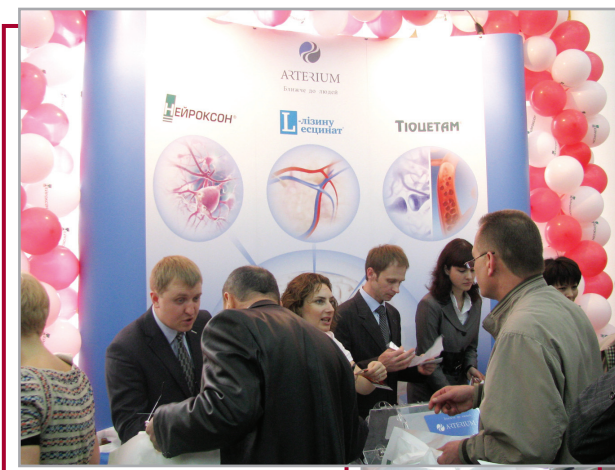
Член-корреспондент РАМН, доктор медицинских наук, профессор М.А. Пирадов (Научный центр неврологии РАМН, г. Москва) рассмотрел основные принципы нейрореаниматологии – интегративного направления, аккумулировавшего передовые теории и концепции многих областей медицины. Лектор отметил, что причиной летальных исходов при острых поражениях мозга (инсульте, черепно-мозговой травме) в большинстве случаев являются нарушения жизненно важных функций, которые при наличии реанимационного оборудования прошедшие соответствующую подготовку специалисты могут эффективно предотвращать и лечить. Состояние функции дыхания и внутричерепное давление (ВЧД) в подавляющем большинстве случаев определяют течение и прогноз при острых заболеваниях центральной и периферической нервной системы, поэтому искусственную вентиляцию легких (ИВЛ) и контроль ВЧД докладчик охарактеризовал как «два кита, на которых стоит современная нейрореаниматология».

Дыхание является единственной вегетативной функцией организма, которая полностью контролируется нервной системой и напрямую зависит от сохранности дыхательных центров ЦНС и периферической иннервации органов респираторной системы. ИВЛ является фундаментом, на котором возможно построение нейрореанимационного центра для лечения любых критических состояний, связанных

с поражением нервной системы. Длительная (2-3 мес и более) ИВЛ является самостоятельным методом лечения при таких заболеваниях и состояниях, как синдром Гийена-Барре, миастенические кризы, дифтерийная полинейропатия, кровоизлияния в ствол головного мозга.

Коррекция внутричерепной гипертензии (ВЧГ) также является самостоятельным методом лечения в нейрореаниматологии и широко применяется при черепно-мозговых травмах (ЧМТ), кровоизлияниях в полушария мозга, мозжечок, субарахноидальных кровоизлияниях. Самой частой причиной развития ВЧГ является отек мозга. ВЧГ приводит к таким грозным осложнениям, как дислокационный синдром и вклинивание головного мозга в отверстия черепа, а также нарушает церебральный кровоток, что влечет за собой вторичное ишемическое поражение мозга.

Патофизиология большинства критических состояний в нейрореаниматологии согласуется с концепцией вторичных ишемических поражений вследствие снижения церебрального перфузионного давления (ЦПД). Исходя из формулы $ЦПД = (АД_{сис} + 2АД_{диаст})/3 - ВЧД$ для поддержания ЦПД на уровне, достаточном для оксигенации тканей головного мозга, необходимо повысить артериальное давление (АД) или снизить ВЧД. Согласно доктрине Монро-Келли, увеличение объема одной из 3 составляющих содержимого



черепной коробки (вещество мозга – 80%, кровь – 10%, ликвор – 10%) приводит к уменьшению объема двух других. Вещество мозга – это несжимаемая ткань, заключенная в жесткую черепную коробку, а на продукцию ликвора сосудистыми сплетениями не влияют практические никакие факторы; поэтому при развитии отека мозга и повышении ВЧД всегда страдает приток крови и снижается церебральная перфузия.

Поддержание высокого уровня систолического АД (не менее 160-180 мм рт. ст.) при ЧМТ, внутричерепных кровоизлияниях или инсульте является единственной возможностью повысить ЦПД для адекватной оксигенации мозга вопреки распространенному среди врачей мифу о том, что при геморрагическом инсульте АД необходимо снижать. Для выявления ВЧГ и расчета ЦПД, необходимого для поддержания кровоснабжения мозга, у всех пациентов необходимо измерять ВЧД. Отсюда, как отметил выступающий, вытекает важность еще одной составляющей современной нейрореаниматологии – нейромониторинга. Это комплекс специальных методов оценки состояния головного мозга, включающий оценку мозгового кровотока, ВЧД, оксигенации, метаболизма и функций мозга.

Содержательная лекция профессора М.А. Пирадова включала такие разделы, как история, достижения и перспективы нейрореаниматологии (на примере направлений работы Научного центра неврологии РАМН), совершенствование критериев смерти мозга – правовой основы для принятия решений о прекращении реанимационных мероприятий и использовании органов для трансплантации.

Профессор И.Я. Калвиньш (Латвийский институт органического синтеза, г. Рига) посвятил доклад перспективам нейропротекции при нарушениях мозгового кровообращения и сосудистой деменции. Основной причиной развития сосудистой деменции является серия микроинфарктов головного мозга, которые без должной диагностики часто трактуются как транзиторные ишемические атаки. Традиционная стратегия лечения и профилактики сосудистой деменции включает следующие направления:

– первичную и вторичную профилактику нарушений мозгового кровообращения, контроль сосудистых факторов



риска (артериальной гипертензии – АГ, сахарного диабета – СД, дислипидемии и атеросклероза), отказ от курения, антиагрегантную и антикоагулянтную терапию;

– воздействие на симптомы (нейрорегуляторные, когнитивные, поведенческие, психотические).

Помимо препаратов, для которых доказана эффективность в первичной и вторичной профилактике инсульта (гипотензивных, антиагрегантов, антикоагулянтов, статинов), современная медицина располагает такими симптоматическими средствами лечения сосудистой деменции, как ингибиторы холинэстеразы, ноотропы, препараты растительного происхождения (экстракт гинкго билоба) и др., однако успехи лечения в повседневной клинической практике оставляют желать лучшего. Печально, но факт: 5-летняя выживаемость пациентов с сосудистой деменцией по-прежнему составляет примерно 39% в сравнении с 75% в сопоставимой по возрасту популяции. Отвечая на вопрос, почему традиционные методы лечения и профилактики последствий нарушений мозгового кровообращения не отличаются высокой эффективностью, лектор обосновал важную роль вторичных повреждающих механизмов. Ухудшение кровоснабжения обуславливает не только прямую ишемическую гибель клеток мозга. В зонах, где уровень оксигенации превышает критический порог выживания нейронов, нарушаются доставка нутриентов и удаление продуктов метаболизма, что в долгосрочной перспективе отрицательно сказывается на энергетическом и пластическом обмене уцелевших нейронов. Энергетический обмен нарушается не только из-за снижения кровотока, но и вследствие уменьшения эффективности захвата и утилизации глюкозы. Резистентность тканей ЦНС к действию инсулина является одной из основных причин развития депрессии и болезни Альцгеймера (N. Rasgon et al., 2003, 2004). Показано, что у пациентов с депрессивными расстройствами в лимбической системе значительно нарушена утилизация глюкозы (L. Baxter et al., 1985). У пациентов с СД 2 типа наблюдается более выраженная атрофия гиппокампа и других областей мозга (С. Enzinger et al., 2005). Инсулинорезистентность повышает нейротоксичность кортизола по отношению к гиппокампу, и это основной механизм, по которому изменения в эндокринном гомеостазе отрицательно влияют на настроение и функцию памяти.

Кроме того, повторные микроинфаркты вызывают активацию микроглии и астроцитов. Активация микроглиальных клеток в настоящее время рассматривается как пусковой фактор амилоидной дистрофии мозга, а амилоидоз считается основной причиной прогрессирования когнитивного дефицита вплоть до деменции.

Поэтому в лечении и профилактике сосудистой деменции традиционные средства целесообразно дополнять корректорами энергетического обмена, препаратами, уменьшающими инсулинорезистентность, стимулирующими утилизацию глюкозы (например, тиазолидиндиолами), а также средствами, которые защищают нейроны от последствий активации микроглии и действия нейротоксических цитокинов (перспективные направления синтеза и испытания новых молекул).



Тему постинсультных когнитивных и нервно-психических расстройств продолжил академик РАМН, доктор медицинских наук, профессор Н.Н. Яхно (Первый Московский государственный медицинский университет им. И.М. Сеченова), отметив общность факторов риска инсульта, сосудистой деменции и болезни Альцгеймера: возраст, наличие АГ, гена ApoE4, гиперлипидемии, СД, сердечной недостаточности. При постинсультной деменции наблюдается частое сочетание клинических и морфологических признаков цереброваскулярной патологии и болезни Альцгеймера. При проведении позитронно-эмиссионной томографии (ПЭТ) специфическое отложение амилоида в тканях головного мозга обнаруживается у 40% пациентов с постинсультной деменцией.

«Возрастные аспекты неврологии»: исследования

Докладчик представил данные обследования 120 пациентов с ишемическим инсультом в возрасте $70,9 \pm 7,4$ года, у которых проводились нейропсихиатрическое тестирование (с использованием количественных шкал и оценкой доинсультного состояния по опроснику когнитивного снижения у пожилых IQCODE), оценка некогнитивных невропсихических расстройств (по гериатрической шкале депрессии, нейропсихиатрическому опроснику), магнитно-резонансная томография (МРТ) головного мозга и определение маркеров нейродегенерации в цереброспинальной жидкости (бета-амилоид, тау-протеин). По результатам исследования были сделаны следующие выводы:

- у трети пациентов с постинсультными когнитивными нарушениями признаки когнитивного снижения наблюдались еще до инсульта, и в этих случаях постинсультные расстройства были более тяжелыми;
- когнитивные нарушения обуславливают более высокую степень инвалидизации больных при сопоставимых двигательных нарушениях;
- постинсультные когнитивные нарушения патогенетически гетерогенны, с разным вкладом сосудистого и нейродегенеративного компонентов, причем при преобладании последнего тяжесть когнитивного дефицита больше;
- клиническим признаком возможной болезни Альцгеймера у пациентов с постинсультными когнитивными нарушениями являются первичные (гиппокампальные) нарушения памяти;
- МРТ-признаком возможной болезни Альцгеймера является атрофия медиальных отделов височных долей и гиппокампа;
- достоверным признаком наличия болезни Альцгеймера является изменение концентрации в цереброспинальной жидкости бета-амилоида и фосфорилированного тау-протеина;
- альцгеймеровский профиль цереброспинальной жидкости ассоциируется с большей тяжестью постинсультных когнитивных нарушений;
- постинсультная деменция у большинства пациентов сочетается с некогнитивными невропсихическими расстройствами (апатией, депрессией, агрессивностью, тревогой, нарушениями сна, аппетита и др.).



Профессор Michael Chopp (Henry Ford Hospital, г. Детройт, США) представил данные новых экспериментальных исследований по изучению процессов, лежащих в основе восстановления неврологических функций после инсульта. Начиная лекцию, профессор М. Чопп отметил, что единственным патогенетическим лечением при остром ишемическом инсульте (ИИ) является тромболизис рекомбинантным тканевым активатором плазминогена (rt-PA). Однако даже в США только 5% пациентов с острым ИИ получают этот вид помощи, поэтому результаты тромболитической терапии практически не влияют на общую статистику исходов инсульта. Необходим поиск новых стратегий нейропротекции, которые можно было бы применить в первые дни, недели и месяцы после инсульта. До недавнего времени все усилия исследователей были направлены на защиту нейронов от гибели в зоне ишемической полутени. Новое направление поиска эффективного восстановительного лечения связано со стимулированием естественных процессов компенсации нейрональных потерь от инсульта — ангиогенеза, синаптогенеза и нейрогенеза в интактных участках ткани головного мозга, расположенных вокруг очага и в контралатеральном полушарии.

«Пластические резервы мозга настолько велики, что позволяют частично или полностью компенсировать неврологический дефицит после инсульта практически в любом возрасте, и наша задача сегодня заключается в изучении механизмов нейропластичности и поиске способов стимулировать эти естественные механизмы для ускорения восстановления пациентов после инсульта», — отметил докладчик.

Для этого могут быть использованы клеточные или медикаментозные агенты. Применение стволовых клеток демонстрирует обнадеживающие результаты в экспериментах, значительно сокращая время восстановления сенсорного дефицита на моделях ишемического инсульта у грызунов. Такие же результаты получены в исследованиях медикаментозной нейропротекции с использованием различных нейротрофических факторов и их комбинаций. В экспериментальных работах установлено, что и стволовые клетки, и нейротрофические факторы, даже чужеродные организму реципиента, запускают одни и те же эндогенные репаративные процессы:

- стимулируют выработку астроцитами поврежденного мозга фактора роста сосудов, что лежит в основе постинсультного ангиогенеза;

- индуцируют нейрогенез в субвентрикулярной зоне и дифференциацию клеток-предшественников в зрелые нейроны;

- увеличивают плотность аксонов и переориентируют аксоны вдоль границы зоны инфаркта;
- увеличивают плотность транскаллезных аксонов в контралатеральных участках коры, стимулируют ветвление дендритов.

Эти находки открывают новые перспективы создания лекарственных средств, улучшающих неврологические исходы у пациентов с инсультом, ЧМТ, внутримозговыми кровоизлияниями посредством стимуляции естественных процессов нейропластичности.



Профессор Бранислав Милованович (г. Белград, Сербия) подготовил интересный доклад из сферы кардионеврологии, в котором обосновал важную роль генетической детерминации автономной нервной регуляции сердечного ритма, а также возможности персонализированного подхода к лечению АГ на основании оценки индивидуального варианта реакции вегетативной нервной системы

на прием гипотензивных препаратов. Наследственный фактор может объяснить большую вариабельность результатов лечения АГ в клинической практике. В частности, статистически достоверная генетическая вариабельность установлена для таких показателей, как желудочковый ритм и интервал P-R (период деполяризации предсердий), которые отражают вариант вегетативной регуляции ритма сердца. Установлено, что оценку генетически обусловленного соотношения влияния симпатической и парасимпатической нервной системы на показатели гемодинамики и вероятность ответа на тот или иной гипотензивный препарат можно с высокой точностью дать при применении такого относительно доступного метода, как спектральный анализ суточной записи электрокардиограммы (ЭКГ). На примере наблюдений нескольких групп пациентов профессор Б. Милованович рассмотрел возможности персонализированного прогнозирования терапевтического ответа и подбора дозы для таких гипотензивных средств, как амлодипин, карведилол, бисопролол, пропранолол, лосартан.

Например, лучший ответ на амлодипин отмечался у тех пациентов с АГ, которые по результатам спектрального анализа ЭКГ демонстрировали доминирование симпатического тонуса над парасимпатическим как до приема препарата, так и в первые 3 недели от начала лечения (12,3% пациентов). Несколько худшими были результаты лечения больных, у которых при исходном доминировании симпатического влияния на сердце после начала приема препарата усиливались парасимпатические влияния (26%). Слабый ответ был отмечен в группе пациентов, у которых парасимпатический тонус после начала приема амлодипина сменился на симпатический (43,8%). Полное отсутствие ответа на амлодипин отмечалось у пациентов с преобладанием парасимпатического тонуса автономной нервной системы как до приема препарата, так и в ответ на его назначение (17,8%).

Исследования генетического полиморфизма в кардионеврологии приближают современную медицину к принципу, заложенному еще в античные времена, — лечить больного, а не болезнь.

По традиции встреч в г. Судаке последующие тематические заседания проходили параллельно в нескольких конференц-залах, так что участники мероприятия — специалисты разных направлений клинической неврологии, психиатрии и других дисциплин могли выбрать для себя наиболее интересные темы и выступления. В первый день состоялись заседания «Этиопатогенез, диагностика и лечение инсульта», «Факторы риска развития цереброваскулярной патологии», «Нейроинфекция. Рассеянный склероз. Паркинсонизм», «Когнитивные и психоэмоциональные нарушения», «Боль».

Второй день конференции открыла содержательная лекция профессора С.М. Винничука (Национальный медицинский университет им. А.А. Богомольца, г. Киев) «Алгоритм ведения больных инсультом», в которой один из ведущих отечественных специалистов в области инсульта подробно рассмотрел современные принципы объективизации неврологического статуса при инсульте с помощью специальных клинических шкал, их преимущества и недостатки, а также возможности и перспективы нейропротекторной терапии в остром периоде ИИ и геморрагического инсульта.

Большой интерес слушателей вызвал доклад академика А.А. Скоромца (г. Санкт-Петербург, Россия) «Современное учение о спондилогенной патологии нервной системы».



В это же время в других залах проходили заседания «Современные стратегии терапии острых нарушений мозгового кровообращения», «Актуальные проблемы детской неврологии», а также ряд спутных симпозиумов.

В третий день мероприятия состоялись заседания «Ишемический инсульт: современные стратегии профилактики и реабилитации», «Терапевтические аспекты хронической ишемии мозга», «Клиническая нейрофизиология».

Спутные симпозиумы, организованные при поддержке зарубежных и отечественных фармацевтических компаний, также несли много ценной для практических врачей информации. На симпозиуме компании «Никомед» «Комплексный подход к профилактике и терапии заболеваний периферической нервной системы» украинские ученые-клиницисты затронули сразу несколько тем из данного направления клинической неврологии, такие как травматическое поражение лицевого нерва (профессор Л.А. Дзяк, г. Днепрпетровск), алкогольная полинейропатия (профессор Т.С. Мищенко, г. Харьков), миофасциальные болевые синдромы (профессор О.Г. Морозова, г. Харьков), диабетическая полинейропатия (профессор Е.Л. Товажнянская, г. Харьков).

Спутный симпозиум компании «Фармак» «До и после инсульта» был посвящен вопросам первичной и вторичной профилактики сосудистых мозговых катастроф, в частности роли гиполипидемической терапии.

Симпозиум компании «Дилео Фарма» был посвящен роли холинергических систем в терапии заболеваний ЦНС. Холинергическая система головного мозга принимает участие в поддержании уровня сознания, обеспечивает спонтанную двигательную активность, регулирует эмоциональное поведение, память и волевые акты. Дефицит ацетилхолина возникает при любом остром поражении мозга (инсульте, травме), а также прогрессирует по мере старения. Нарушения холинергической нейротрансмиссии создают фундамент для когнитивного снижения вплоть до деменции, развития нейродегенеративной и психической патологии. Свою точку зрения на возможности целенаправленной фармакологической коррекции холинергических нарушений в клинической практике невролога высказали академик РАМН А.А. Скоромец, профессора Т.С. Мищенко, Е.А. Статинова, член-корреспондент НАМН Украины С.М. Кузнецова.

Спутный симпозиум компании «Абботт» «Головокружение — симптом болезни или состояние души?» проходил с участием специального гостя из России — практического отоневролога, доктора медицинских наук Н.С. Алексеевой, которая подробно рассмотрела принципы и методы отоневрологической диагностики центрального и периферического головокружения и представила алгоритм обследования больных с жалобами на головокружение, шум и звон в ушах, снижение слуха. Профессор Л.А. Дзяк рассмотрела особенности диагностики и лечения различных вестибулярных синдромов, напомнила принципы и задачи вестибулярно-адаптивной терапии со стимуляцией компенсирующих сенсорных систем. Научные доклады удачно дополнила яркая арт-лекция профессора Л.Л. Корсунской (Крымский государственный медицинский университет им. С.И. Георгиевского, г. Симферополь), которая продемонстрировала, как часто тема головокружения присутствует в классических и современных произведениях искусства и какую роль вестибулярная дисфункция сыграла в жизни некоторых исторических личностей: голландского художника Винсента Ван Гога (1853-1890), немецкого теолога и реформатора церкви Мартина Лютера (1483-1546), писателя Джонатана Свифта (1667-1745) и Эриха Марии Ремарка (1898-1970), французского поэта-просветителя Жан-Жака Руссо (1712-1778).

Традиционная конференция в г. Судаке привлекает внимание участников не только интересной и содержательной научной программой, но и возможностью встретиться со старыми друзьями, обсудить междисциплинарные проблемы с коллегами, задать интересующие вопросы лидерам мнения в той или иной сфере клинической неврологии.

Расширенные обзоры некоторых пленарных заседаний и спутных симпозиумов конференции вы найдете на страницах этого номера.

Подготовил **Дмитрий Молчанов**
Фото автора