



№ 4 (11) 2019

НЕВРОЛОГИЯ

СЕГОДНЯ

СПЕЦИАЛИЗИРОВАННАЯ ГАЗЕТА
ДЛЯ НЕВРОЛОГОВ

ОТ РЕДАКЦИИ

АКТУАЛЬНО



Сергей Сергеевич НИКИТИН

Главный редактор газеты «Неврология сегодня», врач-невролог, д.м.н., профессор, председатель РОО «Общество специалистов по нервно-мышечным болезням»

Дорогие коллеги!

Поздравляем вас и ваших близких с наступающим Новым годом и грядущим Рождеством! Пусть уйдут в прошлое все тревоги и очередной год будет наполнен только интересными событиями, творческими успехами и профессиональными достижениями!

Любой успех должен быть спланирован, что позволит сделать представленный календарный план основных мировых неврологических мероприятий. Обратите внимание, сколько конгрессов посвящено проблемам расстройств функции центральной нервной системы, возрастной неврологии и нейронаукам. В России готовится конференция по персонализированному лечению нервных болезней.

На этот раз в центре нашего внимания оказались «краеугольные камни» неврологии. Последний выпуск газеты за 2019 год открывает материал о помощи при рассеянном склерозе — заболевании, переставшем быть для пациента пугающим приговором. Ведущий специалист по демиелинизирующим болезням центральной нервной системы Стелла Анатольевна Сиверцева, отвечая на вопросы, подчеркивает, что сегодня, находясь в тесном контакте с лечащим врачом и получая адекватное лечение, можно планировать свою жизнь без отказа от социальной активности и даже беременности.

Серьезной проблемой стареющего населения планеты остается деменция, безжалостная не только к пациенту, но и к его окружению. Обсуждаются особенности ухода за такими больными, современные лечебные подходы — лекарственные и немедикаментозные.

Истинные причины мигрени — еще одного «бича человечества» — справедливо не дают покоя врачам со времен Гипократа. Мы расскажем о том, какие исследования проводятся в этом направлении и какими данными на сегодняшний день располагает наука.

Неожиданные результаты положительного действия антикоагулянтов при нейродегенеративных заболеваниях ставят вопрос о клинических испытаниях этого класса фармакологических агентов у страдающих болезнью Альцгеймера.

История всегда дает о себе знать уроками из прошлого. Завершает номер очерк, посвященный непростой судьбе выдающегося немецкого невролога и генетика Петера Беккера.

Рассеянный склероз можно контролировать и лечить

Рассеянный склероз (РС) — это болезнь молодых. Чаще всего она поражает людей в возрасте 18–40 лет. В России по разным оценкам от 70 до 150 тыс. пациентов с РС, а во всем мире — более 2,3 млн. Понятно, что у каждого имеются особенности течения заболевания. Мы побеседовали со Стеллой Анатольевной Сиверцевой о высокоактивной форме болезни, обсудив в том числе современные возможности и сложности терапии.



Стелла Анатольевна СИВЕРЦЕВА

Врач-невролог, д.м.н., руководитель Тюменского областного центра рассеянного склероза

— Стелла Анатольевна, могут ли рядовые практикующие врачи «на местах» своевременно поставить диагноз пациенту с РС?

— Безусловно, однако на практике это оказывается достаточно сложной задачей. Важно помнить, что дебют РС может быть как поли-, так и моносимптомным. Поэтому врачам нужно стремиться к высокому уровню осведомленности об этой нозологической форме.

Если появляются симптомы, связанные с поражением центральной нервной системы (ЦНС) (наиболее часто встречающиеся: односторонний неврит зрительного нерва; синдром хронической усталости; чувствительные, тазовые, двигательные нарушения),

пациент направляется в центр рассеянного склероза, где ему назначаются необходимые обследования, в т.ч. в обязательном порядке — магнитно-резонансная томография (МРТ).

Существуют международные критерии Макдональда (W.I. McDonald), на основании которых выставляется диагноз РС. Они регулярно пересматриваются; на сегодняшний день в мире используют обновленные критерии 2017 года. Конечно, это огромное подспорье в более оперативной и точной диагностике. Чем раньше мы установим наличие заболевания и определим его форму, тем раньше назначим лечение и, соответственно, сможем ожидать более благоприятный прогноз.

— Какие признаки говорят о том, что речь идет именно о высокоактивном РС (ВАРС)? Какого рода сложности встречаются при постановке данного диагноза?

— Высокая активность рассеянного склероза предполагает наличие двух и более обострений на протяжении одного года, а также признаков активности процесса по данным МРТ головного и/или спинного мозга в сравнении с предыдущими результатами.

Следует сказать, что сравнивать результаты МРТ, выполненной в разное время на протяжении болезни, очень важно. Для этого, разумеется, такие исследования должны быть сопоставимы — желательно проводить их на одном и том же аппарате или хотя бы в условиях одинаковой напряженности магнитного поля. Данные МРТ, полученные на аппарате 3 Т, сравнивать с таковыми при 1,5 Т не всегда корректно.

К сожалению, далеко не каждый невролог может грамотно оценить МРТ-картину, а рентгенологи зачастую не используют необходимые протоколы исследования. Кроме того, врачебная загруженность в рутинной медицинской практике часто не позволяет глубоко вникнуть в клиническую картину пациента.

— Среди пациентов с РС много женщин детородного возраста. Как быть с беременностью — например, может ли РС возникнуть в этот период? Если уже есть предпосылки к заболеванию, можно ли женщине планировать беременность?

→ 2

НОВОСТЬ

Против тромбозов и болезни Альцгеймера

Список лекарственных средств, назначаемых пациентам с болезнью Альцгеймера (БА), может расширяться за счет антикоагулянтов.

Эксперименты на мышах, проведенные группой ученых из Испанского исследовательского центра сердечно-сосудистых заболеваний во главе с д-ром Мартой Кортес Кантели совместно с коллегами из Университета Рокфеллера (Нью-Йорк), продемонстрировали способность антикоагулянтов защищать мозг от повреждений, вызывающих старческое слабоумие.

БА является наиболее распространенной формой деменции — нейродегенеративного

состояния, характеризующегося прогрессирующей потерей памяти. Научные изыскания последних лет связывают данное заболевание с ухудшением кровообращения головного мозга, что ведет к недостаточному снабжению его клеток кислородом и питательными веществами. Это и подтолкнуло команду д-ра Кортес Кантели изучить воздействие на мозг антикоагулянтов. Выбор пал на дабигатран, обладающий по сравнению с другими представителями этой группы меньшими побочными эффектами.

У животных, которым в течение года давали препарат, не наблюдалась потеря памяти и поддерживался нормальный моз-

говой кровотоков в отличие от контрольной группы, не получавшей лечения. Антикоагулянтная терапия также существенно уменьшала типичные проявления БА: воспаление вещества мозга и образование бета-амилоидных (сенильных) бляшек.

Это наблюдение знаменует важный шаг вперед в лечении болезни Альцгеймера. Однако до внедрения антикоагулянтов в практику неврологов и психиатров еще предстоит проделать немалый путь. Необходимо будет провести клинические испытания и разработать комбинированную терапию, направленную на различные процессы, происходящие при этом заболевании.

АКТУАЛЬНО

Рассеянный склероз можно контролировать и лечить

«1 — Планировать беременность можно и нужно. В Европе с 2016 г. разрешен к использованию у беременных оригинальный препарат для лечения РС. Если забеременела женщина, получающая терапию 1-й линии, она может продолжить курс лечения. Помимо этого, 15-летний опыт наблюдения пациенток, которым назначали интерфероны (IFN), показал, что эти лекарства достаточно безопасны и никаких последствий для будущего ребенка нет. С октября 2019 г. Европейское медицинское агентство изменило инструкцию по применению IFN и одобрило использование их во время беременности при наличии медицинских показаний, а также во время лактации.

Если молодая женщина планирует беременность, а у нее высокая активность течения РС, то, конечно, желательно сначала пройти курс лечения и подавить эту активность. Сейчас существуют средства, показавшие высокую эффективность при ВАРС — например, препараты на основе моноклональных антител. Некоторые из этих лекарств позволяют уже через 4 месяца после окончания курса лечения ставить вопрос о планировании беременности.

— Теперь о том, что касается непосредственно мозга — можно ли замедлить разрушение его миелиновой оболочки? Патологическая сущность РС заключается не только в демиелинизации. Начиная с ранних стадий болезни наблюдается такое явление, как нейродегенерация. В совокупности эти процессы приводят к уменьшению объема мозгового вещества.

— Хорошая новость заключается в том, что сегодня мы способны затормозить этот регресс нервной ткани. Международные клинические исследования, такие как CARE-MS I и CARE-MS II, а также 9-летний опыт наблюдения за получающими терапию алемтузумабом продемонстрировали, что можно замедлить не только нарастание инвалидизации, но и снижение объема вещества головного мозга.

— Для пациентов, особенно молодых, очень важно не выпасть из активного ритма жизни. Возможно ли это при ВАРС?

— Да, конечно. Сегодня благодаря терапевтическим возможностям поменялось отношение к заболеванию в целом. В нашей клинической практике есть пример, когда пациенту было назначено адекватное лечение, и он находится в стабильном состоянии уже несколько лет. Этот человек ведет исключительно (я бы даже сказала — чрезмерно) активный образ жизни, хотя мы этого не рекомендуем, чтобы не спровоцировать обострение болезни. Еще один случай, когда лечение было успешно применено у молодой женщины — матери двоих детей. На фоне терапии 1-й линии у нее имели место обострения, требующие назначения кортикостероидов: при МРТ тоже отмечалась отрицательная динамика. В результате использования терапии иммунной реконструкции ее состояние стабилизировалось, обострений нет. Оба пациента находятся под наблюдением с ежемесячным контролем лабораторных показателей. Тем не менее, нельзя забывать о том, что при назначении препаратов для лечения РС обязательна оценка риска возникновения нежелательных явлений. В каждом случае нужны индивидуальный подход и внимание к пациенту.

— Если посмотреть масштабно, то как помогает государство в вопросе терапии РС и ВАРС? Известно, что в других странах, например в Израиле, существуют обширные программы по лечению этого заболевания.

— Я считаю, что подобное сравнение не совсем корректно: численность населения, территория стран и количество пациентов несопоставимы.

Если же говорить конкретно о наших возможностях и перспективах, то в России есть федеральная программа «12 нозологий», в которую включено такое заболевание, как рассеянный склероз. И, насколько я владею информацией, практически все больные РС, у которых имеются показания, могут получать терапию 1-й и 2-й линий по этой программе. Кроме того, часть пациентов могут получать лечение, финансируемое по линии региональных программ. Кстати, в июле этого года перечень используемых в «12 нозологий» препаратов рекомендовано пополнить алемтузумабом. Очень многое зависит от решения врачебной комиссии и лечащего врача-невролога, желающего помочь своему пациенту. Чего нам действительно не хватает и что нужно развивать — это программы реабилитации. Данное направление представляется очень перспективным.

— Что бы вы изменили в существующих государственных подходах, будь у вас такая возможность?

— Хотелось бы на законодательной основе создать специализированные центры РС на всей территории России (по аналогии с центрами для лечения инсультов), чтобы качественная медицинская помощь и лече-

ние были доступны не только в таких крупных центрах, как Москва, Санкт-Петербург, Новосибирск, Тюмень, но и в других городах. Для этого прежде всего нужно решить вопросы с диагностикой — обеспечить регионы соответствующим оборудованием, обучить специалистов, выделить ставки. Терапия РС — процесс серьезный и кропотливый. Современные подходы к лечению РС в чем-то схожи с используемыми в гематологии и онкологии. Мы аналогичным образом подбираем препараты, дозы, оцениваем риски, контролируем нежелательные явления. Чрезвычайно важен контроль за терапией со стороны лечащего врача; он должен обладать современным уровнем знаний, уметь соотносить пользу и риски для каждого пациента.

— Как долго вы работаете над проблемой РС? С чем был связан ваш выбор?

— Я занимаюсь этим с 1996 года, когда, еще обучаясь в аспирантуре, стала присутствовать на приемах больных с РС у своего научного руководителя. В ходе подготовки кандидатской диссертации и ее защиты моим оппонентом была Мария Николаевна Захарова — федеральный эксперт по диагностике и лечению демиелинизирующих и нейродегенеративных заболеваний ЦНС. Это, несомненно, оказало влияние на мою профессиональную ориентацию. РС — это в определенном смысле «интересная» для врача болезнь, которую сейчас можно контролировать и лечить, реально помогая еще не так давно считавшимся бесперспективными пациентам.

Беседовала Оксана Строковская

XVI
www.veinconference.paininfo.ru

Вейновские чтения
16-я ежегодная конференция посвященная памяти академика А.М. Вейна

27–29 февраля 2020

Получить подробную информацию и зарегистрироваться на Конференцию Вы сможете на сайте: www.veinconference.paininfo.ru

Место проведения Конференции:
Конгресс-парк гостиницы «Рэдиссон Коллекшн, Москва» (Кутузовский проспект, д. 2/1, стр. 1).

Реклама

НЕ ПРОСТО ИЗДАТЕЛЬСТВО – СООБЩЕСТВО МЕДИЦИНСКИХ СПЕЦИАЛИСТОВ
www.abvpress.ru

ГАЗЕТЫ

Онкология Сегодня | Урология сегодня
СОВРЕМЕННАЯ КАРДИОЛОГИЯ | НЕВРОЛОГИЯ СЕГОДНЯ
ПЕДИАТРИЯ СЕГОДНЯ | Акушерство и гинекология

ЖУРНАЛЫ

ОНКОУРОЛОГИЯ | Опухоли ГОЛОВЫ и ШЕЙ
Тазовая хирургия и онкология | ОНКО ГЕМАТОЛОГИЯ
КЛИНИЦИСТ | УСПЕХИ МОЛЕКУЛЯРНОЙ ОНКОЛОГИИ
АНДРОЛОГИЯ И ГЕНИТАЛЬНАЯ ХИРУРГИЯ | ОНКО ПАТОЛОГИЯ
ДЕТСКОЙ НЕВРОЛОГИИ | Опухоли ЖЕНСКОЙ РЕПРОДУКТИВНОЙ СИСТЕМЫ
НЕЙРОХИРУРГИЯ | Нервно-мышечные БОЛЕЗНИ
МЕДИЦИНСКИЙ ТУРИЗМ | Российский Биотерапевтический Журнал

Реклама

«Головная боль» медицины: экспериментальные модели мигрени

По данным Всемирной организации здравоохранения, головная боль является одной из самых распространенных жалоб человечества и занимает первое место среди всех болевых синдромов. Согласно исследованиям, 95 % мужчин и 99 % женщин хотя бы раз в жизни испытывали головные боли или дискомфорт в голове, а в половине случаев эти жалобы возникали неоднократно.

Среди всех головных болей выделяют первичные и вторичные цефалгии, при которых боль является проявлением другого заболевания. Чаще всего причиной обращения к врачу являются первичные головные боли, в ряду которых лидирующие позиции занимает мигрень. Мигрень — хроническое заболевание, которое характеризуется комплексом симптомов, включающим одностороннюю, локализованную преимущественно в лобно-височной или затылочной областях, пульсирующую и продолжительную, в среднем от 4 до 72 часов, головную боль, часто сопровождающуюся тошнотой или рвотой, а также повышенной реакцией на световые или звуковые раздражители.

Пациенты с мигренью требуют особого отношения не только из-за тяжести клинических проявлений болезни, но и по причине ее социального значения: снижения уровня работоспособности и качества жизни во время приступа, экономических затрат на обследование и лечение. Всемирная организация здравоохранения относит мигрень к наиболее дезадаптирующим хроническим заболеваниям.

До сих пор мигрень остается терапевтической проблемой из-за отсутствия однозначных представлений о ее патогенезе.

В середине — конце XX в. была популярна концепция мигрени как первично-сосудистой патологии, согласно которой в основе развития мигренозной атаки лежит изменение тонуса вне- и внутричерепных сосудов. Действительно, внутричерепное расширение сосудов довольно просто объясняет развитие цефалгии, но при этом не раскрывает причин многообразия клинических проявлений мигрени.

Последние два десятилетия все больше сторонников находит тригемино-вазкулярная теория, согласно которой мигрень развивается вследствие асептического воспаления оболочек головного мозга. Спонтанно или под действием триггерных факторов происходит деполяризация афферентных периваскулярных окончаний тройничного нерва, высвобождаются химически активные вещества, обладающие сосудорасширяющими, провоспалительными, аллогенными свойствами. В условиях асептического воспаления, увеличения просвета сосудов и проницаемости их стенок возникает ноцицептивный импульс, передающийся по периваскулярным волокнам тройничного нерва в спинальное ядро, далее к стволовым и супрануклеарным структурам головного мозга (таламус, кора), что и проявляется характерным болевым синдромом (рис. 1).

Одним из симптомов мигрени, значительно снижающих качество жизни и работоспособность, является избыточная чувствительность к раздражителям, преимущественно световым и звуковым. В результате повреждения тканей выделяется

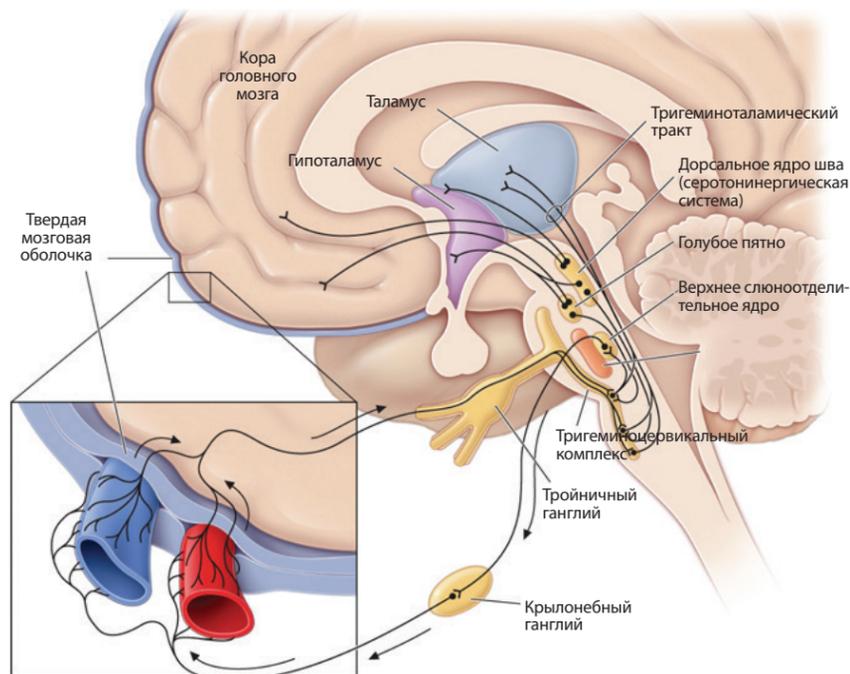


Рис. 1. Тригемино-вазкулярный путь

комплекс веществ, содержащий серотонин, гистамин, простагландины и иные субстанции, которые играют не только аллогенную роль, но и сенситизируют периферические окончания тройничного нерва. Это приводит к снижению порога чувствительности. Как результат, привычные внешние раздражители становятся болезнетворными, и развиваются фото- и фонофобия.

Что же касается ауры мигрени, то ее развитие связывают с распространяющейся по коре головного мозга волной деполяризации — так называемой кортикальной депрессией. Данный феномен рассматривается как следствие повышающегося в ходе мигренозной атаки уровня сенситизации.

МОДЕЛИ НА ЖИВОТНЫХ

Бесспорно, лучшим объектом для изучения заболевания является непосредственно пациент во время приступа, однако морально-этические нормы не позволяют проводить экспериментальные исследования на человеке. Используя все существующие теории патогенеза мигрени и сопутствующих ей состояний, ученые неоднократно пытались создать модель для изучения биохимических процессов и подбора эффективного лечения на животных.

Сегодня есть возможность достаточно точно воспроизводить отдельные звенья патогенеза мигрени. Ограничением всех экспериментальных исследований на животных является невозможность оценить их субъективные ощущения. Однако это не исключает возможности нейрофизиологической оценки состояния различных структур головного мозга, предположительно участвующих в развитии мигрени. Согласно результатам изучения лабораторных моделей, у подопытных также развиваются специфические симптомы повы-

шенного порога чувствительности, такие как аллодиния, фото- и фонофобия, а также изменение давления и пульса во время приступа головной боли.

ОКИСЬ АЗОТА

Известно, что вещества-доноры монооксида азота (NO), такие как нитроглицерин, вызывают у пациентов мигреноподобную головную боль. В опытах на крысах ученые продемонстрировали механизм развития сверхчувствительности к раздражителям: прием нитратов сопровождается не только расширением церебральных сосудов, что ранее расценивалось в пользу вазкулярной теории мигрени, но и усилением ответа клеток спинального ядра тройничного нерва на афферентные сигналы, повышением возбудимости тригеминальных окончаний, иннервирующих твердую мозговую оболочку, и, как следствие, развитием головной боли. Этот механизм был подтвержден и другими исследователями, которые использовали в качестве модели кошек.

«ВОСПАЛИТЕЛЬНЫЙ СУП»

В ряде экспериментов воспроизводили патогенетическую картину местного менинговакулита: на поверхность твердой мозговой оболочки крыс наносили аппликации с так называемым «воспалительным супом». Данная смесь включает серотонин, гистамин, брадикинин и простагландины, то есть те химически активные вещества, которые обычно выделяются в очаге воспаления и способны сенситизировать афферентную болевую иннервацию. Нанесение подобного раздражителя влечет за собой продолжительное увеличение активности нейронов тройничного ганглия, а также снижение их порога возбудимости по отношению к тем или иным раздражителям.

Описанные изменения представляют собой основную часть в общем механизме формирования головной боли.

ГЕНЕТИЧЕСКАЯ МОДЕЛЬ

Для изучения генетики мигрени была создана линия мышей, экспрессирующих гены, характерные для семейной формы заболевания с гемиплегией. В ходе исследования у животных была выявлена мутация в подтипе потенциал-зависимого кальциевого канала, типичного для коры головного мозга, которая приводила к усилению притока кальция в клетки. В ответ на возрастающую секрецию глутамата, обладающего возбуждающим действием, повышалась вероятность развития кортикальной распространяющейся депрессии (КРД) — медленно распространяющейся (2–5 мм/мин) волны деполяризации нейронов и глиальных клеток с последующими временной супрессией спонтанной нейрональной активности, изменениями клеточного метаболизма, сосудистого тонуса и скорости кровотока. Предполагается, что механизм развития некоторых наследственных форм мигрени имеет схожие черты с описанным экспериментом (рис. 2).

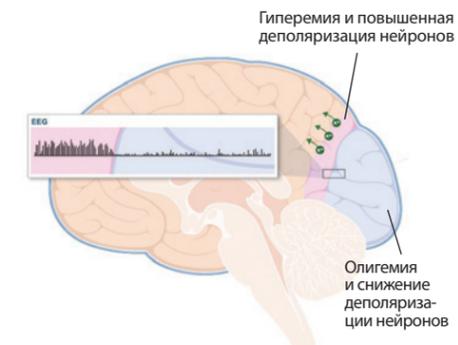


Рис. 2. Механизм кортикальной распространяющейся депрессии

Позднее на крысах была продемонстрирована связь между возникновением КРД и формированием болевого синдрома. После КРД нарастание электрической активности ноцицептивных нейронов тригеминальных ганглиев регистрировалось с задержкой, что довольно типично для мигрени с аурой. Таким образом был воспроизведен один из возможных вариантов развития мигрени, связывающий в единую схему возникновение КРД, сенситизацию и активацию ноцицептивной системы.

До сих пор нет единого представления о патогенезе мигренозного приступа. Это существенно тормозит создание более эффективных терапевтических подходов к лечению мигрени. Существующие препараты облегчают клинические проявления заболевания не более чем на 60–65 %. Поэтому вопрос о создании идеальной «живой модели» для изучения этой болезни остается открытым.

ЯНВАРЬ						
Пн	6	13	20	27		
Вт	7	14	21	28		
Ср	1	8	15	22	29	
Чт	2	9	16	23	30	
Пт	3	10	17	24	31	
Сб	4	11	18	25		
Вс	5	12	19	26		

ФЕВРАЛЬ						
Пн	3	10	17	24		
Вт	4	11	18	25		
Ср	5	12	19	26		
Чт	6	13	20	27		
Пт	7	14	21	28		
Сб	1	8	15	22	29	
Вс	2	9	16	23		

МАРТ						
Пн	2	9	16	23	30	
Вт	3	10	17	24	31	
Ср	4	11	18	25		
Чт	5	12	19	26		
Пт	6	13	20	27		
Сб	7	14	21	28		
Вс	1	8	15	22	29	

АПРЕЛЬ						
Пн	6	13	20	27		
Вт	7	14	21	28		
Ср	1	8	15	22	29	
Чт	2	9	16	23	30	
Пт	3	10	17	24		
Сб	4	11	18	25		
Вс	5	12	19	26		

МАЙ						
Пн	4	11	18	25		
Вт	5	12	19	26		
Ср	6	13	20	27		
Чт	7	14	21	28		
Пт	1	8	15	22	29	
Сб	2	9	16	23	30	
Вс	3	10	17	24	31	

ИЮНЬ						
Пн	1	8	15	22	29	
Вт	2	9	16	23	30	
Ср	3	10	17	24		
Чт	4	11	18	25		
Пт	5	12	19	26		
Сб	6	13	20	27		
Вс	7	14	21	28		

10–12
США, Форт-Лодердейл
Ежегодный съезд Американского общества по восстановлению периферических нервов peripheralnerve.org

16–17
Португалия, Лиссабон
Всемирный саммит по неврологии и нейрохирургии neurosciencecongress.neurologyconference.com

22
Россия, Санкт-Петербург
Научно-практическая конференция неврологов «5-я ежегодная Школа дежурного невролога 2020» www.1spbmgmu.ru

23–24
Таиланд, Бангкок
12-й Всемирный конгресс, посвященный болезни Альцгеймера и деменции alzheimersdemencia.neurologyconference.com

24
Россия, Москва
Ежегодная научно-практическая конференция «Актуальные вопросы нейроофтальмологии. Зрительный анализатор: анатомия, физиология, патология» www.eecmedical.ru

5
Россия, Москва
Научно-практический семинар по неврологии «Шкалы для оценки состояния пациентов с острым инсультом (NIHSS, Рэнкин, Ривермид). Тромболитическая терапия при ишемическом инсульте» med-marketing.ru

10–13
Россия, Казань
Нейрофорум «Неделя Неврологии в Казани-2020» kazangtmu.ru

11–12
Россия, Санкт-Петербург
Российская научно-практическая конференция «Менингококковая инфекция — недооцененные проблемы. Другие бактериальные и вирусные поражения нервной системы» congress-ph.ru/

24–25
Россия, Москва
Междисциплинарная всероссийская конференция «Диагностика и лечение пациентов с диагнозом спинальная мышечная атрофия. Дифференциальный диагноз» neuromuscular.ru

24–25
Великобритания, Лондон
29-й Всемирный конгресс по терапии в неврологии www.neurologyconference.com

27–29
Россия, Москва
XVI междисциплинарная конференция с международным участием «Вейновские чтения» www.veinconference.paininfo.ru

28–29
Россия, Омск
Межрегиональный научно-практический конгресс с международным участием «Сибирская школа клинической неврологии» www.neurosiberia.com

29
Россия, Москва
Научная конференция «Доказательная Неврология» evidencebasedneurology.ru

09–10
Португалия, Лиссабон
2-й Всемирный конгресс по заболеваниям мозга www.braindisorderconferences.org

16–17
Россия, Москва
7-я Всемирная конференция по неврологии и нейрохирургии www.meetingsint.com

16–17
Германия, Берлин
24-я Международная конференция по неврологии и нейрофизиологии neurophysiology.neuroconferences.com

19–20
Россия, Смоленск
Научно-практическая конференция «Актуальные вопросы современных нейронаук» med-marketing.ru

23–26
Франция, Париж
6-й Конгресс Европейской академии неврологии www.ean.org

24–26
Германия, Баден-Баден
7-я Международная конференция по стимуляции мозга nibs-conference.de

25
Россия, Самара
Научно-практическая конференция «Эпилепсия — мультидисциплинарная проблема» med-marketing.ru

26–28
Германия, Баден-Баден
DGKN Congress 2020 — Конгресс по нейрофизиологии и функциональной визуализации www.dgkn-kongress.de

26–29
Великобритания, Лондон
14-й Всемирный конгресс по проблемам в неврологии — CONy 2020 worldexpo.pro

30–31
Япония, Осака
Всемирный конгресс по нейронауке и заболеваниям мозга www.coalesceresearchgroup.com

3
Россия, Хабаровск
Региональная конференция Междисциплинарная неврология intermeda.ru

6–7
ОАЭ, Дубай
8-я Международная конференция по неврологии и нейронауке neuroscience.alliedacademies.com

9
Россия, Москва
Научно-практический семинар «Персонализированная терапия демиелинизирующих заболеваний» med-marketing.ru

13–14
Великобритания, Лондон
6-я Международная конференция, посвященная заболеваниям позвоночника spine.neurologyconference.com

14–16
Россия, Санкт-Петербург
Всероссийская научно-практическая конференция «Поленовские чтения» www.almazovcentre.ru

17–18
Россия, Москва
Научно-практическая конференция АСКЛИН «Диагностика и лечение пациентов с диагнозом спинальная мышечная атрофия. Дифференциальный диагноз» www.ionmrussia2020.com

22–21
Франция, Париж
Конгресс по фетальной и неонатальной неврологии www.mcascentificevents.eu

23–24
Канада, Ванкувер
5-й Всемирный конгресс по неврологии и психическим расстройствам www.scientificfederation.com

8–9
Чехия, Прага
4-й Всемирный конгресс по неврологии cordis.europa.eu

11–12
Италия, Рим
6-я Международная конференция по неврологическим расстройствам при инсульте stroke.global-summit.com

12–15
Австрия, Вена
Конференция Европейской организации инсульта совместно с Всемирной организацией инсульта eso-wso-conference.org

15
Россия, Иваново
X Межрегиональная научно-практическая конференция «Бурцевские чтения» neurosoft.com

18–19
Япония, Осака
16-й Всемирный конгресс, посвященный нейродегенеративным расстройствам при деменции vasculardementia.neuroconferences.com

23–26
Франция, Париж
6-й Конгресс Европейской академии неврологии, www.ean.org

26–28
Россия, Москва
XII Всероссийский научно-образовательный форум с международным участием «Медицинская диагностика — 2020» www.mediexpo.ru

26–29
Россия, Москва
Всероссийский нейрохирургический форум scaf-spb.ru

4–5
Россия, Москва
XII Международный конгресс «Нейрореабилитация — 2020» congress-neuro.ru

4–5
Россия, Санкт-Петербург
X Юбилейный балтийский конгресс по детской неврологии www.valetudo-conf.com

5–6
Россия, Москва
Мастер-класс по теме: «Современные методы диагностики и лечения головокружения» intermeda.ru

8–10
Испания, Барселона
Международная конференция по неврологии и нейронауке ICNN 2020 frontiersmeetings.com

15–17
Франция, Париж
4-я Международная конференция по неврологии и заболеваниям мозга european.neurologyconferences.com

18–20
Испания, Валенсия
Международная конференция, посвященная заболеваниям мозга www.neurology-conferences.hazelgroup.org

22–23
Чехия, Прага
12-я Международная конференция по сосудистой деменции vasculardementia.conferenceseries.com

24–25
Швейцария, Цюрих
34-й Европейский неврологический конгресс www.neurologyconference.com



Мероприятий 2020

ИЮЛЬ

Пн	6	13	20	27	
Вт	7	14	21	28	
Ср	1	8	15	22	29
Чт	2	9	16	23	30
Пт	3	10	17	24	31
Сб	4	11	18	25	
Вс	5	12	19	26	

АВГУСТ

Пн	3	10	17	24	31
Вт	4	11	18	25	
Ср	5	12	19	26	
Чт	6	13	20	27	
Пт	7	14	21	28	
Сб	1	8	15	22	29
Вс	2	9	16	23	30

СЕНТЯБРЬ

Пн	7	14	21	28	
Вт	1	8	15	22	29
Ср	2	9	16	23	30
Чт	3	10	17	24	
Пт	4	11	18	25	
Сб	5	12	19	26	
Вс	6	13	20	27	

ОКТАБРЬ

Пн	5	12	19	26	
Вт	6	13	20	27	
Ср	7	14	21	28	
Чт	1	8	15	22	29
Пт	2	9	16	23	30
Сб	3	10	17	24	31
Вс	4	11	18	25	

НОЯБРЬ

Пн	2	9	16	23	30
Вт	3	10	17	24	
Ср	4	11	18	25	
Чт	5	12	19	26	
Пт	6	13	20	27	
Сб	7	14	21	28	
Вс	1	8	15	22	29

ДЕКАБРЬ

Пн	7	14	21	28	
Вт	1	8	15	22	29
Ср	2	9	16	23	30
Чт	3	10	17	24	31
Пт	4	11	18	25	
Сб	5	12	19	26	
Вс	6	13	20	27	

11–15

Великобритания, Глазго
Форум европейской нейронауки
forum2020.fens.org

13–14

Ирландия, Дублин
31-я Международная неделя
нейронауки
neurocongress.euroscicon.com

17–18

Финляндия, Хельсинки
2-й Всемирный конгресс
по эпилепсии
epilepsycongress.neuroconferences.com

22–23

Австралия, Мельбурн
2-й Всемирный конгресс, посвя-
щенный достижениям в лечении
черепно-мозговых травм
braindisorders-therapeutics.
neurologyconference.com

10–15

Швеция, Стокгольм
Международный саммит, по-
священный депрессии, тревожным
расстройствам и управлению
стрессом
stressdisorder.psychiatrycongress.com

17–18

Дания, Копенгаген
10-я Международная конференция
по черепно-мозговым травмам
braininjury.conferenceseries.com

21–22

Франция, Париж
8-я Международная конференция,
посвященная терапии при
заболеваниях мозга
braindisorders.neuroconferences.com

21–22

Франция, Париж
9-я Международная конференция,
посвященная неврологическим
расстройствам при инсульте
stroke.neurologyconference.com

26–27

Сингапур, Сингапур
2-й Всемирный конгресс по
двигательным расстройствам при
сосудистой деменции
vascular-dementia.
neurologyconference.com

31.08–1.09

Великобритания, Лондон
6-я Международная конференция,
посвященная расстройствам
центральной нервной системы
cns.insightconferences.com

6–11

Австрия, Клагенфурт
Международная осенняя школа
боли EFIC
intermeda.ru

21–22

Италия, Рим
6-й Всемирный конгресс, посвя-
щенный болезни Паркинсона
и болезни Гентингтона
parkinsons.neurologyconference.com

21–22

Италия, Рим
6-я Международная конференция
по эпилепсии
epilepsyntreatment.
neurologyconference.com

24–25

Россия, Санкт-Петербург
Конгресс с международным участи-
ем XXII «Давиденковские чтения»
congress-ph.ru

24–26

Россия, Нижний Новгород
4-й Конгресс Российского комитета
исследователей рассеянного скле-
роза с международным участием
«Рассеянный склероз и другие
демиелинизирующие заболевания»
ructrims2020.ru

7–10

Франция, Лион
11-й Международный конгресс по
нейрореабилитации
www.wcnr-congress.org

7–10

США, Миннеаполис
12-я Международная конференция
по лобно-височной деменции
se.mayo.edu

8–9

Великобритания, Лондон
5-я Международная конференция,
посвященная расстройствам
центральной нервной системы
cns.neurologyconference.com

12–13

Швейцария, Цюрих
27-й конгресс по нейрофармако-
логии
neuro.pharmaceuticalconferences.com

14–15

Чехия, Прага
7-й Всемирный саммит по эпилеп-
сии и биполярным расстройствам
epilepsy.conferenceseries.com

16

Россия, Москва
Ежегодная научно-практическая
конференция «Пожилой человек
в практике психиатра и невролога»
neuroreab.ru/actions

19–20

Нидерланды, Амстердам
Всемирный неврологический
конгресс
annualmeeting.conferenceseries.com

19–20

Австрия, Вена
17-й Всемирный конгресс по
деменции и болезни Альцгеймера
dementia.insightconferences.com

2–3

Италия, Рим
Всемирная неврологическая
конференция
neuroscience.neurologyconference.com

11–12

Нидерланды, Амстердам
Международная конференция по
заболеваниям мозга
braindisorders.euroscicon.com

12–14

Россия, Москва
Международный междисципли-
нарный конгресс «Manage Pain»
(Управляй болью)
managepain.ru

12–14

Италия, Рим
Всемирный саммит по неврологии
и неврологическим расстройствам
(GSNN 2020)
neurologyconference-auroragroup.
com

19–20

Япония, Токио
8-й Всемирный конгресс,
посвященный депрессиям
и тревожным расстройствам
depression-anxiety.
neurologyconference.com

19–20

Германия, Берлин
Международная неврологическая
конференция
neurology.conferenceseries.com

23–24

Испания, Барселона
3-я Международная конференция
«Управление болью»
painmanagement.conferenceseries.com

30

Россия, Москва
4-е Штульмановские чтения. Не-
врология в клинических примерах
www.eecmedical.ru

7–8

ОАЭ, Дубай
Всемирный неврологический
конгресс
neurocongress.conferenceseries.com

10–11

ОАЭ, Дубай
3-я Международная конференция
по неврологии и нейрохирургии
neurooncology-surgery.
conferenceseries.com

19

Россия, Московская обл.,
Ногинский р-н, д. Новая Купавна
Научно-практическая конференция
«Персонализированное лечение
неврологических заболеваний»
med-marketing.ru



ДИАГНОЗ

Деменция: не остаться tête-à-tête

Пациент с деменцией – всегда непростой больной, причем не только для невролога и психиатра, но и для родственников и сиделок. Ухудшение умственного и психического здоровья, прогрессирующий когнитивно-поведенческий дефект, теряющаяся способность к самообслуживанию диктуют окружающим необходимость приспособливаться к растущей нагрузке и сложностям ежедневного ухода. Сегодня существуют эффективные медико-социальные меры по улучшению перспектив для всех задействованных в этом процессе лиц.



Екатерина
Геннадьевна
ДЕМЬЯНОВСКАЯ

К.м.н., врач-невролог, старший научный сотрудник ФГБНУ «ФНЦИРИП им. М.П. Чумакова» РАН, доцент кафедры неврологии ФГБУ «Центральная государственная медицинская академия» Управления делами Президента РФ

«СЕМЕЙНАЯ» СТОРОНА КОГНИТИВНОГО ДЕФЕКТА

Лица, ухаживающие за страдающими деменцией, могут в большей степени подвергаться риску неблагоприятного воздействия на психическое здоровье в сравнении с теми, кто помогает пациентам с другими заболеваниями. Дементные больные требуют более тщательного контроля, так как чаще проявляют деструктивное поведение, демонстрируют перепады настроения, вспышки агрессии. При всем этом едва ли кому-либо доведется услышать от них слова благодарности. По данным исследований, осуществлять уход за людьми с такими расстройствами психологически намного тяжелее, чем за онкобольными.

В России большинство таких пациентов находятся дома. Доступность психоневрологических интернатов ограничена малым количеством мест для нуждающихся в помощи, а также весьма высокой стоимостью пребывания. Поэтому около 2 млн наших соотечественников вынуждены значительную, а часто и основную часть времени, сил и финансовых ресурсов посвящать уходу за больными родственниками. В этих ситуациях на первый план обычно выступают переживания за близкого человека, который страдает тяжелым, неуклонно прогрессирующим, инвалидизирующим заболеванием. Поэтому членам семьи важно получать от врача максимально подробную, по возможности исчерпывающую информацию, касающуюся особенностей болезни и ее течения. Тема прогноза также волнует родственников, но обсуждать ее нужно крайне осторожно. Лучше сразу поставить их в известность о том, что целью терапии является не излечение заболевания, а замедление его прогрессирования: вновь появляющиеся симптомы не исчезнут, а лишь могут уменьшиться при условии хорошего compliance и соблюдения врачебных рекомендаций (что само по себе не всегда достижимо даже с посторонней помощью).

Немалое беспокойство доставляют поведенческие нарушения как проявление органического поражения головного мозга: раздражительность, агрессивность, необоснованная подозрительность, формирование неожиданных бредовых конструкций, направленных против близких. Последним необходимо объяснять, что больной больше не ощущает реальность так, как рань-

ше; что самые неприятные черты его характера могут обостриться, а поступки — стать странными и бессмысленными. При деменции человек постепенно утрачивает собственную личность, общение с ним становится другим, и сам он уже не тот, каким все его знали на протяжении предшествующих заболеланию лет.

Как правило, после выхода из кабинета врача у родственников возникают дополнительные вопросы. Можно рекомендовать им получать актуальную информацию самостоятельно. Использовать для этого необходимо достоверные источники, такие как сайт memini.ru.

СПРАВКА

По оценкам ВОЗ, в настоящее время в мире насчитывается около 50 млн пациентов с деменцией. К 2030 г. число таких больных возрастет до 74,7 млн, а к 2050 г. — до 131,5 млн, что связано с изменением демографической ситуации и увеличением продолжительности жизни.

Этот ресурс работает в рамках масштабного социально-ориентированного проекта «Мемини», стартовавшего 10 лет назад по инициативе российского представительства немецкой фармкомпании Merz Pharma. Сайт предоставляет обширные и подробные сведения о медицинских, бытовых, правовых, социальных и иных сторонах жизни с деменцией. Данные постоянно обновляются в соответствии с изменениями законодательства и общей ситуации. Помимо этого, есть возможность задать вопрос врачу в онлайн-режиме (в соответствующем разделе), поделиться переживаниями и опытом с людьми, которых также затронула эта проблема (раздел «Общение»). Призная важность формирования правильного отношения к деменции у общества в целом, Merz Pharma организует разовые социальные акции, в ходе которых рассказывается об особенностях заболевания и необходимости терапии.

ЧТО ОЗНАЧАЕТ БЫТЬ НУЖНЫМ?

Необходимость осуществления ухода и особенности поведения больных деменцией ограничивают социальную активность тех, кто ухаживает за ними. Родственники пациентов часто задают лечащему врачу вопрос: следует ли им продолжать работать или лучше полностью посвятить себя помощи нуждающемуся в этом члену семьи? Однако следует понимать, что медицинский работник не может повлиять на это решение. Ведь, с одной стороны, наличие работы обычно отрицательно сказывается на эмоциональном фоне: занятые профессиональной деятельностью родственники больного испытывают чувство вины, так как не могут уделить достаточно времени

непосредственно уходу. С другой стороны, отсутствие трудоустроенности так или иначе (независимо от того, исчезнет ли необходимость в уходе) приведет к определенным последствиям. Во-первых, это низкая востребованность на рынке труда после длительного периода бездеятельности и связанная с этим неуверенность в завтрашнем дне. Во-вторых, безусловно, материальный кризис (особенно если работа была основным источником семейного дохода).

Как врачу реагировать на стратегию, выбранную родственниками пациента? Исследования показали, что низкий уровень образования и отсутствие постоянной занятости коррелируют с меньшей выраженностью стресса от необходимости осуществления ухода. Домохозяйки лояльнее относятся к обязанностям по бытовому обеспечению больного человека. Если же ухаживающий вынужден по этой причине оставить работу, то в большинстве случаев он испытывает дополнительный дискомфорт из-за ограничения профессиональных возможностей, снижения самооценки и ухудшения материального положения. Высокий семейный достаток позволяет снизить негативное влияние стресса: делегировать обязанности сиделке, продолжать участвовать в общественной жизни, посещать театры, кафе, рестораны, выезжать на отдых, встречаться с друзьями. Как видно, любое принимаемое в этих обстоятельствах решение имеет положительные и отрицательные стороны. К счастью, справиться с проблемами помогают те же интерактивные площадки: на сайте memini.ru имеется раздел «Фристайл», где можно размещать посты, вопросы и просто позитивный контент для поднятия настроения.



Особое внимание родных и близких нужно обращать на возможное и нередко неожиданное появление у пациента с деменцией новых психологических феноменов, опасных для него и окружающих, таких как излишняя доверчивость, агрессивность, дезориентация в пространстве, склонность к бродяжничеству.

Переломным моментом зачастую становится приглашение сиделки. У многих людей присутствует известная установка: родители заботятся о своих детях, чтобы те в старости помогали им, выполняя свой долг. Однако мы живем в современном мире, где залогом успеха является разделение труда. Если родственники хотят обсудить вопрос поиска сиделки с врачом, то он укажет на необходимость обеспечения бытовой помощи больному в нужном объеме и в должном качестве. В исследованиях было показано, что чем выше про-

фессионализм ухаживающего, тем меньше стресс и нагрузка на него самого и на пациента. Недостаточный или неправильный уход может привести, в частности, к появлению пролежней и других осложнений малоподвижности, если человек основное время проводит в положении лежа. Поэтому во всем мире лучшим решением считается наем профессиональной (в современной терминологии) медицинской сестры по уходу.

К выбору сиделки следует подходить крайне ответственно (на сайте memini.ru этому посвящена статья в разделе «Справочник»). Не каждый способен выполнять подобные функции. Уход за больным с деменцией требует высокого уровня эмпатии, гибкости мышления, достаточного воображения и творческого подхода. Среди необходимых качеств исследователи называют эмоциональную стабильность и способность контролировать стресс. Лучшие остальных с обязанностями такого рода справляются экстраверты с низким уровнем невротизации. Люди же, ей подверженные, чаще говорят о негативных сторонах ухода за дементным больным, чувствуют разочарование при виде отрицательной динамики его состояния. Экстраверты выигрывают и за счет общительности: им проще обсудить проблему с окружающими, обратиться за советом к профессионалам здравоохранения. Сделать это можно не только очно, но и удаленно, например, на том же сайте memini.ru в разделе «Вопросы врачу».

Чтобы помочь всем ухаживающим за больными с деменцией, на онлайн-ресурсе memini.ru создан раздел «Упражнения». Представленные в нем тренировки призваны сохранять и тренировать память, конструктивный праксис, зрительно-

пространственный гнозис и другие когнитивные функции. Отследить динамику можно с помощью контрольных тестов (вкладка «Тесты») и онлайн-дневника, который также можно вести на этом сайте. Кроме того, в Москве волонтеры, медицинские работники и сотрудники хосписов регулярно проводят тренинги по обучению основным навыкам общения с больными и ухода за ними. Под эгидой проекта «Мемини» в 30 регионах России организуются школы для членов семей пациентов с деменцией, где можно встретиться

со специалистами различного профиля — не только неврологами, но и психологами, юристами.

ВОЗМОЖНОСТИ МЕДИКАМЕНТОЗНОЙ ТЕРАПИИ ДЕМЕНЦИИ

Современные препараты, одобренные для лечения деменции, замедляют прогрессирование заболевания, уменьшают сопутствующую симптоматику, но не обеспечивают излечение. В связи с этим главная цель — не избавление от болезни, а замедление ее прогрессирования с возможно более долгим сохранением навыков самообслуживания. Ингибиторы холинэстеразы служат препаратами выбора для терапии легкой и умеренной деменции. При умеренной и тяжелой ее степени в ЕС, США и России, а также ряде других стран одобрено назначение мемантина (препарат Акатинол Мемантин®). Вещество является неконкурентным антагонистом NMDA-рецепторов, блокируя избыточный ток кальция и натрия внутрь клетки. Тем самым прерывается каскад зависимой от кальция глутаматной эксайтотоксичности и предотвращается гибель нейронов. Терапия проводится по схеме эскалации: лечение начинают с 5 мг 1 раз в сутки, после чего дозу увеличивают на 5 мг каждую неделю до достижения терапевтической дозы 20 мг в сутки. Для удобства эскалационного лечения препарат выпускается в таблетках по 5, 10, 15 и 20 мг. Акатинол Мемантин® может оказывать некоторый стимулирующий эффект, поэтому принимать его лучше в первой половине дня.

Накопленный 20-летний опыт клинического применения Акатинола Мемантина® подтвердил его эффективность в замедлении прогрессирования деменции с максимально возможным восстановлением когнитивных функций. Отмечена также хорошая переносимость препарата, что открывает возможность длительной терапии без необходимости применения схем с «лекарственными каникулами», так как они зачастую нивелируют эффект ранее проведенного лечения.

Пожилой пациент — это почти всегда большая вероятность коморбидности. Благодаря высокой безопасности Акатинол Мемантин® может применяться при наличии сопутствующей патологии. Важно также, что он действует таргетно на глутаматергическую систему, не оказывая влияния

на синаптическую передачу и не создавая условий для развития или прогрессирования психопатологической симптоматики.

В процессе пролонгированной терапии Акатинолом Мемантином® функциональные способности больных оказываются выше, чем у лиц, не принимающих препарат. Замедляется прогрессирование когнитивного дефекта, уменьшаются психотические и поведенческие расстройства. Это подтвердило натуралистическое открытое контролируемое 6-месячное исследование, продемонстрировавшее преимущество мемантина перед традиционным «больничным» лечением сосудистой деменции и болезни Альцгеймера (вазоактивные и психотропные препараты, ноотропы). По итогам другого протокола длительностью 26 недель у пациентов, которым назначался Акатинол Мемантин®, лучше сохранились гигиенические навыки и способность к самообслуживанию.

Нужно ли говорить, что с улучшением функциональных возможностей самих больных и соответственно качества их жизни уменьшается нагрузка на тех, кто осуществляет уход за ними? В уже упоминавшемся 26-недельном исследовании к моменту окончания наблюдения средние показатели физических и психологических перегрузок у ухаживающих уменьшились на 13,9% по сравнению с исходным уровнем, а общая оценка ситуации улучшилась на 15%. Стрессовая нагрузка на занятых уходом уже к 12-й неделе лечения снижалась на 15,4%, а к концу периода наблюдения — на 26,8%. Полученные данные согласуются с мировой практикой: анализ 23 систематических кокрейновских обзоров показывает, что прием мемантина достоверно замедляет утрату повседневных функций при деменции и ассоциируется с более благоприятным прогнозом как для больных, так и для ухаживающих за ними.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

В нашем «стареющем» обществе проблема ухода за пациентами с когнитивными расстройствами, в частности с деменцией, приобретает ежегодно все большую значимость. Занятые этим люди испытывают постоянный стресс, подвергаются повышенным психофизиологическим нагрузкам. Кроме того, кровные родственники страдающих альцгеймеровской деменцией могут иметь повышенный риск развития

Акатинол.

Если дальше не вяжется.

Проверено временем

Акатинол — оригинальный препарат для лечения деменции. Производится в Германии.

Доказано исследованиями

Акатинол способствует улучшению состояния пациента при:

- когнитивных нарушениях¹
- снижении повседневной активности²
- поведенческих расстройствах³
- проблемах общения⁴

MERZ

ООО «Мерц Фарма»: 123112, Москва, Пресненская наб., 10, блок С «Башня на набережной».
Тел.: (495) 653 8 555
Факс: (495) 653 8 554
www.merz.ru; www.memintin.ru



¹ Pomara N, et al. Memantine Treatment of Cognitive Symptoms in Mild to Moderate Alzheimer Disease: Secondary Analyses From a Placebo-controlled Randomized Trial. *Journal of Alzheimer Disease and Associated Disorders* 2007; 21 (1): 60-64. Попова Н. и соавт. Мемантин: лечение когнитивных симптомов при болезни Альцгеймера легкой и средней степени тяжести: вторичные анализы из плацебо-контролируемого рандомизированного исследования. *Журнал по болезни Альцгеймера и связанным с ней расстройствам* 2007; 21 (1): 60-64. 2. Winblad B, et al. Memantine benefits functional abilities in moderate to severe Alzheimer's disease. *Journal of Nutrition, Health & Aging* 2010; 14 (9): 770-774. Филончик и соавт. Влияние Мемантина на функциональные способности больных Альцгеймера средней и тяжелой степени. *Журнал питания, Здоровье и Старение* 2010; 14 (9): 770-774. 3. Kishi T, et al. The effects of memantine on behavioral disturbances in patients with Alzheimer's disease: a meta-analysis. *Neuropharmacology* 2017; 15: 1906-1928. Киси Т. и соавт. Влияние мемантина на поведенческие нарушения у пациентов с болезнью Альцгеймера: метаанализ. *Психофармакологическое Злоупотребление и Лечение* 2017; 15: 1906-1928. 4. Santos J, et al. (2012) Memantine and functional optimization in Alzheimer's disease: results of a 12-week, parallel, controlled clinical trial. *Journal of Alzheimer's Disease*, 28, 109-118. Сентос и соавт. (2012) Мемантин и функциональная коррекция при болезни Альцгеймера: итоги 12-недельного контролируемого рандомизированного клинического исследования. *Журнал болезни Альцгеймера*, 28, 109-118.

Акатинол Мемантин. Регистрационный номер: П N01496101, ЛП-000652, ЛП-001433. Показания к применению: Деменция альцгеймеровского типа, сосудистая деменция, смешанная деменция всех степеней тяжести (из инструкции к препарату Акатинол Мемантин 10 мг П N01496101). Противопоказания: Индивидуальная повышенная чувствительность к препарату, выраженные нарушения функции почек, беременность, грудное вскармливание, дети до 18 лет (в связи с недостаточностью данных). Способ применения и дозы: Назначают в течение 1-й недели терапии в дозе 5 мг/сут, в течение 2-й недели — в дозе 10 мг/сут. В течение 3-й недели — в дозе 15 мг/сут, начиная с 4-й недели — 20 мг/сут. Побочные действия: Часто встречаются: головная боль, сонливость, головокружение, запор, головноекружение. Форма выпуска: Таблетки 10 мг, № 30, 90. Набор таблеток 5 мг, 10 мг, 15 мг, 20 мг № 28. Таблетки 20 мг, № 28, 56, 90. Производитель: «Мерц Фарма ГмбХ и Ко. КГГА», D-60311 В, Германия, Франкфурт-на-Майне.

*Полная информация о препарате — в инструкции по медицинскому применению. Для специалистов здравоохранения. Реклама

подобных нарушений, что подтверждено рядом генетических и популяционных исследований. Среди лиц, ухаживающих за дементными больными, повышена распространенность депрессивных и тревожных расстройств (наряду со снижением некоторых когнитивных показателей) по сравнению с общей популяцией их ровесников. Адекватная противодеметная терапия, включающая прием Акатинола Мемантина®, позволяет улучшить прогноз при деменции,

а также снизить нагрузку в процессе ухода, что подтверждают работы по назначению препарата. При этом актуальны и нефармакологические вмешательства. Целесообразно использовать ресурсы, дающие достоверную информацию по различным аспектам деменции и одновременно являющиеся интерактивной площадкой для общения специалистов и людей, посвятивших себя заботе о тех, кто страдает такими расстройствами.

УПРАЖНЕНИЯ ПРИ ДЕМЕНЦИИ

1

Разложите перед пациентом вперемешку карточки с изображениями овощей и фруктов и предложите отсортировать их.

2

Разрежьте круг с днями недели на сектора и предложите пациенту сложить их сначала по порядку, затем в обратной последовательности. То же самое можно проделать с месяцами года, вырезанными из календаря.

3

Попросите пациента продолжить пословицы и поговорки («В здоровом теле ...», «Что посеешь, то ...», «Делу время, потехе ...» и т.д.).

4

Предложите пациенту последовательно отнимать от 100 по 7 (100 – 7, затем 93 – 7, 86 – 7 и т.д.).

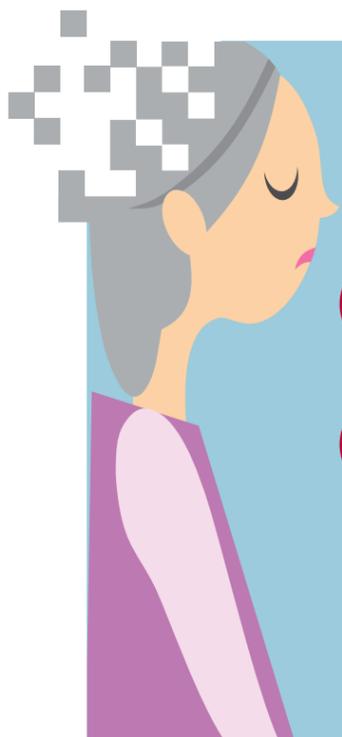
5

Возьмите ненужные журналы с картинками, ножницы, клей и чистую тетрадь. Предложите пациенту вести иллюстрированный дневник:

6

каждый день находите картинки, которые отражают его настроение и занятия, вместе вырезайте их и наклеивайте в тетрадь, подписывая дату и сопровождая (по возможности) письменными пояснениями. Регулярно пролистывайте дневник, освежая воспоминания.

Возьмите набор полимерной глины и предложите пациенту слепить из нее простые предметы (грушу, яблоко, карандаш, пирамидку и т.д.).



ИСТОРИЯ МЕДИЦИНЫ

Петер Беккер: гений с сомнительной репутацией

В истории человечества великие умы нередко попадали между жерновами политических игр, вольно или невольно становясь участниками чудовищных акций порабощения и уничтожения целых народов. Спустя десятки лет мировое сообщество прощает ошибки одним и навсегда стирает из памяти имена других ученых и гениев своего времени. Жизнь и деятельность выдающегося немецкого врача Питера Беккера — одна из таких спорных исторических страниц.

ВЕЧНЫЙ ОТВЕТЧИК

Петер Эмиль Беккер (1908–2000) — выдающийся немецкий невролог, психиатр и генетик. Ему принадлежит клиническое описание мышечной дистрофии и миотонии, названных в его честь. Становление Беккера как специалиста пришлось на печальный период в истории Германии — развитие фашизма. Тоталитарные режимы всегда используют в своих целях представителей культуры, искусства и науки, что особенно хорошо прослеживается на примере тяжелого прошлого Советского Союза, руководство которого в период сталинских репрессий уничтожило на корню цвет генетической мысли и многих других профессионалов. Время все расставляет на свои места, и если современная Россия возвращает из небытия незаслуженно забытые имена, то в Германии продолжают расследования по поводу причастности отдельных известных людей к нацистскому прошлому. Прожив долгую и плодотворную жизнь, Петер Беккер не избежал вопросов суда истории.

ЧЕРЕЗ ТЕРНИИ К ЗНАНИЯМ

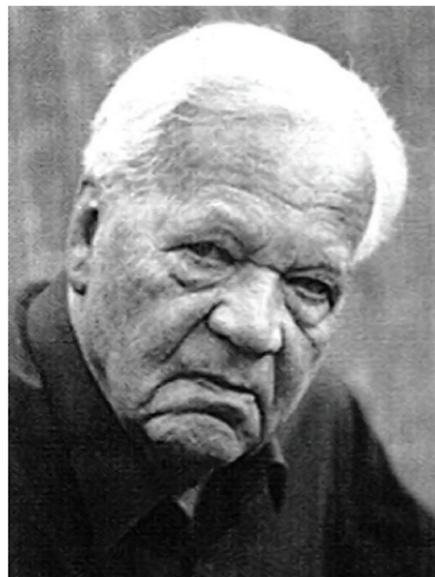
Беккер родился в Гамбурге в лютеранской семье. Последним его впечатлением от средней школы было то, что в течение последнего года обучения он должен был изучать вопросы наследования и расовой гигиены. Этому предшествовало появление в 1921 г. в Германии учебника по генетике, теории наследственности человека и расовой гигиене, написанного Ойгеном Фишером, Эрвином Бауэром и Фрицем Ленцем. Авторы утверждали, что основные физические характеристики и особенности поведения наследуются генетически, и подвели научное обоснование под разделение человечества на «низшие» и «высшие» расы. В 1932 г. нацисты предложили Фишеру, Ленцу и другим ученым-медикам участвовать в работе по расовой гигиене. Специалисты по евгенике обосновали принципы улучшения немецкой расы, в первую очередь антисемитизм. Уже в 1934 г. вступил в силу охвативший около 400 тыс. человек закон о стерилизации умственно отсталых, алкоголиков, шизофреников, больных маниакально-депрессивным психозом, слепых и глухих от рождения, страдающих хореей Гентингтона. Мнение мирового сообщества по этим вопросам никого в Германии не интересовало. В атмосфере нарастающего мракобесия Беккер сумел получить фундаментальное образование, обучаясь медицине в Марбурге, Мюнхене, Вене, Берлине. В 1933 г. он подал документы в интернатуру берлинской клиники Рудольфа Вирхова, но получил отказ, так как не был членом нацистской партии, которая набирала влияние в Германии с приходом к власти Адольфа Гитлера.

В автобиографии Беккер утверждал: «Мне было приказано присоединиться к отряду штурмовиков (Штурмовые отряды, нем. Sturmabteilung, сокращенно СА — штурмовики, или «коричневорубашечники»), членами которых были большинство стажеров-интернов и врачей-резидентов». Но далее он пишет: «Мне очень не хотелось вступать в СА, причем не столько из-за оппозиции к нацизму, а потому, что эта служба могла отнять у меня время, которое я предпочел бы использовать для других целей... Как и большинство граждан Германии в 1933 г., я надеялся, что новый режим положит конец политическим неурядицам в стране и приведет к экономическому процветанию». Архивное исследование показало, что Беккер был членом СА с июля 1933 г. — с самых первых дней становления нацистского режима. При этом он свидетельствует: «Я так и не дослужился до чина, соответствующего санитарному офицеру, и никогда не был членом партии».

ВРАЧИ В РЯДАХ ШТУРМОВИКОВ

Однако документы говорят о другом: в 1941 г. он стал оберtruppführером (нем. Obertruppführer) СА, что соответствовало воинскому званию обер-фельдфебеля (старшего унтер-офицера), или старшего сержанта (командира отделения), а членом НСДАП являлся с 1938 г. В том же году Петер Беккер вступил в две национал-социалистические ассоциации — врачей и университетских преподавателей. Эти два факта впоследствии были удалены им из собственного жизнеописания.

Беккер высоко ценил неврологию как дисциплину, «позволяющую достаточно точно ставить диагноз на основании неврологических проявлений». Однако он видел необходимость продолжать образование в области антропогенетики. Заняв вакансию в Институте антропологии, генетики человека и евгеники им. Кайзера Вильгельма в берлинском окружном районе Далем, ученый проработал там с 1936 по 1938 г. Здесь он попал под влияние окрашенных национал-социализмом генетических и расово-гигиенических идей Ленца и Фишера — более того, принял участие в проводимом Ф. Ленцем исследовании близнецов. Позже Беккер заявил: «Расовая гигиена так же мало интересовала меня, как и антропология, и ни Фишер, ни Ленц не оказывали на меня давления, позволяя отсутствовать на лекциях, посвященных этим вопросам». В автобиографии Беккер не критиковал нацизм и не обсуждал, каким образом власть использовала результаты расово-гигиенических исследований таких «специалистов», как Ленц и Фишер, для оправдания принудительной стерилизации, эвтаназии людей с психоневрологическими болезнями и осуществления массовых убийств в мясорубке Холокоста. Вместо этого он похвалил Ленца за то, что тот всегда был достаточно любезен и обсуждал с ним в мельчайших под-



робностях результаты его научной работы. В то время Ленц был ведущим генетиком в Германии. Оценивая два года работы в институте, Беккер отмечал: «Мне удалось избежать службы в СА, так как я никогда не проходил регистрацию в Берлине. Это едва не привело к неприятным последствиям. Увольнение из СА не позволило бы завершить обучение и сделало бы невозможной карьеру преподавателя. Должен признаться, что в этом отношении я оппортунист».

Беккер упоминал, что был уволен из Университета Фрайбурга после войны в октябре 1945 г. ввиду членства в СА, однако при этом опять скрыл свои связи с нацистской партией. Здесь нельзя не сказать, что по содержанию писем Беккера, хранящихся в Земельном архиве, а также по свидетельствам медсестер и коллег из Университетской неврологической клиники Гамбург-Эпшдорф, он никогда не был «нацистским активистом или пропагандистом» и не проявлял «политической активности». Есть два свидетельства, подтверждающие слова П. Беккера о его вынужденном вступлении в СА вместе со всем медицинским персоналом гамбургской Альтонской больницы в 1933 г.

ПОСЛЕВОЕННАЯ ДЕНАЦИФИКАЦИЯ

В рамках процесса денацификации власти в Тутлингене (1947 г.), обсуждая «дело Беккера», эксперты пришли к выводу, что последний не был политическим активистом, а лишь являлся «последовательным». Общий вердикт (7:0 голосов) был следующим: позволить Беккеру работать врачом, но два года выплачивать штраф в размере 10 % от зарплаты по причине «двойного членства» (вероятно, имелись в виду нацистская партия и СА). Петер Беккер официально получил право преподавать в Университете Фрайбурга. Позже, размышляя о прошедшем, он опубликовал 15 биографий сторонников расовой гигиены конца XIX — начала XX вв., чьи генетические теории легли в основу нацистской идеологии, выразив надежду, что подобная история никогда не повторится.

Лидия Борискина

НЕВРОЛОГИЯ
СЕГОДНЯ

№ 4 (11) 2019

УЧРЕДИТЕЛЬ

ООО «Издательский дом «АБВ-пресс»

Директор:
Наумов Леонид Маркович

РЕДАКЦИЯ

Главный редактор:

Никитин Сергей Сергеевич

Директор по рекламе: Донских А.В.
Руководитель проекта: Строковская О.А.
Заместитель руководителя проекта:
Кононова О.Н.

Корректор: Никулин Ю.А.

Ответственный секретарь: Ширабокова Ю.Ю.

Дизайн и верстка: Степанова Е.В.

АДРЕС РЕДАКЦИИ И УЧРЕДИТЕЛЯ

115478, Москва,
Каширское шоссе, 24, стр. 15
тел.: +7 (499) 929-96-19
e-mail: abv@abvpress.ru

www.abvpress.ru

ПЕЧАТЬ

Отпечатано в типографии
ООО «Юнион Принт»
Заказ № 193363.

Общий тираж 7500 экз.

РАСПРОСТРАНЕНИЕ

По подписке. Бесплатно.

Газета зарегистрирована Федеральной службой по надзору в сфере связи, информационных технологий и массовых коммуникаций (Роскомнадзор).

Свидетельство о регистрации ПИ № ФС 77-68704 от 09.02.2017.

Категорически запрещается полная или частичная перепечатка материалов без официального согласия редакции. Мнение редакции может не совпадать с мнением авторов. Ответственность за достоверность рекламных объявлений несут рекламодатели.