



№ 1 (12) 2020

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!

Россию всегда отличали особые колорит и традиции. Не успев встретить вместе со всем человечеством Новый год, страна спешит поднять бокалы в честь этого же праздника по «старому» стилю, а отечественные неврологи уже много лет открывают трудовой календарь Вейновскими чтениями.

Ученики и последователи академика А.М. Вейна продолжают активно развивать его идеи, изучая проблемы дневной сонливости, которая достигла рекордного распространения — до 20 % в популяции. Они анализируют причины сомнологических нарушений и снижения работоспособности у 80 % людей на земном шаре. И, конечно, активно проводят исследования по улучшению качества сна препаратами последней генерации — «поколения Z».

Особое внимание в научном мире уделяется проблемам ближайших и отсроченных нежелательных эффектов снотворных средств, в первую очередь влиянию их на когнитивные функции и память. Этому посвящен один из наших материалов.

В последнее время неврологи стали чаще диагностировать синдром беспокойных ног (СБН) как причину нарушения сна. Патогенез этого состояния и возможности его лечения исследуются при таком нейродегенеративном заболевании, как болезнь Паркинсона.

Сегодня невозможно обойти стороной вопрос внедрения в медицинскую практику высокотехнологичных роботов-хирургов и консультаций пациентов посредством веб-камеры. Россия оказалась в числе стран, большая часть населения которых приветствует развитие телемедицины, что особенно актуально с учетом масштабов нашей территории.

Эффективность инновационных методик продемонстрирована и на примере черепно-мозговой травмы с применением алгоритмов Ассоциации нейрохирургов РФ, направленных на максимально оперативную и действенную помощь нуждающимся в оперативном лечении.

Завершает номер материал о выдающемся астрофизике Стивене Хокинге, который более 50 лет (!) прожил с болезнью мотонейрона, став примером активного сопротивления недугу. Использование новейших технологий поддержания жизни позволило ему оставить огромное наследие в области понимания мироустройства.

С новым Вейновским годом, дорогие коллеги-неврологи!

Дневная сонливость в практике невролога и сомнолога

Дневная сонливость (ДС) — не болезнь, а весьма частое расстройство, точнее говоря, основное проявление различных гиперсомний. По данным ряда экспертов, распространенность ДС в популяции значительна и составляет 10–20 %. О диагностике и терапии этого нарушения, а также о том, кто же должен его лечить — невролог или сомнолог, — рассказал профессор Геннадий Васильевич КОВРОВ, президент Ассоциации «Национальное сомнологическое общество».

Геннадий
Васильевич
КОВРОВ

Д.м.н., профессор, врач-невролог высшей
квалификационной категории, президент
ассоциации «Национальное сомнологическое
общество»

— Геннадий Васильевич, каковы самые частые проявления ДС?

— Типичные признаки — снижение уровня бодрствования и внимания, уменьшение психофизической активности и работоспособности, повышенная утомляемость, желание спать в дневное время или даже приступы дневных засыпаний, что нарушает психосоциальную адаптацию и снижает качество жизни. У ДС есть и «малые признаки»: моргание, слипание век, периодические непроизвольные наклоны головы.

Подчеркну, что ДС — это навязчивое, неприятное, мешающее нормально работать, а порой и мучительное

состояние, которому человек так или иначе противодействует. Тем не менее нередко сонливость «побеждает». Это приводит к неконтролируемому засыпанию днем.

— На фоне чего чаще всего развивается ДС?

— В молодом и трудоспособном возрасте ДС чаще всего появляется на фоне недосыпания из-за небрежного отношения к своему здоровью, а не в результате нарушения сна как такового. На второе место я бы поставил тревожные и депрессивные состояния. А на третье — различные расстройства ночного сна, в том числе инсомнию, синдром обструктивного апноэ сна (СОАС), нарколепсию и другие, при которых дневная сонливость может носить выраженный характер. Таких нозологических форм в современной сомнологии известно около 80.

Что же касается возрастных пациентов, то здесь ДС возникает главным образом на фоне нейродегенеративных и цереброваскулярных заболеваний. Некоторые эксперты даже считают, что практически каждая такая патология сопровождается ДС. При сенильных деменциях распространенность дневной сонливости достигает 30 %.

Появление ее у пожилого человека может быть предвестником деменции.

— Можно ли сказать, что дневная сонливость сильно снижает качество жизни?

— Из всех страдающих ДС пожилые реже обращаются к неврологу с подобной жалобой. Причина понятна: эти люди в основном не работают, и у них более чем достаточно времени на дневной сон. К тому же на начальных стадиях прогрессирования дегенеративных и ишемических болезней мозга ДС еще имеет «мягкий» характер. Человек некоторое время в состоянии бороться с сонливостью. Поэтому, несмотря на высокую частоту ДС при этих заболеваниях, качество жизни страдает незначительно.

Во главу угла среди патологий, где ДС не просто снижает, а буквально «обрушивает» качество жизни, с уверенностью можно поставить СОАС и нарколепсию. Приступы сонливости в этих случаях настолько императивны, что не оставляют человеку возможности сопротивляться им.

⇒2

НОВОСТЬ

Характер походки связан с типом деменции

Один из аспектов проблемы старения населения и «омоложения» некоторых заболеваний — профилактика и лечение расстройств, связанных с деменцией. При этом одинаково важны раннее выявление таких нарушений и дифференцированный диагностический подход. Совсем недавно в этом направлении сделан еще один важный шаг.

Ученые из университета Ньюкасла (Великобритания) впервые показали, что по характеру ходьбы и походки можно отличить страдающих деменцией с тельцами Леви (ДТЛ) от лиц с болезнью Альцгеймера (БА).

В исследование были включены 110 человек, в том числе 45 пациентов, имеющих ДТЛ, и 36 — с БА. Участники двигались с обычной скоростью по специальной дорожке, снабженной несколькими тысячами датчиков. Оказалось, что для ДТЛ характерна значительная вариабельность последовательности, частоты и длительности шагов. Кроме того, при этом заболевании более выражена двигательная асимметрия по сравнению с практически неизменным паттерном ходьбы в случае БА. Эти показатели позволили в 60 % случаев точно определить тип деменции, чего раньше никогда не наблюдалось.

Команда исследователей во главе с д-ром Рионой МакАрл, научным сотрудником медицинского факультета Ньюкаслского университета, считает, что на основании полученных результатов может быть разработан новый клинический тест для установления и разграничения вариантов деменции. Это, в свою очередь, будет способствовать разработке индивидуализированного лечения. Важно и то, что такой метод будет неинвазивным, хотя, судя по всему, обещает стать на первых порах достаточно затратным. По оценкам, на создание и внедрение в практику нового диагностического инструмента потребуется около 5 лет.

АКТУАЛЬНО

Дневная сонливость в практике невролога и сомнолога

«1 Пациенты засыпают днем в самых неподходящих местах, в том числе за рулем. При этом СОАС гораздо чаще, чем нарколепсия, вызывает водительский сон. Причина в том, что апноэ во сне значительно превосходит нарколепсию по распространенности в популяции.

— Как невролог может диагностировать ДС?

— Для этого, а также в целях дифференциальной диагностики ДС с некоторыми гиперсомниями используют анкетные и нейрофизиологические методы.

Наиболее распространенными анкетами для оценки сонливости являются шкала Эпворта, Стэнфордская и Каролинская шкалы. Недостаток их состоит в том, что они измеряют не степень ДС, а лишь некоторые ее проявления. Шкала Эпворта оценивает вероятность засыпания, а Каролинская и Стэнфордская — субъективный уровень сонливости на момент опроса. Кроме того, такие признаки ДС, как снижение внимания, сокращение мотивационных аспектов поведения, динамика сонливости в течение суток и другие, не учитываются. Для диагностики сонливости существуют также множественный тест латентности сна и тест поддержания бодрствования, служащие единственными методами ее объективизации. С их помощью можно определить скорость засыпания и возможность «сопротивляться» сонливости.

Подчеркну, что именно уровень выраженности ДС и способность пациента противодействовать ей становятся главными факторами, которые невролог должен оценить при обследовании. Ведь если оказывается, что ДС выражена и есть риск того, что приступ такой гиперсомнии примет неконтролируемый характер, врач должен рекомендовать пациенту отказаться от вождения автомобиля и прекратить любую деятельность, в ходе которой засыпание может привести к опасным последствиям.

— Как лечится дневная сонливость?

— Акцент делается на борьбу с заболеваниями, являющимися фоном для развития ДС. Кофеин и некоторые антидепрессанты могут добавляться в комплексную терапию. Позитивные результаты здесь появляются, но в целом эффективность часто оставляет желать лучшего. И всегда требуется не только коррекция характера бодрствования, но и улучшение качества ночного сна.

— То есть нет ни одного препарата адресного действия против ДС?

— В США и ряде других стран для лечения сонливости, связанной с нарколепсией и СОАС, а также других гиперсомний зарегистрирован таблетированный аналептик модафинил, селективный альфа1-адреномиметик преимущественно центрального действия. Популярен и его использование не по медицинским показаниям как относительно безопасного психостимулятора. Военные нескольких государств применяли этот медикамент как альтернативу амфетаминам — лекарствам, используемым среди прочего в боевых ситуациях, когда люди сталкиваются с депривацией сна. В России модафинил не зарегистрирован и считается запрещенным наркотическим средством.



Единственным разрешенным в отечественной практике психостимулятором, который может назначаться, например, при нарколепсии, является фенамин. Действующее вещество — амфетамин, мощный норадрено- и дофаминомиметик центрального действия. Но этот препарат способен вызвать психическую зависимость, и ранее его часто применяли наркоманы. Поэтому выписка этого лекарства в нашей стране возможна, но крайне сложна.

— Из нашей беседы я понял, что ДС — сложное в лечении, порой жизнеугрожающее расстройство. Может быть, было бы правильнее, чтобы его лечили сомнологи?

— В мировой медицине часто так и происходит. Специализированные профессиональные организации — в ряде стран они признаются медицинскими регуляторами — выдают неврологам, прошедшим специальное обучение, сертификаты, и сомнологи практикуют как «узаконенные» специалисты. Там же, где сомнология не выделена как официальная субспециальность, интересующиеся этим направлением и приобретающие соответствующие углубленные знания неврологи начинают вести прием таких больных, называя себя сомнологами. Так обстоит дело и в России; законом это не запрещено.

Итак, если отечественный невролог отправляет своего пациента к сомнологу, то это означает рекомендацию обратиться в коммерческий центр медицины сна, руководство которого однажды решило, что его неврологи будут работать именно в таком статусе. В систему же ОМС сомнологическая помощь никогда не входила. Правда, в нашей стране были специализированные отделения при больницах, где пациентов с расстройствами сна принимали неврологи. С 1995 по 2015 гг. такое подразделение действовало в московской ГКБ №5 им. А.А. Остроумова. Там я лечил больных с инсомниями буквально до последнего дня работы отделения. Но с тех пор мне не известно ни одной подобной структуры, продолжающей функционировать на бесплатной для пациентов основе. Убежден, что было бы рациональнее, если бы сомнологию у нас признали официальной неврологической специальностью.

— Приведите, пожалуйста, пример, когда сомнолог мог бы более успешно лечить ДС, чем невролог?

— В современной сомнологии произошла настоящая революция, с того времени как в борьбе с инсомниями начала применяться когнитивная поведенческая терапия. Сегодня она все чаще используется уже в 1-й линии лечения расстройств сна и позволяет восстанавливать его качество без фармакотерапии.

Но когнитивная психотерапия — сложная методика. Чтобы овладеть ею, неврологу надо потратить много времени и сил. Потому именно сомнологи чаще и успешнее всего применяют подобные приемы безлекарственного лечения «бо-

лезней сна». Когнитивная психотерапия в сомнологии — это коррекция психопатологических симптомов, имеющих отношение как непосредственно ко сну, так и к нарушениям в период бодрствования.

Как я уже говорил, тревожные расстройства, вызывая сильнейшую бессонницу, становятся в свою очередь очень частой причиной ДС. В рамках психотерапии сомнолог выявляет основные факторы, провоцирующие ночные инсомнии (в данном случае тревожные состояния), и начинает работу с ними. Многие пациенты «катастрофизируют» собственную болезнь. Они боятся того, что поздно уснут, на следующий день будут разбитыми, задремлют на работе и т.д. Это усиливает тревожность и эмоциональное напряжение, формируя порочный круг.

Главной «мишенью» когнитивной терапии служат так называемые дисфункциональные убеждения пациента, а целями — отказ от них и обучение адаптивным стратегиям поведения. Перед человеком ставятся вопросы, отвечая на которые, он самостоятельно формулирует правильные суждения. Постепенно формируются реалистичные представления о потребности организма во сне. Пациент перестает винить бессонницу в своих дневных неудачах, осознавая, что для них есть другие объективные причины. В результате восстанавливается ночной сон и проходит дневная сонливость.

Беседовал Александр Рьлов

27 РОССИЙСКИЙ НАЦИОНАЛЬНЫЙ КОНГРЕСС

ЧЕЛОВЕК И ЛЕКАРСТВО

CHELOVEKILEKARSTVO.RU

2020 / 06.04 - 09.04

Центр международной торговли
Москва

Конгресс состоится в Центре Международной Торговли
г. Москва, Краснопресненская наб. 12

Секретариат конгресса info@chelovekilekarstvo.ru. Тел./факс: +7 (499) 584-45-16

Подробная информация в вашем личном кабинете на официальном сайте Конгресса
www.chelovekilekarstvo.ru

Лечение синдрома беспокойных ног при болезни Паркинсона

Синдром беспокойных ног (СБН), или синдром Виллизия–Экбома, — это сенсомоторное расстройство, которое характеризуется неприятными ощущениями в нижних конечностях. Они появляются в покое, чаще в вечернее и ночное время, заставляют больного совершать облегчающие движения и часто приводят к нарушению сна. Нередко СБН наблюдается как один из симптомов болезни Паркинсона. Рассказываем о механизмах возникновения и методах лечения этого расстройства.



Анна
Александровна
ПИЛИПОВИЧ

К.м.н., доцент кафедры нервных болезней
ИПО ФГАОУ ВО «Первый Московский государственный медицинский университет
им. И.М. Сеченова» Минздрава РФ

Распространенность СБН среди взрослого населения составляет около 2 % и увеличивается в старших возрастных группах до 10–35 %. Идиопатический, или первичный СБН составляет более половины всех случаев, обычно проявляется на третьем десятилетии жизни и нередко носит наследственный характер.

Для вторичного СБН характерен более поздний дебют. Основными его причинами считаются дефицит железа, анемия и беременность, но существует и множество более редких этиологических факторов неврологического и соматического характера. Диагностика синдрома в типичных случаях не составляет труда благодаря разработанным в 2003 г. R. Allen с коллегами критериям. Однако симптоматика может оказаться необычной, или же возможно наличие коморбидного состояния, например двигательного заболевания или нарушения сна другой этиологии, которые затрудняют постановку диагноза.

Замечено, что СБН часто коморбиден болезни Паркинсона (БП). Несмотря на то что точные патогенетические механизмы развития СБН неясны, роль дофаминергической дисфункции в процессе его развития очевидна. На нее указывают высокая эффективность дофаминергических средств (препаратов леводопы, агонистов дофаминовых рецепторов) и ухудшение симптомов под влиянием нейролептиков и веществ, блокирующих высвобождение дофамина. Есть мнение, что СБН встречается у 50 % пациентов с БП, но он маскируется дофаминергической терапией, проявляясь в off-периоды или при отмене препаратов. В пользу этой теории свидетельствуют данные, полученные при субталамической глубокой мозговой стимуляции, после которой на фоне улучшения двигательной симптоматики паркинсонизма у пациентов появлялся СБН.

Фармакологическая терапия СБН проводится в том случае, если симптомы причиняют дискомфорт и дезадаптируют (средняя/тяжелая степень); они наблюдаются примерно у 20–25 % пациентов. Как правило, до начала медикаментозного лечения пациенту даются нефармакологические рекомендации:

- соблюдение режима (умеренные физические нагрузки, прогулки без сильного переутомления, проветривание помещения, душ или ванна для ног вечером, исключение переядания и употребления перед сном чая, кофе и алкоголя);
- отмена медикаментов, способных спровоцировать развитие СБН (нейролептики, метоклопрамид, трициклические антидепрессанты, ингибиторы обратного захвата серотонина, препараты лития, тербуталин, антигистаминные средства, антагонисты H₂-рецепторов, нифедипин и др.);
- при необходимости — восполнение дефицита йода и железа.

В качестве терапии 1-й линии используются дофаминергические препараты (леводопа и агонисты дофаминовых рецепторов). Бензодиазепины (клоназепам), антиконвульсанты (габапентин, карбамазепин) и опиоиды (оксикодон, кодеин, трамадол) используются как препараты 2-й линии в случае непереносимости дофаминергической терапии, при истощении ее действия или недостаточной эффективности, поскольку политерапия несколькими медикаментами с разными механизмами действия может оказаться эффективнее монотерапии.

Применение препаратов леводопы оказывает положительный эффект: уменьшает выраженность феномена периодических движений конечностей во сне, улучшает сон и качество жизни пациентов с СБН (3-й уровень доказательности) по данным 4 плацебо-контролируемых исследований. Однако этих результатов пока недостаточно, чтобы сделать окончательный вывод об эффективности и безопасности лечения. Кроме того, у 80 % пациентов, принимающих препараты леводопы при СБН, возникает феномен аугментации (отдачи) — усиления или перемещения симптомов на более раннее время вечером или более позднее утром, по сравнению с обычным периодом начала (до лечения). Длительность терапевтического эффекта при этом снижается, ощущения могут распространяться на ранее не задействованные части тела. Феномен аугментации зависит от дозы и становится особенно заметен при достижении дозового порога леводопы 200 мг в день.

Таким образом, при выборе дофаминергического препарата предпочтение отдается агонистам дофаминовых рецепторов (АДР) неэрголиновой группы (прамипексол, ропинирол, ротиготин). В 10 плацебо-контролируемых исследованиях (3 на прамипексоле, 4 на ропинироле, 2 на ротиготине 1 — на каберголине) с участием более 4000 пациентов была доказана их эффективность по сравнению

с плацебо в отношении купирования основных симптомов СБН (1-й уровень доказательности), улучшения качества жизни и показателей сна (2-й уровень доказательности). Однако после прекращения приема состояние пациентов вновь ухудшалось, поэтому при СБН показана постоянная терапия.

При применении АДР риск возникновения аугментации гораздо ниже; препараты этой группы довольно хорошо переносятся больными и эффективны в относительно низких дозах. Кроме того, они не ухудшают когнитивные способности, не вызывают привыкания и зависимости, как бензодиазепины и опиоиды.

Среди АДР в России официально рекомендован для терапии СБН прамипексол (неэрголиновый агонист D₂- и D₃-дофаминовых рецепторов). Именно по этому препарату накоплено наибольшее количество клинических данных, опубликовано более десятка исследований, показывающих безопасность и эффективность его применения у пациентов с СБН. Препарат не теряет своей клинической актуальности на протяжении длительного времени при небольшой дозе (0,125–2,25 мг). Обычно он хорошо переносится и не вызывает серьезных побочных эффектов, но примерно

у 20 % происходит отмена терапии, чаще всего из-за желудочно-кишечных побочных явлений (тошноты, неприятных ощущений в желудке, диареи), реже — головной боли, ортостатической гипотензии или других явлений, специфичных для данной группы. Таким образом, применение АДР при СБН имеет свои ограничения.

Новым направлением в терапии СБН может стать истрадефиллин (Istradefylline) — высокоселективный антагонист аденозиновых рецепторов 2 типа гена ADORA2A. Это вещество, как полагают, модулирует гиперактивный в случае БП стриатопаллидарный (непрямой) путь. В ряде исследований показано, что препарат сокращает продолжительность off-периода и удлиняет on-период при БП, не вызывая дискинезии. Истрадефиллин был недавно одобрен в Японии для лечения паркинсонизма, и есть наблюдения, что он положительно влияет на СБН. Ниже приведено несколько таких случаев. Механизм действия истрадефиллина при СБН обсуждается: в частности, предполагается его участие в обмене железа, но необходимы дальнейшие исследования для оценки эффективности препарата при данном синдроме.

СЛУЧАЙ 1

Мужчина 73 лет, с 61 года испытывает тремор в правой ноге. С 62 лет начал принимать сеlegилин 5 мг/день с умеренным положительным эффектом, впоследствии начал терапию прамипексолом 1 мг/день. В 70 лет появились off-периоды, во время которых стало трудно ходить, в связи с чем был назначен истрадефиллин 20 мг/день, который улучшил походку. Через некоторое время off-периоды усугубились и по ночам стало беспокоить чувство дискомфорта, который заставлял двигаться. Пациент испытывал облегчение после ходьбы. Доза истрадефиллина была увеличена до 40 мг/день, на фоне чего симптомы паркинсонизма уменьшились, а оценка по 3-й части Унифицированной рейтинговой шкалы болезни Паркинсона (UPDRS-III) понизилась с 40 до 30.

Повышение дозы истрадефиллина также уменьшило проявления СБП и постепенно привело к полной ремиссии. Дискомфорт в ногах, который заставлял пациента двигать ими, исчез. Оценка по шкале тяжести СБН Международной исследовательской группы снизилась с 18 до 0. Это улучшение продлилось по крайней мере 30 месяцев без явлений аугментации.

СЛУЧАЙ 2

У мужчины 65 лет в 54-летнем возрасте появился тремор покоя в правой руке, диагностирована БП. Был назначен прамипексол пролонгированного действия (2 мг/день), ухудшение походки потребовало повышения дозы до 3 мг/день, что привело к развитию гиперсексуальности, в связи с чем была проведена замена на ропинирол.

В возрасте 62 лет начал прием препарата леводопы/карбидопы (150 мг/день), и через некоторое время пациент почувствовал необходимость двигать ногами во время отдыха, особенно вечером и ночью. Был назначен истрадефиллин (20 мг/день), на фоне которого проявления СБН практически исчезли и нормализовался сон. Улучшение длилось 5 месяцев, пока пациент не прекратил прием истрадефиллина из-за начала инфузионного введения леводопы/карбидопы по поводу синдрома истощения дозы и дискинезий.

КАЧЕСТВО ЖИЗНИ

«Поколение Z»: современные подходы к лечению инсомнии

Человечество не высыпается! До 80 % людей в популяции сталкиваются с теми или иными нарушениями сна. Подсчитано, что работоспособность у страдающих инсомнией снижается вдвое, из-за чего предприятия несут гораздо большие финансовые потери, чем из-за пропуска своими сотрудниками рабочих дней по болезни (грипп, ОРВИ и т.д.). Учитывая, что улучшение качества сна положительно влияет на производительность труда и качество жизни в целом, адекватная терапия инсомнии снотворными препаратами современной генерации (так называемое «поколение Z») приобретает не только медицинское, но и социально-экономическое значение.

ИНСОМНИЧЕСКАЯ ТРИАДА

Сознательное сокращение сна пациентом из-за авралов на работе, ради просмотра сериалов или компьютерных игр инсомнией не является. О ней говорят при наличии у человека достаточного времени на сон, который тем не менее оказывается нарушенным. При этом наблюдается так называемая инсомническая триада — трудности начала, продолжения и окончания сна, возникающие не реже 3 раз в неделю в течение месяца или более длительного срока.

NB! Если нарушения сна сохраняются до 3 месяцев, речь идет об острой инсомнии, в случае которой показано назначение снотворных препаратов. Самый распространенный ее вариант — стрессовая (адаптационная) бессонница. Без лечения она с высокой вероятностью может перейти в хроническую форму.

СОН ТОЖЕ СТАРЕЕТ

У пожилых пациентов сон особый, полифазный, как у младенцев, которые спят несколько раз в день. Страдающим бессонницей людям пенсионного возраста еще недавно не рекомендовалось спать днем из опасения, что это помешает ночному сну. Однако оказалось, что дремать в светлое время суток и ворочаться с боку на бок по ночам для человека старше 65 лет — возрастная норма. Пациенты редко принимают это как данность и предъявляют прежние требования: хочу спать, как в молодости, крепко и сладко! Но это почти то же, что заявить: хочу бегать, как в 20 лет!

NB! Наладить сон при хронической бессоннице помогают методы когнитивно-поведенческой терапии, в том числе соблюдение правил гигиены сна на фоне поддерживающей фармакотерапии. При этом у пожилых доза снотворных препаратов уменьшается вдвое. При острой инсомнии на первый план выступает лечение снотворными средствами и, соответственно, возникает проблема их выбора.

СМЕНА ЛЕКАРСТВЕННЫХ ПОКОЛЕНИЙ

1. На заре XX века — лечение «по Шекспиру»

Снотворное действие диэтильного производного барбитуровой кислоты было

открыто в 1903 году. Препарат назвали вероналом в честь Вероны — города Ромео и Джульетты, в судьбе которых снотворное средство сыграло не последнюю роль. Несмотря на мощный эффект, барбитураты

нарушение координации движений после приема этих препаратов, а также их парадоксальное воздействие на некоторых пациентов — с возбуждающим эффектом вместо снотворного.

и снотворное, а главным образом — для противосудорожной терапии. Кроме того, вследствие способности связывать непрямой билирубин он иногда применяется при лечении наследственных нарушений, связанных с деятельностью ферментов печени (синдром Жильбера).

2. Середина XX века — нитразепам и его «команда»

Рождение первого бензодиазепинового транквилизатора — мепробамата — произошло в 1951 году, а в 1960-х разработали нитразепам, первое бензодиазепиновое производное, которое стало использоваться специально как снотворное средство. Затем появились другие препараты этого ряда, различающиеся по фармакокинетическим параметрам, что позволило дифференцированно лечить различные виды инсомний. В нейрхимическом механизме действия бензодиазепинов ведущую роль играет способность увеличивать сродство гамма-аминомасляной кислоты (ГАМК) к соответствующим рецепторам (преимущественно ионотропным — ГАМК-A), что ведет к стимуляции тормозного постсинаптического потенциала и снижению возбудимости нейронов.

Казалось бы, все довольно неплохо. Однако проблема состоит в том, что бензодиазепины, как и барбитураты, не свободны от побочных эффектов. В связи с достаточно длительным периодом полувыведения они способны вызывать дневную сонливость, ухудшение памяти и внимания, замедление скорости реакции, атаксию с возможными падениями. При длительном приеме снотворных этого фармакохимического ряда могут сформироваться привыкание и лекарственная зависимость (вследствие этого срок лечения ограничивается 3–4 неделями), а при резком прекращении терапии

отошли в прошлое ввиду присущих им серьезных недостатков. Прежде всего вызываемый ими сон отличается от естественного. Облегчая засыпание, вещества этой химической группы меняют соотношение фаз быстрого и медленного сна, что ведет к его прерывистости и обилию сновидений, нередко кошмарных. К отрицательным характеристикам относятся и продолжительная сонливость, разбитость,

Большие дозы барбитуратов в ряде случаев приводят к угнетению дыхания, сосудистому коллапсу, снижению температуры тела, уменьшению диуреза. Неудивительно, что до наших дней в рецептурных справочниках сохранились лишь два средства из этой категории — комплексный препарат реладорм (диазепам + циклобарбитал) и фенобарбитал. Последний используется в малых дозах как успокаивающее

Основные виды нарушений сна

Нарушения сна	Проявления
Пресомнические	Проблемы с засыпанием (в норме оно должно занимать около 10 минут) с возможным формированием фобических расстройств (страх отсутствия сна и боязнь постели) и патологических ритуалов отхода ко сну. Больной «прокручивает» в голове неприятные мысли и воспоминания, ворочается в постели, не находя комфортную позу. Повышена чувствительность к раздражителям, прерывающим дремоту: звуку, свету; склонность к миоклониям – вздрагиванию во сне.
Интрасомнические	Поверхностный чуткий сон со сниженным порогом пробуждения ведет к тому, что пациент часто просыпается от малейшего шума или сигнала переполненного мочевого пузыря и потом долго не может задремать («сомкнуть глаз»).
Постсомнические	Слишком раннее пробуждение утром (нередко из-за необходимости посетить туалет) с последующей невозможностью уснуть. Отсутствие утренней бодрости и ощущения качественного сна, жалобы на усталость и сонливость уже в начале дня, повышенная раздражительность, отрицательный эмоциональный фон, нарушения поведения и социальная дисфункция, головная боль, снижение концентрации внимания, ухудшение памяти, работоспособности и креативности, ошибки при выполнении рутинных действий, повышенный травматизм.



не исключено развитие синдрома отмены с ухудшением сна и общего самочувствия, повышенной тревожностью. Из-за миорелаксирующего действия и способности угнетать хеморецепторные реакции не следует назначать бензодиазепины пациентам с синдромом обструктивного апноэ сна (СОАС) и храпом.

Все эти неблагоприятные эффекты, усложняющие применение бензодиазепиновых производных у страдающих инсомнией, подтолкнули ученых к разработке препаратов нового поколения с улучшенными свойствами.

3. Конец XX века — третья смена на букву «Z»

Действовать быстро, восстанавливая физиологический сон нормальной длительности без последующей дневной сонливости, нарушений памяти, угнетения дыхания, привыкания и лекарственной

зависимости — таковы главные требования к оптимальному снотворному препарату. В наибольшей степени отвечают им так называемые Z-средства последнего поколения — препараты выбора при лечении инсомнии. Речь идет о производных пирролопипразина — зопиклоне, имидазопиридина — золпидеме и пиразолопиримидина — залеплоне. Несмотря на то что в их структуре отсутствует бензодиазепиновая комбинация бензолного и диазепинового колец, все три препарата обладают способностью избирательно взаимодействовать с ГАМК-рецепторами, то есть ведут себя как небензодиазепиновые агонисты.

Благодаря короткому периоду полувыведения (от 3,5 до 6 часов у зопиклона) небензодиазепиновые производные обеспечивают оптимальную скорость наступления и длительность снотворного эффекта. При этом, оказывая положительное воз-

действие на количественные показатели сна, они не ухудшают качественные характеристики и не меняют его структуру (прежде всего не подавляют глубокий сон).

Успевая вывестись из организма до утра, Z-препараты не вызывают снижения концентрации внимания и памяти, сонливости, заторможенности, вялости и других нежелательных эффектов, не говоря уже об угнетении дыхания. Скорее напротив: зопиклон, например, положительно влияет на функцию дыхания во сне. После приема этого лекарства пациент обычно засыпает в ближайшие 30 минут на 6–8 часов. К преимуществам зопиклона относится также низкая вероятность возникновения рикошетной бессонницы после его отмены.

Рекомендуемая длительность назначения гипнотиков «поколения Z» составляет 3–4 недели. Однако группа американских ученых во главе с Т. Roth, J. Walsh и А. Krystal в слепых исследованиях с пла-

цебо-контролем продемонстрировала возможность длительного (до 1 года) применения этих средств в стандартной дозе 5–10 мг без возникновения привыкания и лекарственной зависимости. В других исследованиях было показано, что зопиклон не вызывает «ускользания» снотворного эффекта при приеме на протяжении 17 недель.

Высокий профиль безопасности зопиклона и близких к нему по структуре веществ позволяет использовать их в комбинированной терапии депрессии, сочетающейся с инсомнией. В этих случаях достигается быстрая компенсация нарушенного сна в первые 2 недели от начала лечения, пока не проявится действие антидепрессантов.

Дарья Белокрылова, врач-невролог

Список литературы находится в редакции

НОВОСТИ

Большинство россиян готовы к медицине будущего

Что жители России и еще 8 европейских стран знают о здравоохранении и медицине будущего? Этой теме посвящено исследование, результаты которого были озвучены международной фармацевтической компанией STADA в Берлине.

Цель исследования* — выяснить, как европейцы относятся к тем или иным медицинским инновациям и насколько в целом они информированы в вопросах охраны здоровья. В нем приняли участие 18 тысяч человек из России, Германии, Бельгии, Франции, Великобритании, Италии, Польши, Сербии и Испании.

Свыше половины опрошенных россиян (57 %) с оптимизмом смотрят в будущее медицины, считая, что благодаря научному прогрессу многие заболевания могут стать излечимыми. Такого же мнения придерживаются 62 % испанцев, 58 % итальянцев, 57 % британцев и 52 % сербов. Однако не все столь оптимистичны. Тезис о том, что в будущем будет побежден целый ряд болезней, поддерживают меньше половины участников опроса из Германии и Бельгии (по 49 %), а также только 46 % поляков и 44 % французов.

РОБОТИЗИРОВАННАЯ ХИРУРГИЯ

60 % опрошенных россиян готовы довериться роботам-хирургам. Тем не менее 51 % из них готовы пойти на такое вмешательство лишь в том случае, если оно будет проходить под наблюдением врача, который в любой момент сможет вмешаться в процесс. Меньше всего желающих оказаться в операционной у «доктора Робота» в Сербии и Германии — 45 и 49 % соответственно.

Исследование показало, что мужчины охотнее решились бы на операцию у хирурга-робота, чем женщины (63 против 49 %). Выяснилось, что доверие к роботизированной хирургии увеличивается с возрастом: среди респондентов до 35 лет на такую операцию решились бы всего половина опрошенных, а из участников опроса старше 50 лет — уже 61 %.



Тем временем роботизированная хирургия становится реальностью. Первое в России оперативное вмешательство с участием хирургического робота Da Vinci прошло в 2007 г. в Свердловской областной клинической больнице №1 (Екатеринбург) — пациенту был удален желчный пузырь.

КОНСУЛЬТАЦИЯ С ВРАЧОМ ЧЕРЕЗ ВЕБ-КАМЕРУ

В вопросах готовности к внедрению телемедицины Россия вновь вышла на первое место среди 9 стран. По результатам исследования, дистанционно обратиться к врачу готовы 69 % наших соотечественников. Правда, воспользоваться подобного рода услугами они согласны только при легких недомоганиях или для того, чтобы избежать очередей при повторном приеме. На втором месте оказалась Испания (61 %), на третьем — Сербия (58 %). В числе государств, в целом негативно высказавшихся против цифровизации здравоохранения, — Бельгия: 63 % ее жителей не хотели бы прибегать к онлайн-кон-

сультациям, поскольку для них важно личное общение с лечащим врачом.

Процесс регулирования правовых аспектов дистанционного оказания медицинской помощи в России был запущен еще в июле 2017 г., а с 1 января 2018 г. вступил в силу «Закон о телемедицине» (ФЗ №242). Использование достижений телемедицины позволяет проводить консилиумы врачей, консультации, а также дистанционно наблюдать за состоянием и здоровьем пациента. В планах органов власти — создать к 2022 г. единую информационную систему, куда волеются и государственные больницы, и частные клиники. Это поможет отслеживать сведения о каждом пациенте, где бы он ни наблюдался.

ПРОТИВ БИОСЕНСОРОВ ПОД КОЖЕЙ

Несмотря на всю прогрессивность взглядов на развитие медицины, 56 % опрошенных россиян выступают против установки биосенсоров под кожу с целью получения данных о состоянии здоровья. При этом 23 % из них боятся самой процедуры либо осложнений после нее, 19 % не хотели бы устанавливать имплантат, поскольку обеспокоены сохранностью личных данных, и 14 % не доверяют самой технологии, полагая, что полученная информация может оказаться недостоверной.

Имплантаты-биосенсоры — это специальные датчики, устанавливаемые подкожно для измерения показателей, касающихся здоровья человека. В настоящее время подобные технологии активно применяются у пациентов с сахарным диабетом для мониторинга уровня глюкозы в крови. Специалисты уверены в том, что за имплантируемыми биосенсорными устройствами — реальное будущее. Однако не только россияне с осторожностью относятся к этому направлению медико-технологического прогресса. В целом по Европе большинство респондентов выступили против имплантации подкожных датчиков: в Испании — 51 %, в Польше — 52 % и в Италии — 58 %. Наиболее негативное отношение к биосенсорам высказали французы, среди которых 75 % не стали бы устанавливать себе подобные устройства.

Ксения Семенова

*Исследование STADA Group Health Report проводится пятый год подряд консалтинговым и маркетинговым агентством Kantar Health. В 2019 году это исследование впервые вышло за пределы Германии, в нем приняли участие и другие европейские страны: Бельгия, Франция, Великобритания, Италия, Польша, Россия, Сербия и Испания. Выборочная группа состояла из 18 010 опрашиваемых лиц в возрасте от 18 до 99 лет, разделенных по характеристикам «пол», «регион» и «возраст». Таким образом, за период с ноября по декабрь 2018 г. в онлайн-режиме были опрошены приблизительно по 2000 человек, представляющих каждую из этих стран.

АКТУАЛЬНОЕ ИНТЕРВЬЮ

Гематомная настороженность — взгляд нейрохирурга

Среди трудоспособного населения России травматизм является ведущей причиной смертности. И так как от травм чаще всего страдают молодые люди, то становится понятно, почему по наносимому обществу ущербу травматические поражения и прежде всего черепно-мозговые травмы (ЧМТ) занимают первое место, опережая сердечно-сосудистые и опухолевые заболевания. В борьбе с этим опаснейшим состоянием есть много объективных и субъективных проблем. О них рассказывает врач Сергей Евгеньевич Тихомиров.



Сергей
Евгеньевич
ТИХОМИРОВ

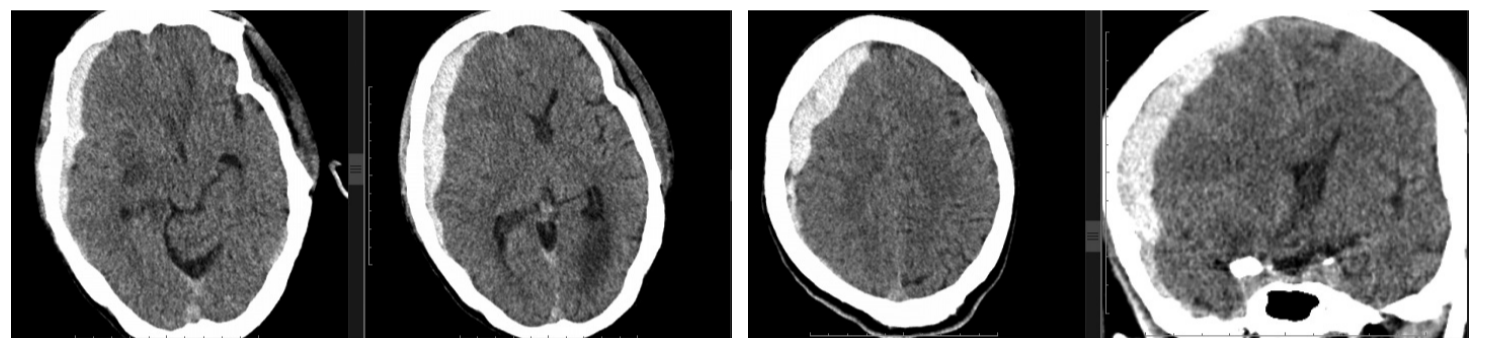
К.м.н., нейрохирург ГБУЗ ТО «Областная больница № 3» г. Тобольска

— Сергей Евгеньевич, как правильно классифицировать ЧМТ по степени тяжести? Верно ли, что травма легкой степени подразумевает не только легкую же симптоматику, но и отсутствие существенных органических повреждений мозга, его оболочек и костей черепа?

— ЧМТ по своей степени делят на легкие, средние и тяжелые. К легкой травме относятся сотрясение либо ушиб мозга легкой степени, что по сути одно и то же. Клиническая картина не выходит за границы следующих симптомов: недолгая утрата сознания с возможной анте- и ретроградной амнезией и жалобами на головную боль, головокружение, тошноту и рвоту. Сотрясения мозга вылечиваются чаще всего амбулаторно без остаточных нарушений.

При ЧМТ средней и тяжелой степени необходима госпитализация. Кроме названных мной симптомов, присутствуют более тяжелые, в том числе очаговые, а главное — всегда бывают последствия. Значимого функционального дефекта может и не остаться, но на КТ и МРТ мозга, выполненных даже через много лет, выявляются кистозно-глиозные изменения.

Зависимость между тяжестью травмы и серьезностью перелома костей черепа носит сложный характер. Есть особый вид ЧМТ — диффузное аксональное повреждение мозга. Он характерен для ДТП, когда на высокой скорости происходит резкое торможение, причем нередко и без удара головой. Оно вызывает ротацию головного мозга и разрыв аксонов, идущих от корковых нейронов к ядрам ствола. При этом кости черепа могут быть без повреждений и на голове пациента



На компьютерных томограммах головного мозга видна острая субдуральная гематома в правой лобно-височно-теменной области, грубо сдавливающая и смещающая головной мозг влево

нет следов травмы. Однако человек без сознания, в коматозном состоянии, а на КТ и МРТ обнаруживают множественные мелкие кровоизлияния в глубинных структурах головного мозга (в мозолистом теле, перивентрикулярно). Нейрохирургу здесь делать нечего. Но, увы, несмотря на интенсивное лечение, пациенты или умирают, или выходят в вегетативный статус.

В то же время если происходят переломы костей черепа, то у взрослого это свидетельствует о высокой силе удара. Тогда на КТ или МРТ выявляют стойкие травматические повреждения мозга, о которых я сказал. Вдавленные переломы костей свода черепа требуют хирургического вмешательства, и речь здесь всегда идет о ЧМТ средней или тяжелой степени. У детей же, особенно младшего возраста, эти кости тонкие, и для их перелома достаточно небольшого по силе воздействия. Но нередко ситуации, когда при КТ черепа и головного мозга выявляют перелом костей свода и/или основания, а повреждения самого мозга нет. Следовательно, и неврологические симптомы отсутствуют либо могут быть незначительными.

— Можно ли сравнить по степени опасности для мозга травматические гематомы и переломы черепа?

— Неверно утверждать, что переломы приводят к более тяжелым ЧМТ, чем гематомы, или наоборот. Каждый случай индивидуален. Однако в нашей стране из-за ряда

проблем в диагностике травматических гематом лечение таких пациентов нередко страдает по сравнению с ситуацией в развитых европейских странах. Поэтому я хотел бы в нашей беседе остановиться именно на гематомах.

ражено, поэтому и так называемый светлый промежуток в таких случаях стертый. Наиболее тяжело протекают внутримозговые гематомы, когда повреждается непосредственно вещество мозга — выявляются угнетение сознания без светлого



При сохранении жалоб пациента с ЧМТ на головную боль, тошноту более 10 дней, отрицательной динамике неврологического статуса необходимо направить его на КТ или МРТ головного мозга.

— Какие бывают гематомы, и есть ли у них своя отличительная симптоматика?

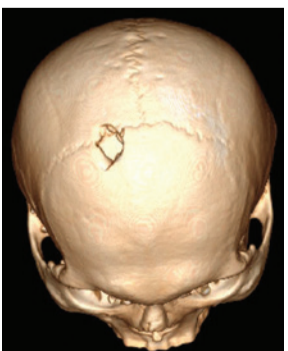
— Внутрочерепные гематомы подразделяют на эпидуральные, субдуральные и внутримозговые. Классическая картина трехфазности ЧМТ — утрата сознания сразу после травмы, затем его восстановление, а через несколько часов или дней угнетение сознания до комы — описана именно для эпидуральных гематом. Они локализуются между костями черепа и твердой мозговой оболочкой. Субдуральные гематомы располагаются между твердой мозговой оболочкой и мозгом, его повреждение в результате компрессии здесь более вы-

промежутка, выраженный очаговый неврологический дефицит.

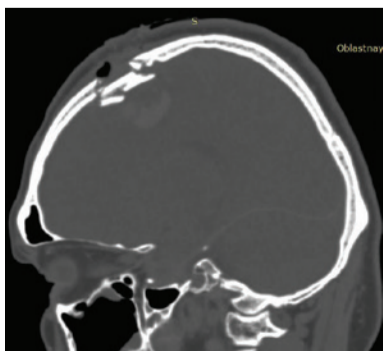
С внедрением нейровизуализации появилось понятие «гематома малого объема». Очаговая симптоматика здесь, как правило, минимальная. Гематомы менее 30 мл часто резорбируются самостоятельно и не требуют операции. Тем не менее иногда события развиваются в неблагоприятную сторону. Объем гематомы, степень дислокации мозга нарастают. Состояние пациента ухудшается, и требуется операция. Поэтому таким больным необходимы контрольные КТ или МРТ через 2–4 недели. Но в нашей практике зачастую не выполняют не только эти исследования, но и те, которые я бы назвал базовыми, необходимыми всем больным с ЧМТ.

— Поясните, пожалуйста, что вы имеете в виду?

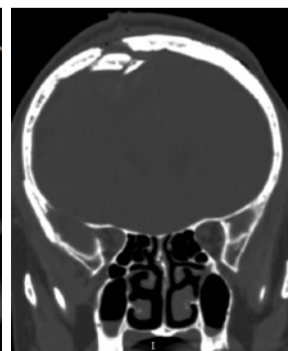
— В идеале всем пациентам, обратившимся в стационар с клиникой ЧМТ, в том числе и легкой степени, показана КТ головного мозга. Данный метод входит в стандарт обследования в приемных отделениях больниц стран Евросоюза и оплачивается страховыми компаниями. В России ситуация иная. Бригады СМП, врачи поликлиник и травмпунктов часто необоснованно диагностируют у пациента ЧМТ, когда нет даже сотрясения мозга. Иными словами, имеют место гипердиагностика и желание



На фотографии трехмерной реконструкции костей свода черепа виден вдавленный перелом лобной кости



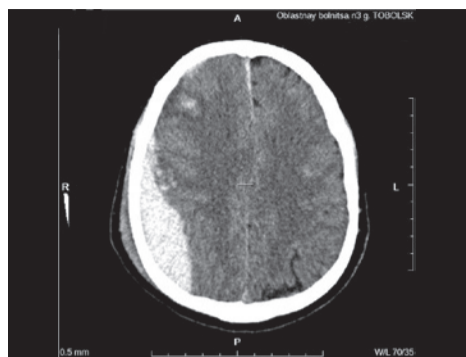
На компьютерной томограмме черепа в сагиттальной проекции виден вдавленный перелом



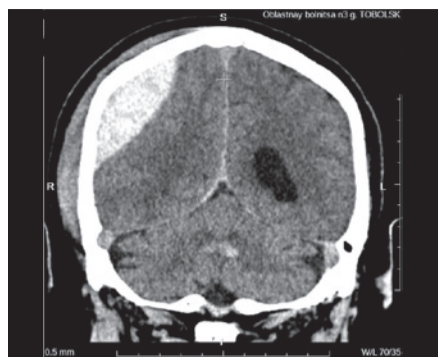
На компьютерной томограмме костей черепа во фронтальной проекции виден вдавленный перелом



На фотографии костей черепа в трехмерной реконструкции виден линейный перелом правых височной и теменной костей



На компьютерной томограмме головного мозга в аксиальной проекции видна острая эпидуральная гематома (линзовидной формы) в правой лобно-височно-теменной области и очаг ушиба мозга в правой лобной доле



На компьютерной томограмме головного мозга во фронтальной проекции видна острая эпидуральная гематома (линзовидной формы) в правой височно-теменной области

направить пациента «от себя». Так создается избыточный избыточный поток обращающихся в неврологические стационары. Выполнить всем им КТ невозможно. Ведь численность не только этих «гипердиагностированных» больных, но и пациентов с вполне реальными травмами превышает пропускную возможность кабинетов КТ в большинстве отечественных больниц.

Вместо этого выполняется рентгенография черепа. Это исследование выявляет только переломы костей, и то не всегда, но не способно визуализировать поражения мягких тканей, включая гематомы и травматическую патологию самого мозга. А значит, высока вероятность пропустить тяжелую ЧМТ. Нередко при отсутствии на краниограммах данных, свидетельствующих о переломе черепа, пациента госпитализируют или направляют на амбулаторное лечение с диагнозом «сотрясение головного мозга», затем его состояние ухудшается — таким образом проявляет себя более серьезная травматическая патология.

Если такой больной оставлен в больнице, это еще полбеды, так как лечащий невролог здесь же, в стационаре, назначит КТ или МРТ, и поражение головного мозга сделается очевидным. Гораздо серьезнее участь пациентов с ЧМТ, выписанных из стационара в удовлетворительном состоянии, но затем переживающих резкое ухудшение. Тариф ОМС не всегда покрывает расходы на КТ пациенту, обратившемуся в стационар, но затем направленному на амбулаторное лечение. Поэтому к больным с ЧМТ следует относиться с «гематомной настороженностью»: при сохранении жалоб на головную боль, тошноту более 10 дней, отрицательной динамике неврологического статуса необходимо направить пациента на КТ или МРТ головного мозга. Только эти исследования могут полностью исключить или подтвердить среднетяжелую ЧМТ.

Подготовил Александр Рылов

КОММЕНТАРИИ



Андрей Анатольевич ГРИНЬ
Д.м.н., главный внештатный специалист-нейрохирург Департамента здравоохранения г. Москвы, ведущий научный сотрудник отделения нейрохирургии НИИ скорой помощи им. Н.В. Склифосовского

Актуальность черепно-мозговой травмы не вызывает сомнения: слишком много у нас ДТП, бытовой и криминальной травмы, очень часто полученной в состоянии алкогольного опьянения. За последние годы в связи с так называемой сосудистой программой произошло переоснащение всех нейрохирургических стационаров: были получены новые компьютерные и магнитно-резонансные томографы, микроскопы и базовое операционное оборудование. С учетом многоликости проявлений черепно-мозговой травмы еще несколько лет назад в нашей стране разработаны и внедрены рекомендательные протоколы по диагностике и лечению больных с ЧМТ. Это в докомпьютерную эру всех больных, даже с сотрясением головного мозга, госпитализировали для наблюдения — а вдруг окажется более тяжелая травма. В настоящий момент алгоритм обследования предписывает всем пациентам с подозрением на ЧМТ выполнять КТ головного мозга, особенно если человек в алкогольном опьянении. Если не исключить у данного пациента эту патологию и отправить его домой, а по пути он получит реальную ЧМТ, осматривавший его врач не докажет, что травма была получена позже, а не он отпустил больного с недиагностированной черепно-мозговой травмой. И такие истории нам известны. Эти же алгоритмы (они опубликованы на сайте Ассоциации нейрохирургов РФ) предписывают, когда и кому надо повторять КТ и при каких критериях выполнять операцию. Но повторную КТ больным с критериями риска нарастания объема повреждения мозга (а они описаны и хорошо известны) проводят в сроки 6–12–24 часа, ориентируясь на клиническую картину.

Благодаря наличию современной диагностики — датчиков внутричерепного давления, КТ и МРТ, а также хорошему реанимационному пособию — многих больных, которых раньше оперировали (выполняли трепанацию черепа), теперь вылечивают без операции или с использованием минимально инвазивных доступов, применяя нейронавигацию, эндоскопию и микрохирургическую технику. Но я абсолютно согласен с коллегой, что не все пациенты попадают сразу к нейрохирургу и не у всех врачей имеется настороженность на наличие ЧМТ, повторюсь, особенно если пострадавший находится в алкогольном опьянении!

Снотворные и деменция

Последние исследования показывают, что частое применение снотворных препаратов может увеличить риск когнитивных нарушений в будущем.

На Международной конференции Ассоциации по борьбе с болезнью Альцгеймера (AAIC) в 2019 году доктор философии Yue Leng и доктор медицины Kristine Yaffe из Калифорнийского университета (Сан-Франциско, США) заявили, что пожилые люди, принимавшие снотворные средства, более чем на 40 % чаще заболевают деменцией, чем их сверстники, применявшие эти лекарства редко или вовсе их не использовавшие. Об этом свидетельствуют данные проведенного недавно исследования.

«Мы не знаем точного механизма, лежащего в основе такой зависимости, но надеемся, что полученные нами результаты заставят врачей быть более осторожными при назначении снотворных средств пациентам с высоким риском развития деменции», — сказала д-р Y. Leng.

НЕИЗУЧЕННЫЕ ПРЕПАРАТЫ

«Среди пожилых американцев снотворные средства — одни из наиболее часто назначаемых препаратов. По разным оценкам, их регулярно принимает каждый 4-й пациент преклонного возраста, — рассказывает д-р Y. Leng. — Между тем последствия применения гипнотиков изучены плохо. До недавнего времени ученых интересовали лишь краткосрочные побочные эффекты этих препаратов,

такие как повышенный риск падений или кратковременная потеря памяти».

Чтобы оценить связь между медикаментозным сном и риском развития деменции, ученые исследовали 3068 американцев в возрасте от 70 до 79 лет без признаков когнитивных расстройств. Участники сообщили о применении ими лекарств для нормализации сна на протяжении 1997–1998 гг.

В общей сложности 147 (4,8 %) исследуемых принимали снотворное «иногда» (от 2 до 4 раз в месяц), а 172 (5,6 %) — «часто» (5–15 раз в месяц) или «почти всегда» (16–30 раз). У пациентов из последней группы риск деменции был на 43 % выше, чем у тех, кто не использовал снотворные никогда или применял их редко.

ОЦЕНКА КОЛЛЕГ

Несмотря на то что исследование д-ра Y. Leng показывает связь между использованием снотворных и последующими когнитивными расстройствами, оно не демонстрирует причинно-следственные взаимосвязи. «Сегодня мы не можем окончательно утверждать, что употребление лекарств для нормализации сна вызывает у пациента в будущем когнитивные нарушения, — считает д-р David Knopman, клинический невролог из клиники Майо в Рочестере (Миннесота, США). — Лучшее понимание механизмов этой зависимости станет ключевым вопросом будущих работ».

Олег Грибков



**НЕ ПРОСТО ИЗДАТЕЛЬСТВО –
СООБЩЕСТВО МЕДИЦИНСКИХ СПЕЦИАЛИСТОВ**

www.abvpress.ru

ГАЗЕТЫ

ЖУРНАЛЫ



Реклама

КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ

Стивен Хокинг: 55 лет с боковым амиотрофическим склерозом

Рано утром 14 марта 2018 года из Кембриджа пришла печальная весть. Прожив 76 лет, скончался Стивен Хокинг, который стал не только самым необычным ученым-физиком последних двух столетий, но и символом надежды для больных боковым амиотрофическим склерозом (БАС).

За всю историю изучения этого заболевания, впервые описанного известным шотландским хирургом, анатомом и теологом Чарльзом Беллом в 1824 году (более подробная работа Жана-Мартена Шарко вышла ровно полвека спустя), всего лишь у двух человек состояние стабилизировалось и оставалось почти неизменным в течение многих лет. Первый из них — бывший гитарист-виртуоз Джейсон Бейкер, второй — астрофизик Стивен Хокинг.

Учитывая накопленные знания о драматическом течении заболевания, неудивительно, что Стивену Хокингу было суждено стать своеобразной иконой сопротивления БАС. Диагноз ему был поставлен в 1963 году. Тогда молодому ученому был всего 21 год, и врачи предполагали, что ему осталось жить всего пару лет. Несмотря на неутешительный прогноз, состояние астрофизика ухудшалось неожиданно медленно. Тем не менее к концу 1960-х годов ему пришлось начать пользоваться костылями, а затем и переселиться в инвалидную коляску.

Постепенно Хокинг потерял и способность писать, но взамен начал активно тренироваться и «перевел» свою математику (главный инструмент космолога) в визуально представляемую геометрию. Затем у ученого ухудшилась речь, и понимать его могли только близкие друзья или родственники. Так, в 1970-е годы во время визитов в Москву «личным переводчиком» Хокинга выступал не менее знаменитый сейчас физик Кип Торн, получивший в 2017 году Нобелевскую премию.

Резкое ухудшение состояния Стивена Хокинга случилось в 1985 году, когда после визита в ЦЕРН (Европейский центр ядерных исследований) физик заболел пневмонией. Ситуация была настолько серьезна, что у его супруги спрашивали разрешение на отключение мужа от аппарата искусственной вентиляции легких. Джейн Хокинг отказалась, ученый выжил, но после проведенной трахеотомии окончательно утратил способность говорить. Именно тогда он начал осваивать синтезатор речи. С 2005 года своим речевым компьютером астрофизик управлял при помощи чудом сохранившейся активности мышцы щеки. Любопытно, что программа, «читавшая» текст, имела американский акцент и «металлический голос робота», что поначалу очень раздражало ученого, но затем он сделал это своей «фишкой».

Сам же Хокинг продолжал жить и получать удовольствие от жизни: за время болезни он дважды женился и стал отцом троих детей, несколько раз летал на специальном

В своей публикации Жан-Мартен Шарко впервые показал связь между амиотрофией — характерным клиническим признаком заболевания — и патологией моторных нейронов передних рогов спинного мозга или ядер черепных нервов, обнаруживаемой на вскрытии. Течение БАС характеризуется постепенным параличом конечностей и ведет к неизбежному летальному исходу либо от инфекций дыхательных путей, либо от отказа двигательной мускулатуры. К счастью, эта болезнь достаточно редкая — от 0,86 до 2,5 случаев на 100 000 человек в год. 5–10 % БАС носит наследственный характер, остальные случаи выявляются спорадически, но их по-прежнему не удается связать с какими-то внешними факторами: другие заболевания, влияние среды и т.д. Наследственная форма патологии чаще всего связана с геном супероксиддисмутазы SOD1, что составляет 20 % всех случаев семейного БАС. Кроме того, исследования молекулярных биологов из Университета Джонса Хопкинса (Мэриленд, США), результаты которых были опубликованы в журнале Nature в 2014 году, показали, что у пациентов в клетках появляется большое количество четырехспиральных участков ДНК в гене *C9orf72*, нарушающих транскрипцию и синтез белка.

самолете для изучения невесомости и готовился к туристическому полету в космос. Продолжал ученый и активно работать: его последние публикации вышли за несколько дней до смерти.

В августе 2014 года начался флэшмоб Ice Bucket Challenge для сбора средств в фонд поддержки исследований БАС, в котором участники должны были обливаться ледяной водой. И Стивен Хокинг принял вызов. Правда, после пневмонии 2013 года врачи запретили ему переохлаждаться, и за отца приняли по ведру ледяной воды на голову все его дети. Благодаря собранным средствам появилась возможность

финансировать генетические исследования этого заболевания, и сейчас уже доступны публикации по этой тематике.

Почему же Хокинг прожил так долго? Достоверных фактов нет: история болезни астрофизика закрыта, научных публикаций по его клиническому случаю в системе PubMed не обнаружено. Известно, что свою болезнь Стивен просто не признавал и в течение жизни не давал медикам даже возможности для уточнения диагноза. Точно можно сказать, что этот случай не семейный, поскольку ни у родителей, ни у детей или других родственников Хокинга не было зафиксировано БАС.



Профессор Лео Маккласки, руководящий центром БАС в Университете Пенсильвании (США), в интервью журналу Scientific American, вышедшему к 70-летию Хокинга, предполагает, что дело может быть в так называемой ювенильной форме болезни Шарко. По словам Маккласки, в его центре наблюдаются пациенты, которым БАС был диагностирован в подростковом возрасте, но они прожили с этим заболеванием несколько десятков лет. Профессор утверждает, что динамика клинической картины у Стивена Хокинга исключает как умеренные повреждения когнитивных функций, которыми сопровождается примерно 50 % всех случаев БАС, так и массовую гибель нейронов в лобной и височной долях коры головного мозга, то есть 10–15 % случаев с лобно-височной деменцией.



Стивен Хокинг стал известен миру благодаря своим замечательным научным исследованиям, которые популяризированы в книгах и фильмах. Но он также не менее известный пациент, который частично раскрыл для нас историю своей болезни. Нет смысла обсуждать и спорить, какой именно формой болезни мотонейрона страдал Стивен Хокинг — он и так во многом приоткрыл личную медицинскую тайну, став героем художественного фильма «Вселенная Стивена Хокинга» (5 номинаций «Оскар»). Возможно, когда-нибудь медицинские документы будут открыты, и мы узнаем всю правду.

Сергей Сергеевич Никитин,
д.м.н., профессор

Мы можем также исключить и бульбарную форму БАС, которая начинается с нарушений речи и трудностей при глотании, поскольку такие пациенты, как правило, не доживают даже до полного паралича конечностей. Большинство специалистов, включая профессора Маккласки, считают, что случай Стивена Хокинга показывает, насколько велико разнообразие этого редкого заболевания, и, вероятно, на самом деле БАС может представлять собой симптомокомплекс, за которым скрывается сразу несколько болезней различной этиологии.

Подготовил Алексей Паевский

НЕВРОЛОГИЯ
СЕГОДНЯ

№ 1 (12) 2020

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 № 200349.

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.