

История и современные достижения неврологии

Волкова Л.И., д.м.н., профессор кафедры нервных болезней и нейрохирургии ГОУ ВПО УГМА Росздрава, г. Екатеринбург

History and modern achievements of neurology

Volkova L.I.

Резюме

Начало развития неврологии и нейрохирургии находит документальное подтверждение в письменных источниках и свидетельствах глубокой древности с периода эпохи неолита. В Древней Греции и Китае изучаются методы лечения неврологических заболеваний, появляется иглокальввание. Значительные достижения в неврологии и, медицине в целом, были получены в XX веке. Революцией в клинической неврологии и нейрохирургии является появление методов нейровизуализации – компьютерной и магнито-резонансной томографии. Современный уровень технического обеспечения медицины и неврологии, достижения нейрохирургии, ангиохирургии, интенсивной терапии и реанимации способствуют появлению высокотехнологичных методов лечения, диагностики и реабилитации таких тяжелых неврологических заболеваний, как инсульт, последствия травм центральной нервной системы (ЦНС), рассеянный склероз, болезнь Паркинсона, эпилепсия и др. Изучение клещевых инфекций на современном этапе сохраняет свою актуальность в связи с высоким уровнем заболеваемости, смертности и инвалидизации практически на всей территории России. Современная неврология – одна из наиболее динамично развивающихся областей медицины, базирующаяся на достижениях нейронаук: нейрогенетики, нейроморфологии, нейрохимии, нейроиммунологии, нейрофизиологии и др.

Ключевые слова: история неврологии

Summary

The beginning of development of neurology and neurosurgery finds documentary acknowledgement in written sources and certificates of an extreme antiquity since the period of an epoch of a neolith. In the Ancient Greece and China methods of treatment of neurologic diseases are studied, appears reflexotherapy. Significant achievements in neurology and, medicine as a whole, have been received in XX century. Revolution in clinical neurology and neurosurgery is occurrence of neurovisual methods - a computer and magnetic-resonant tomography. The modern level of technical maintenance of medicine and neurology, achievement of neurosurgery, angiosurgery, intensive therapy and reanimation promote occurrence of hi-tech methods of treatment, diagnostics and rehabilitation of such heavy neurologic diseases as an insult, consequences of traumas of the central nervous system, a multiple sclerosis, Parkison disease, эпилепсия, etc. Investigation tick-born encephalitis (TBE) at the present stage keeps the urgency in connection with a high level of disease, death rate in all territory of Russia. Nowadays 47 regions of Russia are determined to be endemic for TBE. Modern neurology - one of most dynamically developing areas of the medicine, based achievements neuroscience.

Keywords: history of neurology

Введение. Исторические аспекты неврологии

Первые сведения о заболеваниях нервной системы встречаются в письменных источниках и свидетельствах глубокой древности. Уже в период неолита было положено начало нейрохирургическим операциям – производилась трепанация черепа (рис.1). Пред-

полагалось, что эта процедура была необходима для освобождения демонов и злого настроения. В египетских папирусах около 3000 лет до нашей эры упоминаются параличи, нарушения чувствительности. В древнеиндийской книге Аюр-Веды сообщается о судорожных припадках, обмороках, головной боли. В Древней Греции описаны клинические проявления разнообразных неврологических заболеваний, методы их диагностики и лечения (рис.2). В Древнем Китае зарождается иглокальввание, лечение различными отварами растительных средств. Некоторые болезни (головная боль, подагра) лечились разрядами электрических рыб.

Развитие неврологии в средние века шло медленными темпами. Греческие и римские врачи средневековья распространяли в странах Средиземноморья до-

Ответственный за ведение переписки -

Волкова Л.И.,

620102, г.Екатеринбург, ул.Волгоградская, 185,

СОКБ №1, неврология,

e-mail: vli@okb1.ru



Рис.1. Признаки трепанации черепа во времена неолита



Рис.2. На папирусе изображен врач, который привязывает крокодила из глины со священным зерном во рту, затем врач должен был молиться

стижения античной неврологии. Достижения Арабской медицины были обобщены и развиты знаменитым врачом Ибн-Сина, чей труд был самым авторитетным руководством среди врачей до XVIII века. В этом труде он излагает некоторые сведения по анатомии нервной системы, подчеркивает взаимное влияние мозга и внутренних органов, подробно описывает некоторые симптомы заболеваний головного мозга и методы лечения.

В Европе в конце XIII века впервые были описаны внешние проявления сотрясения мозга, а только в конце XV века – установлено, что кровотечение из ушей является признаком повреждения основания черепа. В XVI веке высказываются догадки о механико-рефлекторном характере деятельности животных, проводятся эксперименты по установлению функций спинного мозга. Неврология XVII века харак-

теризуется большими достижениями в изучении анатомии нервной системы. В XVIII веке возникает новое направление — электрофизиология нервной системы; одной из причин ее развития — распространение идеи о тождестве, так называемой нервной силы с электричеством. В первой половине XIX века начинается быстрое развитие физиологии нервной системы и экспериментальной неврологии: создаются первые модели эпилепсии и впервые изучается избирательное действие фармакологических веществ на мозг. Вторая половина XIX века — это период быстрого прогрессивного развития неврологии, основанного на достижениях физических и химических наук.

К важнейшим открытиям неврологии XX века относятся: учение И. П. Павлова о высшей нервной деятельности, раскрытие эволюционно-генетических закономерностей формирования структуры и функций мозга, применение метода электростимуляции глубоких структур мозга для изучения его функций, успехи в области химии нейронов, биохимической дифференциации различных структур центральной и периферической нервной системы. К 1950-1970 годам развитие неврологии достигло своего пика – были разработаны многие современные методы диагностики и лечения, сформированы программы реабилитации, созданы лекарственные препараты и т.д.

Двадцатый век ознаменовался революцией в визуализации головного и спинного мозга, что было обусловлено фундаментальными исследованиями по математической реконструкции объекта из набора множественных проекций. В 1962 году E.Kuhl и P.Edwards, в 1963 году А. Кормак произвели математическую реконструкцию трансаксиального изображения черепа и головного мозга. Аналогичные исследования проводились G.N. Hounsfield (1967 - 1971) в лаборатории фирмы «EMI». На основании этих разработок в 1970 году был сконструирован первый рентгеновский компьютерный томограф для исследования головного мозга. Так, в дополнение к классической клинической диагностике, основанной на традиционном неврологическом осмотре пациента с использованием молоточка и люмбальной иглы, пришли современные диагностические технологии, позволяющие «увидеть» зоны патологически измененной мозговой ткани и окружающих структур, что значительно расширило диагностические возможности невролога.

Наряду с прогрессом в нейровизуализации, современная клиническая неврология использует достижения нейронауки: нейрогенетики, нейроморфологии, нейрохимии, нейроиммунологии, нейрофизиологии и др., что значительно обогащает наши знания этиологии, патогенетических механизмов, патоморфологии многих заболеваний нервной системы.

Последние тенденции развития современной неврологии нашли свое отражение в докладах и научных публикациях 2010 года на Мировом Конгрессе по инсульту в Сеуле и Европейской Федерации неврологических обществ в Женеве

Решение вопросов диагностики, лечения и профилактики инсульта относятся к наиболее приоритетным направлениям современной неврологии

Согласно современным данным, каждую вторую секунду в мире происходит инсульт, но его частота в разных странах различна. В странах с высоким уровнем дохода за последние несколько десятилетий она снизилась на 42%, а в странах с низким и средним уровнем дохода (к которым относится Россия) выросла более чем вдвое, и в настоящее время превышает таковую в богатых странах. В странах с высоким уровнем дохода с 1970 по 2000 г. заболеваемость инсультом в возрасте 65 - 84 лет ежегодно снижалась на 4%. Видимому, это связано с изменением образа жизни в здоровую сторону, реализацией государственных программ по профилактике сосудистых заболеваний. Согласно эпидемиологическому анализу, летальность от инсульта на 60% зависит от курения, артериальной гипертонии и плохого питания.

В вопросах оказания экстренной помощи при ишемическом инсульте лидирующее значение сохраняется за активным использованием тромболитической терапии. В большинстве специализированных центров США не менее 10% больных получают рекомбинантный тканевой активатор плазминогена (РТПА) (в нашей области - 1,5-2%). С целью увеличения доступности терапии, в целях экономии средств и из-за нехватки неврологов, в этих центрах в США работают фельдшеры, прошедшие специальный курс по проведению тромболитической терапии по программе NET SMART (www.learnstroke.com). Программа построена на дистанционном обучении в течение года (14 модулей) с последующей 80-часовой стажировкой в сосудистом отделении. В настоящее время в США уже более сотни таких фельдшеров, имеющих лицензию на проведение тромболитической терапии. В результате удается значительно сократить время до начала тромболитической терапии и увеличить количество центров, оказывающий данный вид помощи.

В связи со сложностью соблюдения сроков госпитализации пациента в пределах терапевтического окна (до 3 часов), было проведено Европейское кооперативное исследование острого инсульта (ЕКИОИ III) (European Cooperative Acute Stroke Study ECASS III) доказавшее эффективность внутривенного тромболитического альтеплазы до 4,5 часов после дебюта ишемического инсульта (результаты были доложены на VI Всемирном конгрессе по инсульту в Вене в октябре 2008 г.). В 2010 году Н.Вальгрен (N.Wahlgren, Швеция) были представлены результаты последующего исследования, сравнившего исходы внутривенного тромболитического альтеплазы до октября 2008 г., когда терапевтическое окно составляло 3 часа, и после этой даты, когда оно было увеличено до 4,5 часа. В группе пациентов, получавших тромболитическую терапию в сроки от 3 до 4,5 часа было зарегистрировано несколько больше случаев ятрогенных внутримозговых кровоизлияний и более высокая летальность, по сравнению с группой тромболитической до 3 ча-

сов. Был сделан вывод, что, несмотря на то, что тромболитическая терапия в первые 4,5 часа после инсульта оправдан, но до сих пор альтеплаза официально разрешена к применению только в первые 3 часа, применение ее в более поздние сроки должно быть детально документально.

Большой проблемой в оказании помощи больным с ОНМК, остаются пациенты с «инсультами пробуждения». В 10 - 15% случаев инсульт развивается во сне (т.н. инсульты пробуждения wake-up strokes), а в большинстве случаев точное время начала инсульта может быть подвергнуто сомнению. Ряд исследователей предлагает использовать методы нейровизуализации для уточнения времени с момента появления первых симптомов, и только потом обсуждать вопрос о проведении тромболитической терапии. С этой целью необходимо провести большие проспективные контролируемые клинические исследования.

Расширению показаний к назначению тромболитической терапии было посвящено сообщение Н.Мишра (N.K.Mishra, Великобритания). Анализируя базу данных около 3,5 тыс. больных старше 80 лет, он показал, что, несмотря на то, что старческий возраст, диабет и повторные инсульты являются прогностически неблагоприятными факторами, однако в каждой из трех вышеперечисленных групп исходы при применении тромболитической терапии были лучше, чем в контрольных группах. Таким образом, отказ от назначения альтеплазы в этих случаях является неоправданным. Кроме того, в настоящее время начато мультицентровое клиническое исследование по применению внутривенного тромболитического альтеплазы в первые 6 часов после инсульта (www.ist3.com), где почти половина рандомизированных больных старше 80 лет.

Б.Индредавик (B.Indredavik, Норвегия) представил любопытные факты о работе инсультных отделений в ряде европейских стран. Сколько времени проводят в постели больные с инсультом в рабочее время (с 8.00 до 17.00)? В Трондхейме (Норвегия) этот показатель составляет 35%, а в С.Петербурге он приближается к 100% (т.е. больные постоянно лежат в постели). Если в Трондхейме больная проводит с инструктором ЛФК 14% рабочего времени, то в С.Петербурге всего 1%. По данным метаанализа 17 клинических испытаний, снижение числа осложнений при инсульте, связанных с неподвижностью больных, приводит к уменьшению летальности до 4%. Благодаря эффективной системе догоспитальной помощи больным, в Норвегии половина больных инсультом госпитализируется в первые 3 часа после дебюта заболевания. Диагностика, мониторинг, неотложная помощь и реабилитация проводятся одновременно в первые часы госпитализации. Трондхеймовская модель оказания помощи при инсульте включает раннюю (в первые сутки) активизацию больных, противопоказаниями для которой являются: кровоизлияние в желудочки мозга, систолическое артериальное давление (САД) выше 210 мм рт. ст. или ниже 100 мм рт. ст. в положении лежа, острый инфаркт миокарда, некомпенсированная сердечная не-

достаточность, тахикардия более 100 ударов в минуту. При коррекции этих факторов, в большинстве случаев мобилизация начинается через 24-48 часов после начала инсульта. Ранняя вертикализация может оказывать благотворное влияние на восстановление сознания, кровообращения, оксигенацию и мотивацию, способствует профилактике многих осложнений, связанных с длительным постельным режимом, т.к. «койка опасное место для инсультных больных» («Bed is a dangerous place for stroke patients»).

Активно продолжается изучение механизмов восстановления мозга после инсульта. В списке потенциальных агентов саногенеза на первом месте находятся факторы роста, затем идут другие большие, малые молекулы (например, амфетамин, инозин, леводопа, ропинирил, эсциталопрам, аторвастатин и т.д.), стволовые клетки, интенсивная ЛФК, роботы и нейропротезы (www.strokerobot.com), транскраниальная электромагнитная и лазерная стимуляция мозга, стимуляция первичной двигательной коры с помощью эпидуральных электродов, когнитивные тренировки и т.д. В современной реабилитации активно применяются различные программы тренировок, такие как ограничение движений здоровой конечности (constraint-induced movement therapy), двусторонняя тренировка рук (bilateral arm training), применение зеркала (mirror therapy) и роботов (robot-assisted training). Дальнейшее развитие нейрореабилитации связано с изучением процессов нейропластичности, генотипа и индивидуальным подбором лекарственной дозировки и комбинированной терапии. Кроме того, известно, что часто может наблюдаться спонтанное восстановление нарушенных функций, поэтому важно изучать и его механизмы для поиска новых терапевтических подходов.

Важным современным достижением доказательной медицины в долгом споре по преимуществу эффективности и безопасности профилактики повторного инсульта с помощью каротидной эндатерэктомии (КЭ) и эндоваскулярного стентирования сонных артерий (ССА), было получение результатов двух многоцентровых исследований: 1) «Международное исследование по каротидному стентированию» (International Carotid Stenting Study – ICSS), включавшего 50 центров из 15 стран и 1713 больных со стенозами сонных артерий (половине проводилась КЭ, а другой половине – ССА); 2) Сотрудничество испытателей каротидного стентирования» (Carotid Stenting Trialists Collaboration – CSTC) участвовало 3433 больных. Оба клинических испытания продемонстрировали большую частоту инсультов и смертей после ССА, особенно у больных старше 70 лет. Однако в группе ССА несколько меньше был риск инфаркта миокарда. В результате, впервые был сделан вывод, что КЭ является операцией выбора для профилактики ишемического инсульта, но ССА может быть альтернативой у больных молодого возраста и в тех случаях, когда КЭ противопоказана.

Получены интересные данные и по вопросу профилактики первичных инсультов при асимптомных

стенозах. Стеноз более 50% просвета сонной артерии встречается у 2-8% населения, а стеноз более 80% – у 1-2%. Ежегодный риск развития инсульта при асимптомном стенозе составляет 2%. 10 летнее наблюдение за пациентами с асимптомным стенозом (Asymptomatic Carotid Surgery Trial – ACST) не выявило преимуществ оперативного вмешательства, особенно на фоне назначения статинов в высоких дозах, ингибиторов АПФ, пиоглиитазона при инсулиновой резистентности, средиземноморской диеты. Консервативное лечение оказалось в 6-8 раз дешевле, чем КЭ или ССА. В результате было сделано 2 вывода: «оптимальная тактика лечения больных с асимптомным стенозом сонных артерий в XXI веке опять неизвестна» и «стентирование сонных артерий должно проводиться только в рамках рандомизированных клинических испытаний». Этот же вопрос решался и в международном мультицентровом исследовании (The Asymptomatic Carotid Emboli Study ACES), результаты которого опубликованы в журнале *The Lancet Neurology* и на сайте www.eurostroke.eu. В результате была выделена группа пациентов с высоким риском развития инсульта – с асимптомным стенозом сонной артерии более 70% и наличием бессимптомных эмболов в ипсилатеральной средней мозговой артерии, для которых польза от проведения КЭ будет максимальной.

Одной из важных тем сосудистой неврологии и нейрохирургии являются неразорвавшиеся аневризмы и артериовенозные мальформации. На Мировом Конгрессе инсульта Я.Мураяма (Y.Murayama, Япония) представил 2378 случаев неразорвавшихся аневризм, из которых 656 были оперированы (в 560 случаев полость аневризмы заполнялась спиралями (coiling), в 96 случаях проводилось клипирование шейки аневризмы), а 1772 случая находилось под наблюдением. В этой группе в 41 случае отмечался разрыв аневризмы (ежегодная частота разрыва составила 1,8%), что в половине случаев приводило к грубой инвалидизации больных. Автор предлагает придерживаться следующего алгоритма: при аневризмах менее 5 мм рекомендуется наблюдение с повторной трехмерной КТ-ангиографией каждые 6 месяцев, при аневризмах от 5 до 10 мм предлагается оперативное лечение, а при аневризмах более 10 мм оно настоятельно рекомендуется.

До настоящего времени обсуждаются вопросы приоритета сосудистой и дегенеративной этиологии в развитии деменции. Если в начале прошлого века все случаи деменции объяснялись церебральным атеросклерозом, то затем (в 1990е годы) первенство было отдано болезни Альцгеймера (БА). Сейчас большинство случаев деменции объясняют смешанной этиологией заболевания. Работа мозга во многом зависит от мозгового кровотока. Недавно была выдвинута концепция «нейроваскулярного модуля» (neurovascular unit), включающего нейрон, нейроглию (астроцит и микроглию) и капилляр. При БА атеросклероз более выражен. Как известно, факторы риска БА и цереброваскулярных заболеваний одинаковы (возраст, артериальная

гипертензия, диабет, дислипидемия, АпоЕ и т.д.). В патогенезе БА ключевая роль отводится амилоиду, но он влияет и на мозговые сосуды. Возникает вопрос: каким образом сосудистая дисрегуляция влияет на мозговую дисфункцию? В поисках ответа на этот вопрос проводятся многочисленные экспериментальные исследования. В частности, при моделировании БА на трансгенных мышах уже в ранней стадии отмечалось снижение как нейрональной, так и нейрососудистой реакции. Как БА, так и артериальная гипертензия вызывают оксидантный стресс и воспаление, что, в свою очередь, приводит к когнитивным нарушениям. Таким образом, «цереброваскулярное здоровье необходимо для когнитивного здоровья».

Одной из важных тем, обсуждаемых в последнее время в неврологических научных кругах, является лечение болезни Паркинсона. Трудности и тупики длительной медикаментозной терапии широко известны. После 2,5-3,5 лет назначения препаратов леводопы двигательные осложнения наблюдаются в 21% случаев, а после 9 лет их число увеличивается до 70%. Важно искать новые пути ранней диагностики, основываясь на немоторных симптомах болезни, и новые лекарственные и нейрохирургические методы лечения, в т.ч. с использованием глубокой стимуляции мозга (ГСМ) (deep brain stimulation – DBS). Данный метод лечения в настоящее время рассматривается не только как операция выбора при некоторых формах болезни Паркинсона, но и как метод лечения синдрома Жилля де ля Туретта, невроза навязчивых состояний (обсессивно-компульсивном расстройстве), депрессии, наркомании. Мишенью для имплантации электрода при синдроме Жилля де ля Туретта является внутренний членник бледного шара, при обсессивно-компульсивном расстройстве – субталамическое ядро (STN), а при депрессии – субкаллозный отдел поясной извилины или вентральные отделы полосатого тела (striatum). Несмотря на обнадеживающие результаты, ГСМ всё еще находится в экспериментальной стадии.

Актуальной темой современной неврологии является вегетативный статус. В настоящее время не существует европейских рекомендаций по данному клиническому синдрому. Следствием этого является большое число случаев ошибочной диагностики, особенно при дифференциации вегетативного статуса и состояния минимального сознания (в последнем случае больной способен выполнять элементарные инструкции). Предполагаемое число неправильных диагнозов при вегетативном статусе достигает 40%. С помощью ЭЭГ и функциональной МРТ удалось показать, что прежние взгляды на вегетативный статус как на смерть некортекса являются ошибочными. Возможно, больные в вегетативном статусе чувствуют боль, что может иметь прямые клинические и этические последствия (www.comascience.org). В лечении вегетативного статуса показано назначение амантадина в максимальной дозе 200 мг ежедневно в утренние часы. Однако этот препарат может провоцировать эпилептики, и потому це-

лесообразно начинать с введения меньшей дозы, ежедневно увеличивая ее на 25 мг. Большие надежды связываются с применением глубокой стимуляции мозга (ГСМ), что подтверждает описание случая успешной стимуляции таламуса (США) при состоянии минимального сознания после тяжелой черепно-мозговой травмы.

Вопросы диагностики смерти мозга при активно развивающейся трансплантации органов, чрезвычайно важны и актуальны. Как известно, ангиография является золотым стандартом диагностики данного состояния. В современных исследованиях было показано, что результаты контрастной КТ-ангиографии в сочетании с изменениями на ЭЭГ и транскраниальной доплерографией могут составить основу протокола диагностики смерти мозга.

Крупным событием российской неврологии 2010 года явилась Всероссийская научно-практическая конференция «Актуальные вопросы диагностики и лечения заболеваний нервной системы» и правление Пленума Всероссийского общества неврологов (ВОН) в Ярославле. Председателем правления ВОН, академиком РАМН Евгением Ивановичем Гусевым было отмечено, что в настоящее время ВОН насчитывает 75 региональных отделений и объединяет около 8,5 тыс. человек (что составляет примерно треть от общего числа российских неврологов). Созданный при ВОН Комитет по образованию в сотрудничестве с Всемирной федерацией неврологов и Европейской федерацией неврологических обществ регулярно проводит школы и семинары по различным разделам неврологии.

Пленарный доклад зам.директора Научного центра неврологии РАМН профессора М.А.Пирадова был посвящен достижениям нейрореаниматологии, определяемой как «учение об эффективной защите и восстановлении тяжело нарушенных функций мозга». Основоположником этой дисциплины в СССР является профессор Любовь Попова (1916-2000). Развитие нейрореаниматологии связано с появлением в 1930-е – 1940-е гг. первых аппаратов для ИВЛ. Нейрореаниматология как научное и клиническое направление базируется на пяти основных позициях: 1) контроль и лечение нейрогенных дыхательных нарушений; 2) коррекция внутричерепной гипертензии; 3) диагностика и лечение коматозных и неотложных неврологических состояний; 4) лечение тяжелых неврологических осложнений соматогенного генеза. Дыхательные нарушения и состояние внутричерепного давления в подавляющем большинстве случаев определяют характер течения и прогноз тяжелых неврологических расстройств. Нейрогенные дыхательные нарушения отмечаются у каждого третьего реанимационного больного. По словам М.А.Пирадова, «длительная ИВЛ является тем фундаментом, на котором возможно построение высококлассного нейрореанимационного центра для лечения любых критических состояний, связанных с поражением нервной системы». Основой для принятия грамотных решений в нейрореаниматологии явля-

ется нейромониторинг - комплекс специальных методов оценки состояния головного мозга, включающих в себя определение мозгового кровотока, внутричерепного давления (ВЧД), оксигенации, метаболизма и функций мозга. Для мониторинга химического состава тканей используется микродиализ. Этот метод позволяет осуществить локальное определение метаболизма в тканях, раннее обнаружение ишемии и клеточных повреждений. Выявление химических изменений до появления клинических симптомов, позволяет улучшить результаты лечения за счет ранней коррекции терапии.

С пленарным докладом о развитии программы по снижению заболеваемости и смертности от сосудистых заболеваний в России, охвату всего населения высокотехнологической помощью при инсульте выступила профессор Людмила Витальевна Стаховская (РГМУ).

Член-корреспондент РАМН Владимир Алексеевич Карлов (МГМСУ) выступил с докладом о проблемах российской эпилептологии. В последнее десятилетие в мире происходит выделение эпилептологии в качестве самостоятельной клинической дисциплины, появление ассоциаций больных эпилепсией и специальных национальных программ, в т.ч. по лекарственному обеспечению, что способствует существенно улучшению качества жизни пациентов. Но, все более острый характер, особенно для России, приобретает проблема назначения противосудорожных препаратов - дженериков, поскольку они намного дешевле оригинальных препаратов. К сожалению, примерно в половине случаев неврологи сталкиваются с проблемами низкой их эффективности, приводящими к срыву ремиссий и формированию фармакорезистентных форм болезней. Важны российские регламентирующие положения по леготному обеспечению больных эпилепсией, утвержденные Минздравсоцразвития.

Проблемам и перспективам детской неврологии был посвящен пленарный доклад профессора Андрея Сергеевича Петрухина (РГМУ). Три четверти заболеваний детского возраста являются нервно-психическими, однако отечественная статистика крайне скудна - нет данных по детским инсультам, лейкоцитариям и лейкоэнцефалопатиям, миопатиям, церебральному параличу у взрослых и ряду других нозологий. А.С. Петрухиным было обращено внимание на недопустимую гипердиагностику перинатальных энцефалопатий. В России этот диагноз ставится у 75-85 % новорожденных, а США - у 0,8 %! Диагноз «гипертензионно-гидроцефальный синдром» известен лишь у нас. Гипоксия-ишемия мозга новорожденных была названа основной проблемой неонатальной неврологии. Недоношенные дети, представляющие группу риска, составляют 20% всех родившихся в РФ. При этом наблюдаются внутримозговые кровоизлияния и перивентрикулярные лейкомаляции.

Генодиагностика была названа «решающим прорывом в установлении этиологии и патогенеза заболеваний». Идентифицировано свыше 300 генов, ответственных за развитие различных наследственных бо-

лезней нервной системы, выявлен генный продукт, установлен механизм работы патологического гена. В рамках международной программы «Геном человека» появились принципиально новые методы ДНК-диагностики, что привело к пересмотру базовых принципов систематизации наследственных заболеваний нервной системы, геномному подходу к созданию классификации наследственных заболеваний нервной системы.

Главным итогом Пленума ВОН, состоявшегося во время конференции, стало решение о проведении летом 2012 г. в Нижнем Новгороде очередного, X съезда ВОН.

К современным научным достижениям неврологов Урала, Сибири и Дальнего Востока можно отнести знаменательное событие 2010 года - II Национальную конференцию с международным участием «Нейроинфекции. Современные аспекты клещевых инфекций», которая прошла в г.Екатеринбурге. В конференции приняли участие ведущие специалисты, ученые, врачи - эпидемиологи, неврологи, вирусологи, инфекционисты, лаборанты, биологи, занимающиеся проблемами эндемичных нейроинфекций. Почетным гостем конференции был Директор Института социальной медицины Университета Вены, Председатель Международной научной рабочей группы по клещевому энцефалиту, профессор Michael Kunze. Всего в конференции приняли участие 436 специалистов. Участники представляли 32 города России из различных федеральных округов и ближнего зарубежья.

До настоящего времени практически вся территория России является эндемичной по клещевым инфекциям, сохраняется высокий уровень заболеваемости, смертности и инвалидизации, что имеет высокое медико-социальное значение. За 2005-2009гг. зарегистрировано 17756 случаев клещевого энцефалита: большинство - 54,6% в Сибирском федеральном округе, 19% в Уральском округе. Для последних лет характерен рост регистрации случаев клещевого боррелиоза - всего за 2005-2009гг. выявлено 39589 случаев заболевания. Наибольшее распространение иксодовый клещевой боррелиоз имеет в Приволжском - 25,7%, 20,8% - в Сибирском и 17,6% - в Северо-Западном округах. В последние годы учеными удалось доказать существование различных антигенных и генетических подтипов вируса клещевого энцефалита, на большинстве эндемичных территорий России стали регистрироваться различные варианты иксодовых клещевых боррелиозов, эрлихиоза, риккетсиоза, анаплазмоза. В связи с тем, что природные очаги клещевых инфекций, как правило, являются сочетанными, велика вероятность развития микст-инфекций. К сожалению, до настоящего времени ряд инфекций, переносимых иксодовыми клещами не имеют официальной регистрации, что не позволяет получать достоверные статистические данные по уровню их заболеваемости.

Профессор Michael Kunze представил австрийский опыт контроля за уровнем заболеваемости клещевым энцефалитом - так, достижение охвата вакцинацией против клещевого энцефалита населения страны до 88%, позво-



Рис.3. Рабочая группа по изучению инфекций, передающихся иксодовыми клещами в России

лило сократить число заболевших КЭ с 677 с 1979 году до 79 в 2009г. и показало 99% эффективность проводимых профилактических мер. Высокий уровень лиц, имеющих вакцинацию, позволил полностью отказаться от пассивной иммунизации населения специфическим иммуноглобулином после укуса клеща. К сожалению, до настоящего времени, в большинстве других Европейских стран – Германии, Чехии, Словакии, Польше, странах Балтии охват вакцинацией составляет от 9 до 39%, что ведет к регистрации высокого уровня заболеваемости клещевым энцефалитом в этих странах.

Аналогичная картина наблюдается и на территории России, большинство регионов которой являются высоко эндемичными по клещевому энцефалиту. Не случайно местом проведения II Национальной конференции «Нейроинфекции» была выбрана Свердловская область, где Уральская школа неврологов и нейрохирургов проф. Д.Г.Шефера, специалисты ФГУЗ «Центра гигиены и эпидемиологии в Свердловской области» славятся давними научными традициями в изучении проблемы клещевых инфекций и достижениями по контролю за уровнем заболеваемости клещевым энцефалитом путем массовой вакцинопрофилактики населения области. В 2009 году охват вакцинацией в Свердловской области составил 78%, привитость 72%. Реализация программы «Вакцинопрофилактики» в Свердловской области позволила снизить заболеваемость в 10 раз, предупредить 3355 случаев заболевания, 63 летальных исхода, 662 случая инвалидности. Предотвращенный экономический ущерб только за 2009 год составил 47840,4 тыс. рублей.

Важным результатом конференции было создание рабочей экспертной группы (рис.3) по вопросам клещевых инфекций, задачей которой является решение актуальных вопросов профилактики, диагностики, лечения и организации помощи больным. Наиболее важными из них являются:

- Разработка региональных программ эпидемиологического надзора над природно-очаговыми инфекциями;

- Проведение широкого мониторинга природных очагов, географического распространения вариантов вируса клещевого энцефалита;

- Расширение объемов вакцинопрофилактики клещевого энцефалита на эндемичных территориях России; поиск путей повышения эффективности вакцин против клещевого энцефалита;

- Внедрение в практику методов экспресс-диагностики всего спектра инфекций, переносимых иксодовыми клещами;

- Изучение различий патологических изменений и клинических проявлений различных вариантов вируса клещевого энцефалита и клещевого боррелиоза;

- Разработка и анализ эффективности схем лечения различных форм клещевых инфекций;

- Пересмотр методических указаний для унификации подходов к диагностике клинических форм, вопросов классификации острых и хронических форм, методов диагностики, диспансерного наблюдения клещевого энцефалита и иксодового клещевого боррелиоза;

- Активизация санитарного просвещения населения.

Современная неврология - одна из наиболее динамично развивающихся областей медицины

Современный уровень технического обеспечения медицины и неврологии, достижения нейрохирургии и ангиохирургии способствуют появлению высокотехнологичных методов лечения, диагностики и реабилитации таких тяжелых неврологических заболеваний, как инсульт, последствия травм центральной нервной системы (ЦНС), вертеброгенные заболевания, рассеянный склероз, болезнь Паркинсона, эпилепсия и др. Вместе с тем, неврология остается ведущей клинической дисциплиной, самым тесным образом связанной с другими разделами клинической медицины - терапией, кардиологией, хирургией. ■