

Inventas vitam juvat excoluisse per artes.
Життя вдосконалюється відкриттями в царині мистецтв.

*Напис на Нобелівській медалі
з медицини та фізіології —
цитата з «Енеїди» Вергілія*

16-й Конгрес Європейської федерації неврологічних товариств (EFNS)

У Стокгольмі 8—11 вересня цього року відбувся найбільший за роки існування Європейської федерації неврологічних товариств (EFNS) конгрес (66 наукових секцій, 28 навчальних курсів, 13 сателітних симпозіумів, 1988 постерних доповідей), який зібрав 5400 науковців зі 105 країн світу. Символічно, що останній конгрес EFNS як окремої неврологічної організації проведено в столиці Швеції — місті, де щорічно відбувається вручення Нобелівської премії за визначні досягнення в різних галузях науки. У 2015 р. планується об'єднання двох неврологічних організацій (EFNS та Європейського неврологічного товариства (ENS)) в єдину Європейську неврологічну академію (EAN).

Програма конгресу була вкрай насиченою та різноманітною. До уваги науковців на одній із перших секцій було представлено відносно новий, цікавий формат доповідей у вигляді дебатів, присвячених взаємопротилежним підходам до лікування або діагностики неврологічних захворювань, а саме епілепсії (моно- чи політерапія) та деменції (різні підходи до етапності виявлення хворих). З одного боку, призначення одного препарату у хворих з епілептичними судомами має багато переваг: ефективний у половини пацієнтів, незначна кількість побічних ефектів, відсутність небажаної взаємодії між препаратами, кумулятивних ефектів, тератогенного ризику, краща прихильність до терапії та менші фінансові витрати. Однак, з другого боку, в разі рефрактерної епілепсії, епілептичних нападів, які не піддаються адекватному контролю, політерапія залишається незамінною у 30—40 % пацієнтів.

На думку проф. P. Scheltens (Амстердам), хворими з деменцією мають займатися лише спеціалісти з обов'язковим проведенням в кожному сумнівному випадку магнітно-резонансної томографії (МРТ) головного мозку; за необхідності диференційної діагностики — позитронно-емісійної томографії з фтордезоксиглюкозою (ФДГ-ПЕТ), однофотонної

емісійної комп'ютерної томографії, ПЕТ-детекції амілоїдних бляшок.

Проф. L.-O. Wahlund (Стокгольм) наголосив на тому, що у зв'язку зі збільшенням у світі кількості хворих з деменцією проводити кожному пацієнту високовартісне МРТ або ПЕТ-обстеження неможливо. Краще застосовувати комп'ютерно-томографічні (КТ)-дослідження, проведення яких можливе на етапі надання первинної неспеціалізованої медичної допомоги, та біохімічні обстеження (визначення у лікворі вмісту протеїнів-А β , τ -протеїну та фосфорильованого τ -протеїну).

На секції, присвяченій цереброваскулярним захворюванням, обговорювали предиктори розвитку відстрочених (понад 6 міс) епілептичних нападів після розвитку внутрішньомозкових кроволивів. Лобарну локалізацію гематоми, цукровий діабет, а також наявність лобарних мікрокрововиливів на МРТ головного мозку (≥ 3) внаслідок церебральної амілоїдної ангіопатії визначено як незалежні чинники розвитку судом. Результати Норвезького дослідження NORSTROKE свідчать про те, що низька температура тіла протягом 6 год від моменту розвитку ішемічного інсульту пов'язана з вираженішим неврологічним дефіцитом, оскільки гіпотермія перешкоджає лізису кров'яного зсідка, що в такому випадку, ймовірно, переважає позитивний ефект низьких температур як нейропротекторного агента. В доповіді німецьких вчених продемонстровано позитивний ефект застосування 4-амінопіридину у хворих з церебелярними розладами. Препарат поліпшує ходу пацієнтів, зменшує ризик падінь, впливаючи на функцію клітин Пуркін'є.

Низка доповідей була присвячена аналізу даних останніх досліджень стосовно контролю артеріального тиску (АТ) у хворих з ішемічним та геморагічним інсультами. Так, у пацієнтів з ішемічним інсультом систолічний АТ у гострий період слід підтримувати на рівні > 140 мм рт. ст. Дещо підвищений АТ забезпечує фізіологічний та механічний меха-

нізми адекватної перфузії ядра некрозу та пенумбри внаслідок порушеної авторегуляції. При геморагічному інсульті, навпаки, інтенсивніше зниження систолічного АТ є безпечним та поліпшує клінічні наслідки (результати дослідження INTERACT). Вивчення цього питання триває.

На незвичній за своїм форматом секції «Чудове життя», організованій Європейською федерацією неврологічних асоціацій, доповідачі не лише окреслили низку наукових питань, а також виконали кілька музичних творів Й.С. Баха, Р. Шумана, Й. Брамса. Проф. E. Altenmuller зазначив у вступному слові, що заняття музикою не лише поліпшують моторні функції у хворих після інсульту, а й підвищують нейропластичність головного мозку. Також вчений висвітлив проблему розвитку фокальних дистоній у музикантів. Яскравий приклад — відомий піаніст Р. Шуман. Частота цієї патології на сьогодні становить 1—2 %, однак у більшості випадків залишається не діагностованою. Виникає переважно у пацієнтів чоловічої статі (78 %) віком до 40 років (85 %), які займаються класичною музикою (84 %); найчастіше у піаністів та гітаристів, рідше — у флейтистів. Механізм розвитку пов'язаний зі сповільненою латеральною блокадою суміжних нейронних мереж, які обробляють інформацію від окремих пальців руки в результаті розмитості їх сомато-сенсорного представництва в корі. Лікувальна тактика залишається комплексною і тривалою: ін'єкції ботулотоксину, призначення антихолінергічних препаратів, ергономічна адаптація, педагогічна перепідготовка, можливо, електрофізіологічна стимуляція.

У лекціях, присвячених інфекційному ураженню ЦНС, узагальнено дані щодо етіопатогенезу, клінічних виявів та наслідків інфекційного втручання. Неврологічні ускладнення вакцинації (у разі синдрому Гієна—Барре та гострого розсіяного енцефаломієліту) висвітлив проф. I. Steiner. J. Sellner (Німеччина) доповів про глобальне значення інфекцій ЦНС. Насамперед це енцефаліти, спричинені вірусом простого герпесу 1 (90 %) і 2 типу (10 %). У них відсутня сезонність, гендерні особливості. Виникають вони спорадично і мають геморагічно-некротичний характер, уражаючи переважно скроневу частку мозку. Третина таких енцефалітів — первинні, решта — вторинні. Найчастіше хворіють пацієнти віком понад 50 років і до 20 років.

Іншою важливою патологією є васкулопатія, спричинена вірусом оперізувального герпесу — VZV. Цей вірус виявляється у стінках малих та великих артерій. У 70 % хворих патологію діагностують при проведенні ангіографії. У півкулях мозку вірус спричиняє утворення вогнищ у сірій і білій речовині, найчастіше множинні, ніж поодинокі, які мають тенденцію до збільшення розміру.

Ще однією важливою проблемою є трансплантація органів. Неврологічні ускладнення трансплантації виникають у 30—60 % випадків, найчас-

тіше — як вірусні або грибкові інфекції ЦНС. Так, наприклад, лімбічний енцефаліт, спричинений HHV6, розвивається через місяць після трансплантації і має поганий прогноз. Смертність за таких ускладнень трансплантації сягає 70—90 %. Такі самі проблеми виникають і при використанні алогенних стовбурових клітин.

На секціях, присвячених проблемі демієлінівальних захворювань, йшлося про чинники ризику трансформації розсіяного склерозу у вторинно-прогресивний тип перебігу. Група вчених зі Швеції на чолі з B. Skoog визначила такі чинники: вік початку розсіяного склерозу, характер перебігу в перші 2 і 5 років. За даними досліджень у Великій Британії, Німеччині і Швеції, середній вік хворих з такою трансформацією становить 33 роки, середній період до такої трансформації від початку захворювання — 5 років, період до досягнення інвалідизації 6 балів за шкалою EDSS — 6—7 років (A. Scafari, G. Ebers).

Також були представлені алгоритми терапії ремітивного розсіяного склерозу, дані щодо нових препаратів для лікування розсіяного склерозу, які завершують фазу клінічних випробовувань і виводяться на фармацевтичний ринок. Це пероральний препарат Терифлуномід і препарат для внутрішньовенного застосування Алемтузумаб. Перший є активним метаболітом лефлуноміду, який у деяких країнах використовують для лікування ревматоїдного артриту, другий — моноклональним антитілом проти CD52-рецептора на поверхні Т- і В-лімфоцитів. Обидва препарати підтвердили свою ефективність за наявності розсіяного склерозу.

В останній день конгресу професор M.-G. Bousser прочитала лекцію, присвячену урокам, отриманим під час проведення дослідження CADASIL (церебральна автосомно-домінантна артеріопатія з субкортикальними інфарктами та лейкоенцефалопатією). Вона поділилася повчальною історією виділення основного гена, який лежить в основі розвитку захворювання — Notch 3 на 19-й хромосомі. Відмовившись у 1976 р. установити діагноз «хвороба Бісвангера» пацієнту 50 років з лакунарним інфарктом та вираженою лейкоенцефалопатією, за відсутності у нього артеріальної гіпертензії, проф. M.-G. Bousser разом з колегами розпочала дослідження з детальним обстеженням членів сім'ї пацієнта. У 1993 р. їм удалося локалізувати на 19-й хромосомі ген, який відповідає за диференціацію, структуру та функцію дрібних артерій. Однак знадобилося ще 3 роки для збору та аналізу даних щодо 33 французьких сімей для того, щоб виділити мутацію в гені Notch 3. У кінці доповіді зроблено висновок про те, що необхідно завжди уважно збирати анамнез та обов'язково проводити пошук основної причини захворювання.

На конференції EFNS представлено нові рекомендації організації щодо лікування пацієнтів з го-

ловним болем, пов'язаним з надлишковим прийомом анальгетиків, ведення пацієнтів із синдромом неспокійних ніг, діагностики хвороби Паркінсона.

Частота головного болю, пов'язаного з безконтрольним прийомом анальгетиків, становить 1—2 %. Лікування має ґрунтуватися на навчанні таких пацієнтів менеджменту синдрому відміни, детоксикації та профілактичному лікуванню. Єдиними доказово підтвердженими препаратами для профілактичного лікування хронічної мігрені та пацієнтів з головними болями внаслідок безконтрольного прийому препаратів залишаються топірамат (у дозі до 200 мг) та ін'єкції ботулотоксину. Кортикостероїди (мінімальна доза — 60 мг преднізолону) та амітриптилін (у дозі до 50 мг), імовірно, ефективні в лікуванні синдрому відміни. Після купірування гострої стадії пацієнтам обов'язково призначають адекватну підтримувальну терапію та проводять навчання.

У нових рекомендаціях EFNS з менеджменту хворих із синдромом неспокійних ніг на підставі отриманих наукових даних визначено препарати для нетривалого лікування (до 6 міс) цього синдрому (рівень доказів А) — ротиготин (трансдермальний пластир — 1—3 мг), ропінірол (2,1—3,1 мг/добу), праміпексол (0,25—0,75 мг), gabapentine enacarbil (1,200 мг щоденно), габапентин та прегабалін (150—450 мг щоденно), а для тривалого лікуван-

ня — лише ротиготин. Валеріана за цієї патології неефективна. Недостатньо доказів щодо ефективності фолатів, вітаміну B₁₂, магнезії, вітаміну Е, ботоксу, фізіотерапії, інфрачервоного опромінення та занять аеробікою.

Нові рекомендації щодо діагностики хвороби Паркінсона передбачають клінічне обстеження пацієнтів (із застосування критеріїв Queen Square Brain Bank), генетичне тестування в окремих випадках, дослідження вегетативних функцій, тести для визначення нюхової функції, пробне призначення протипаркінсонічних препаратів, нейрофізіологічне та нейропсихологічне тестування, транскраніальну сонографію, ОФЕКТ із застосуванням тропанових похідних β-CIT та FP-CIT (DATSCAN) для проведення диференційного діагнозу між дегенеративним паркінсонізмом та есенціальним тремором, а також iodine-123 labeled meta-iodobenzylguanidine (MIBG) для диференційної діагностики хвороби Паркінсона та мультисистемної атрофії.

Європейський конгрес неврологів був місцем зустрічі, дискусій, обміну досвідом, розробки нових гіпотез і висвітлення шляхів їх впровадження в клінічну практику. Наступний об'єднаний конгрес EFNS, Світової неврологічної федерації (WFN) та Австрійського неврологічного товариства відбудеться 21—26 вересня 2013 року у Відні (Австрія) під гаслом «Неврологія в епоху глобалізації».

Підготували проф. Л.І. Соколова, К.В. Антоненко

Національний медичний університет ім. О.О. Богомольця, Київ