



## Профессор Н.А. СУПОНЕВА: «Мультидисциплинарный подход, реализуемый в новой российской модели организации реабилитационной помощи больным диабетом после инсульта, показывает наилучшие результаты»



*О клинических особенностях наиболее частых неврологических осложнений сахарного диабета, актуальных методах их диагностики и лечения, современных принципах реабилитации пациентов с острыми и хроническими заболеваниями нервной системы – в беседе с членом-корреспондентом РАН, профессором, д.м.н., директором Института нейрореабилитации и восстановительных технологий ФГБНУ «Научный центр неврологии» (Москва) Натальей Александровной СУПОНЕВОЙ.*

**– Нервная и эндокринная системы тесно связаны, поэтому эндокринологические заболевания часто приводят к различным неврологическим расстройствам. Наталья Александровна, какие неврологические осложнения, вызванные эндокринной патологией, наиболее часто встречаются в неврологической практике?**

– Неврологические осложнения наблюдаются практически при всем спектре эндокринных нарушений, они могут касаться как центральной, так и периферической нервной системы. Самые распространенные эндокринные заболевания чаще всего затрагивают когнитивную и эмоциональную сферу, вызывают периферические нейропатии. Но самым важным является то, что болезни эндокринной системы, в первую очередь сахарный диабет, повышают риск возникновения острых и хронических сердечно-сосудистых заболеваний, среди которых важнейшее социальное значение имеют инсульт и хроническая ишемия мозга. Неврологические осложнения у больных сахарным диабетом в свою очередь отрицательно влияют на продолжительность и качество их жизни.

**– Общеизвестно, что наиболее частым осложнением сахарного диабета со стороны центральной нервной системы является диабетическая энцефалопатия. Чем чревато данное заболевание?**

– Сахарный диабет наносит удар по сосудам как крупного, так и мелкого калибра. Когда мы гово-

рим о хронических цереброваскулярных заболеваниях, то подразумеваем гипоперфузию, связанную с патологией мелких артерий, артериол, капилляров и венул. В патогенезе таких хронических нарушений лежит эндотелиальная дисфункция в сочетании с персистирующей гипергликемией. Клинические проявления в этих случаях возникают исподволь и часто дебютируют с эмоционально-волевыми нарушениями и расстройствами сна, которые в последующем способствуют прогрессированию когнитивных нарушений. Пациенты отмечают нарушения памяти, концентрации внимания, в дальнейшем снижаются умственная способность и критика. Наряду с лакунарными инфарктами, которые нередко протекают субклинически, хроническая ишемия мозга ведет к прогрессированию когнитивных нарушений и в конечном итоге к деменции. Если присоединяются расстройства координации, повышается риск падений, который усугубляется наличием диабетической периферической нейропатии. Следующие за этим травмы, дестабилизация общего состояния еще больше снижают качество жизни пациентов и усугубляют их инвалидизацию.

**– Какие сегодня существуют эффективные инструменты помощи таким больным?**

– Важнейшим инструментом помощи данной категории пациентов помимо соблюдения всех необходимых требований по лечению основного заболевания является



## Актуальное интервью

ранняя диагностика осложнений диабета, своевременная терапия и профилактика их последствий. Очень важен комплексный подход, который включает не только меры нефармакологического и фармакологического воздействия, но и просветительскую деятельность.

**– Диабетическая полинейропатия считается самым распространенным осложнением сахарного диабета со стороны периферической нервной системы. Какие методы диагностики позволяют дифференцировать полинейропатию от других заболеваний нервной системы и какие медикаментозные и немедикаментозные методы на сегодняшний день наиболее эффективны в ее лечении?**

– Самые распространенные симптомы диабетической полинейропатии – нарушение чувствительности в стопах, неустойчивость при ходьбе и боль – встречаются и при других состояниях, не обусловленных диабетом. Среди них полинейропатии другого генеза, а также патология других составных частей периферического нейромоторного аппарата (корешков, сплетений). Так, похудание мышц ног, характерное для пациентов с большим стажем диабетической полинейропатии, может быть следствием иного состояния, например заболевания мышц или нижних мотонейронов. Именно поэтому во все времена самым важным остается аналитический взгляд врача на пациента с сахарным диабетом и его внимательное отношение к особенностям анамнеза и клинических симптомов. Роль терапевта, врача общей практики и эндокринолога, наблюдающих больного диабетом, будет состоять в том, чтобы заметить признаки диабетической нейропатии. Другая не менее важная их задача заключается в оценке того, насколько типичны эти проявления для диабета, нет ли каких-либо особенностей в этих неврологических нарушениях, которые требуют направления пациента к неврологу. К таким «красным флажкам»

можно отнести несоответствие неврологических жалоб степени тяжести, компенсации и стажу сахарного диабета, асимметрию клинических проявлений, двигательные расстройства и др. А задачей невролога будет критически оценить состояние пациента с неврологическими периферическими жалобами и, абстрагировавшись от диабета как наиболее вероятной причины этих нарушений, исключить другие состояния и заболевания, то есть в глазах невролога «диабетическая нейропатия» будет скорее диагнозом исключения.

Если диагноз «диабетическая полинейропатия» не вызывает сомнений, врач любой специальности должен дать пациенту соответствующие рекомендации. Среди них наиболее верные у специалиста, контроль гликемии, артериального давления и холестерина, уход за ногами, а также необходимое медикаментозное сопровождение. На сегодняшний день в арсенале врачей имеется мощная защита – α-липоевая кислота, доказавшая свою эффективность во многих рандомизированных плацебо-контролируемых длительных исследованиях и метаанализах. Для уменьшения нейропатического болевого синдрома у пациентов с диабетической полинейропатией используются препараты с высоким уровнем доказательности из группы антиэпилептических с противоболевым эффектом (габапентин, прегабалин), селективных ингибиторов обратного захвата серотонина (дулоксетин) и селективных ингибиторов обратного захвата серотонина и норадреналина (венлафаксин).

**– В чем заключаются современные принципы реабилитационно-восстановительного лечения при полинейропатиях?**

– Реабилитация при полинейропатиях направлена на решение нескольких задач. Прежде всего это дополнительное обезболивание и улучшение микроциркуляции

в тканях, а при наличии сопутствующих трофических нарушений – стимуляция репаративных процессов. Для этого рекомендуется проведение физиотерапии. Кинезотерапия (лечение движением) будет нацелена на улучшение ходьбы, тренировку равновесия и баланса и в целом на повышение выносливости. При увеличении риска падений в задачи реабилитации будет входить коррекция внешних средовых факторов, включая подбор удобной обуви, использование ортезов или опоры при ходьбе.

**– Сахарный диабет признан фактором риска развития острого нарушения мозгового кровообращения. Каков алгоритм оказания помощи таким пациентам?**

– Сахарный диабет не только является дополнительным фактором сердечно-сосудистого риска, включая острые нарушения мозгового кровообращения. Известно, что инсульт у пациентов с диабетом обычно протекает тяжелее, чем у лиц с нормальным углеводным обменом, а последствия нарушения мозгового кровообращения – более инвалидизирующие. Было также показано, что состояние углеводного обмена до развития ишемического инсульта напрямую влияет на его исходы.

В ФГБНУ «Научный центр неврологии» (Москва) была проведена масштабная работа по анализу цереброваскулярных заболеваний при сахарном диабете 2 типа и разработаны алгоритмы диагностики гипергликемии и дифференцированного подхода к ведению данной категории пациентов. Для улучшения диагностики рекомендовано определять уровень гликированного гемоглобина у больных с острым инсультом при значениях гликемии 6,1 ммоль/л и выше даже в отсутствие сахарного диабета в анамнезе. Если гипергликемия в острейшем периоде инсульта не подтверждается повышенными значениями гликированного гемоглобина, данное состояние следует считать транзиторным и не назна-



## Актуальное интервью

чать сахароснижающие препараты во избежание гипогликемий, которые вносят свой вклад в повреждение нейронов головного мозга.

**– От чего зависит успех реабилитации больных диабетом после инсульта?**

– Как было упомянуто ранее, определяющим для последствий инсульта при сахарном диабете является степень компенсации всех сердечно-сосудистых рисков у конкретного пациента до сосудистой катастрофы.

Эффективность реабилитационных мероприятий зависит от своевременности их начала и полноты применения.

Нельзя не отметить тот факт, что исходы реабилитации напрямую зависят и от мотивации пациента, что в свою очередь обусловлено его психоэмоциональным состоянием и исходным когнитивным уровнем. Именно поэтому сохранение здоровья, особенно ментального, у пациента с сахарным диабетом является важнейшей задачей. И все это, конечно, можно сделать эффективно только на ранних стадиях. А осложнения нужно профилактировать, потому что в ситуации, когда они развились, многое восстановить уже будет невозможно. Хочется подчеркнуть, что мультидисциплинарный подход, реализуемый в новой российской модели организации реабилитационной помощи, показывает наилучшие результаты.

**– Поделитесь опытом организации помощи таким больным. Какие инновационные технологии способствуют восстановлению нарушений функций после инсульта и других заболеваний нервной системы?**

– Сегодня мы располагаем большим арсеналом высокотехнологичного оборудования, позволяющего комплексно воздействовать на разные функциональные модальности. Современные реабилитационные устройства помогают интенсифицировать занятия, облегчить физи-

ческий труд инструкторов по лечебной гимнастике, увеличив при этом время эффективной тренировки, и за счет компьютеризированного программного обеспечения одновременно тренировать двигательную сферу, координацию, внимание и память. Вертикализация, которая показана уже в первые 24 часа от развития инсульта и нацелена на тренировку сердечно-сосудистой системы, также проводится с применением специальных устройств, что минимизирует риск травматизации и улучшает эффективность занятий. Все имеющиеся на сегодняшний день постинсультные реабилитационные возможности применяются в равной мере для больных диабетом и лиц без диабета. Как было установлено в ходе исследований, проведенных в ФГБНУ «Научный центр неврологии» (Москва), именно для пациентов с диабетом и инсультом особенно важно начинать реабилитацию как можно раньше. Была показана эффективность тренировок по стимуляции опорных зон ступней в режиме ходьбы, которые можно применять с первых часов острого инсульта, как только пациент поступил в клинику, прошел необходимое обследование и получил первые жизненно важные назначения. Мы применяли отечественное оборудование и остались очень довольны надежностью его работы и полученными результатами.

Необходимо отметить, что имеющаяся на сегодняшний день система организации помощи больным с инсультом неразрывно связана с системой оказания помощи по медицинской реабилитации. Такая модель сразу же дала свои результаты: сократился койко-день, улучшились функциональные исходы, уменьшились инвалидизация и смертность. Конечно, еще многое нужно сделать, но очевидно, что направление выбрано правильно. Последние два года также реализована возможность получения высокотехнологичной реабилитационной помощи за счет средств государственной поддержки

(«квоты ВМП»), которую реализуют ведущие учреждения в области неврологии и нейрореабилитации.

**– Каковы, на ваш взгляд, перспективные подходы к реабилитации лиц с острыми и хроническими заболеваниями нервной системы?**

– Высокий потенциал имеют технологии виртуальной реальности, представляющей собой биологическую обратную связь нового формата (с частичным либо полным погружением).

Считаю перспективной дальнейшую разработку методов неинвазивной стимуляции мозга (транскраниальной магнитной, транскраниальной электрической) и внедрение ранее утвержденных и новых протоколов в клиническую практику.

Как показал наш опыт работы, использование инструментов воздействия на процессы нейропластичности головного мозга способствует получению хороших результатов не только на ранних, но и на поздних сроках инсульта, в том числе у пациентов с сахарным диабетом.

Пока еще остаются в стороне от реабилитационного технологического процесса периферические нарушения, наблюдаемые при полинейропатиях. Думаю, что это дело ближайшего будущего.

Безусловно, важнейшей задачей является воспитание пула кадров в области реабилитации, которые могли бы наилучшим образом реализовывать задачи, заложенные в новую систему оказания помощи по медицинской реабилитации, над чем сегодня активно работает наше медицинское и педагогическое сообщество.

**– Наталья Александровна, от имени редакции журнала поздравляем вас с назначением на должность директора Института нейрореабилитации и восстановительных технологий ФГБНУ «Научный центр неврологии».**

**Желаем успеха в реализации всех ваших замыслов и идей, неиссякаемой энергии, здоровья и благополучия!** 🌟