



Профессор И.С. ПРЕОБРАЖЕНСКАЯ: «Ни пациент, ни врач никогда не должны терять надежды и здравомыслия»

На вопросы корреспондента об основных факторах риска развития когнитивного дефицита, способах диагностики нейродегенеративных заболеваний, факторах прогрессирования нарушений когнитивных функций у пациентов с болезнью Паркинсона и тактике ведения таких больных отвечает д.м.н., профессор кафедры нервных болезней и нейрохирургии Института клинической медицины им. Н.В. Склифосовского ФГАОУ ВО «Первый Московский государственный медицинский университет им. И.М. Сеченова» Минздрава России Ирина Сергеевна ПРЕОБРАЖЕНСКАЯ.



– Ирина Сергеевна, ваша профессиональная деятельность неразрывно связана с лечебной работой. Какие неврологические заболевания наиболее часто встречаются в клинической практике?

– Мой профиль – нарушения познавательных функций, поэтому, конечно, чаще я консультирую пациентов с когнитивными нарушениями. Спектр заболеваний, как и возраст пациентов, разный – задержка речевого и психического развития, синдром гиперактивности и дефицита внимания, трудности обучения в школе, снижение познавательных функций после COVID-19, последствия перенесенных инсультов, болезнь Паркинсона, болезнь Альцгеймера, деменция с тельцами Леви и т.д.

– Вы ведете активную научную работу в области когнитивных нарушений при неврологических заболеваниях. Расскажите, пожалуйста, об основных факторах риска развития когнитивного дефицита.

– Существуют изменяемые и неизменяемые факторы риска, то есть те, на которые мы

можем повлиять, и те, на которые влиять не можем. К неизменяемым факторам относится генетическая предрасположенность развития заболеваний, сопровождающихся когнитивным дефицитом. Например, для болезни Альцгеймера это изменение гена-предшественника амилоидного белка, пресенилина 1, пресенилина 2, аполипопротеина Е. Изменяемые факторы – недостаточная познавательная и физическая активность, наличие нелеченой сердечно-сосудистой патологии и сосудистых факторов риска, травмы головы.

– На какие первые признаки когнитивного расстройства следует обращать внимание у пожилых пациентов?

– Думаю, важный момент, на который стоит обращать внимание, – изменение привычек, круга общения, образа жизни. Например: пациентка всегда вязала и вдруг перестала, и это не связано с изменением качества зрения; пациент отдалился от родственников, неохотно делится новостями, а в беседе предпочитает рассказывать о событиях прошлого; пациент всегда ездил на дачу



Актуальное интервью

(на рыбалку), ходил в походы, а сейчас перестал и не может объяснить почему; пациент значительно больше времени проводит дома перед телевизором.

Важный симптом, который может быть обусловлен когнитивными нарушениями, – скрытность. Например, пациент в беседе с близкими мало рассказывает о себе (раньше было иначе), использует фразы «как обычно», «как всегда»; при обнаружении проблем с памятью (договорился о чем-то с друзьями или членами семьи и забыл) сердится, настаивает на том, что такой беседы или договоренности не было, утверждает, что у всех людей его возраста бывают подобные проблемы.

Дополнительные симптомы, которые могут скрывать когнитивные нарушения, – расстройства поведения: у пациента изменился характер, он стал более вздорным, подозрительным, обидчивым, агрессивным, чаще стало меняться настроение.

Следует обращать внимание и на такие симптомы, как ощущение «несвежей головы», нарушение сна, неустойчивость, головокружение. Зачастую этими словами пациенты называют снижение познавательных функций, не в силах понять, что на самом деле с ними происходит.

– Какие современные методы применяются для диагностики нейродегенеративных заболеваний? Насколько они эффективны?

– В настоящее время мы можем достаточно точно установить диагноз болезни Альцгеймера, используя биомаркеры и позитронно-эмиссионную томографию с лигандами амилоидного белка. С другими нейродегенерациями дело обстоит чуть сложнее. Например, лобно-ви-

С каждым пациентом с болезнью Паркинсона необходимо обсуждать стратегии преодоления нежелательных жизненных и бытовых ситуаций, обучать пациента приемам, направленным на уменьшение дрожания, преодоление трудностей инициации ходьбы, прохождения дверных проемов, поворотов, контроль равновесия. Хорошими методами считаются когнитивный тренинг, контроль эмоционального состояния. В ряде случаев для уменьшения выраженности когнитивных расстройств применяют фармакотерапию

сочную дегенерацию можно установить по совокупности клинических проявлений, МР-картины, генетической диагностики и отсутствию биомаркеров болезни Альцгеймера, болезнь диффузных телец Леви – по сочетанию клинических, нейровизуализационных признаков, данных полисомнографии и отсутствия маркеров болезни Альцгеймера. Конечно, хотелось бы не только иметь более точные методы определения интрацеребрального отложения амилоидного белка, но и выявлять на ранних стадиях патологического процесса синуклеинопатии и таупатии. К сожалению, пока методы их исследования несовершенны.

– От каких факторов зависит темп прогрессирования нарушений когнитивных функций у пациентов с болезнью Паркинсона?

– Как правило, для пациентов с болезнью Паркинсона характерны мало прогрессирующие когнитивные нарушения преимущественно нейродинамического характера – снижение скорости психических процессов, трудности переключения, снижение уровня внимания. При обычном течении болезни Паркинсона такие когнитивные нарушения не достигают уровня деменции и соответствуют умеренным когнитивным расстройствам. Однако иногда отмечается совершенно иное течение заболевания, с быстро

прогрессирующими, до стадии деменции, когнитивными нарушениями. В таком случае двигательные расстройства также могут отличаться от типичных: часто пациенты имеют особую, акинетико-ригидную форму заболевания. В ряде случаев деменция при болезни Паркинсона сочетается с галлюцинациями и флюктуациями когнитивных нарушений, внимания, тревожности, что делает ее очень похожей на таковую при болезни диффузных телец Леви. Иногда имеют место отчетливые лобные симптомы, что проявляется преимущественно нарушениями поведения. У части пациентов с болезнью Паркинсона деменция развивается на фоне сопутствующих сердечно-сосудистых заболеваний и сосудистых факторов риска. И, наконец, в очень небольшом числе случаев регуляторные когнитивные нарушения прогрессируют вместе с нарастанием тяжести двигательных расстройств и развиваются до стадии деменции. Таким образом, деменция при болезни Паркинсона гетерогенна и по большей части является признаком особого течения заболевания либо присоединения другой болезни.

– Как известно, в отсутствие адекватного лечения исходами болезни Паркинсона становятся дезадаптация и инвалидизация пациентов. Какую



Актуальное интервью

тактику ведения пациентов с этим заболеванием применяют в клинической практике сегодня?

– Основными методами являются сочетание терапии Леводопой с агонистами дофамина, амантадином, катехол-О-метил-трансферазой, иные, отличные от пероральных, формы введения Леводопы. На стадии выраженных двигательных расстройств применяют апоморфин, баклофеновые интратекальные помпы, нейростимуляцию.

– Можно ли предотвратить снижение когнитивных функций у пациентов с болезнью Паркинсона?

– Как уже отмечалось, часто когнитивные нарушения не приводят пациента с болезнью Паркинсона к деменции, но при этом также часто заставляют страдать. Регуляторные когнитивные расстройства, то есть трудности при усвоении новых программ действия, сложности своевременного переключения и общее снижение скорости психических процессов, нередко лежат в основе социальной дезадаптации пациента. Сложно быстро изменить поведение, придумать новый способ взаимодействия или стратегию выхода из создавшейся ситуации. Поэтому пациент сознательно отказывается от тех или иных ситуаций, в которых он может быть неуспешен, испытывать негативные эмоции и не знает, как исправить проблему. Таким образом, с каждым пациентом с болезнью Паркинсона необходимо обсуждать стратегии преодоления нежелательных жизненных и бытовых ситуаций, обучать пациента приемам, направленным на уменьшение дрожания, преодоление трудностей инициации ходьбы, прохождения дверных проемов, поворотов, контроль равновесия. Хорошими методами

считаются когнитивный тренинг, контроль эмоционального состояния. В ряде случаев для уменьшения выраженности когнитивных расстройств применяют фармакотерапию.

– Какие реабилитационные мероприятия предусмотрены для пациентов с болезнью Паркинсона?

– С учетом того что болезнь Паркинсона – не только болезнь движения, но и особенности познавательного процесса, эмоционального реагирования, нарушение вегетативных функций, реабилитация должна касаться как двигательных, так и когнитивных и эмоциональных расстройств.

– Достаточно ли внимания уделяется проблеме когнитивных нарушений в нашей стране?

– На уровне медицинских конгрессов и научных исследований – безусловно, у нас сильная «когнитивная» школа. На уровне оказания помощи пациентам на амбулаторном приеме и в стационарах – совершенно недостаточно.

– Насколько доступны современные методы терапии для больных с когнитивными нарушениями различной этиологии в России?

– В целом возможности терапии когнитивных расстройств в России и, например, в Евросоюзе одинаковы. Отличается приверженность врачей доказанным методам терапии. У нас процент таких специалистов существенно выше.

– Ирина Сергеевна, вы много лет посвятили практической и образовательной деятельности. Какими, по вашему мнению, основными принципами должен руководствоваться современный врач-невролог в своей работе?

– Уважением к пациенту и пониманием, что наша работа – не только адекватное установление диагноза. Конечно, качественное, верное установление диагноза важно. Но важнее, установив диагноз, определить реабилитационные возможности пациента и методы, которые позволят сохранить и поддержать достаточное качество жизни пациента и его родственников. Диагностировать какое-либо заболевание и отправлять пациента домой с этой проблемой – неверно, хотя в неврологии много болезней, которые мы не можем полностью излечить. Правильно, определив проблему, подумать, как можно сделать так, чтобы пациент прожил жизнь счастливо и с достаточным уровнем качества жизни. Неврологи часто об этом забывают, концентрируясь на диагностике. Поэтому приходится видеть пациентов, которые пришли с проблемой к неврологу и услышали: «А что вы хотели? Это не лечится. Такое заболевание. Вам уже немало лет. Дальше будет только хуже». Ни пациент, ни врач никогда не должны терять надежды и здравомыслия: пациент приходит к врачу за помощью, а вовсе не для того, чтобы его лишили надежды и отправили домой.

– Какие, на ваш взгляд, направления научных исследований в области неврологии наиболее интересны?

– Их множество: выявление и контроль сосудистого поражения мозга, нейродегенеративные заболевания, рассеянный склероз, инфекционные, нервно-мышечные заболевания, поражение периферической нервной системы, процессы познания, развития, сон и его расстройства. На мой взгляд, нет ничего интереснее, чем неврология во всех ее аспектах. *