

## «Наша задача в том, чтобы пациент максимально долго сохранял трудоспособность»



*Левин Олег Семёнович — д. м. н., профессор, заведующий кафедрой неврологии ФГБОУ ДПО «Российская медицинская академия непрерывного профессионального образования» Министерства здравоохранения Российской Федерации, руководитель Центра экстрапирамидных заболеваний.*

*Автор более 550 научных работ, в том числе 10 монографий, многочисленных клинических руководств и справочников по неврологии, включая первое в нашей стране фундаментальное клиническое руководство «Экстрапирамидные расстройства» и созданный в сотрудничестве с Д.Р. Штульманом «Справочник практического врача по неврологии».*

*Под его руководством защищены 4 докторских и 35 кандидатских диссертаций. Представитель России в Экспертном совете по расстройствам движений Европейской академии неврологии. Член Правления Всероссийского общества неврологов, вице-президент Национального общества по изучению болезни Паркинсона и расстройств движений.*

— **Уважаемый Олег Семёнович, Центр экстрапирамидных заболеваний существует почти 45 лет. Расскажите, пожалуйста, как он был создан.**

— Первый высокоэффективный препарат для терапии болезни Паркинсона (БП) леводопа появился в клинической практике незадолго до этого — чуть более 50 лет назад. Уже тогда стало понятно, что терапия БП требует большого опыта и в диагностике, и в лечении. Необходима организация, которая одновременно ведет научную, консультативную работу и образовательную деятельность. Поэтому по инициативе профессора Л.С. Петелина, тогдашнего заведующего кафедрой неврологии Центрального института усовершенствования врачей (ныне Российская медицинская академия непрерывного профессионального образования), был создан специализированный центр для лечения БП и других экстрапирамидных заболеваний.

— **Какая клиническая и научная работа ведется в Центре сейчас?**

— Работа идет по нескольким направлениям, прежде всего она касается различных аспектов БП. Практические врачи больше ориентируются на те симптомы, которые традиционно считаются существенными при БП: ригидность, гипокинезию, тремор покоя. Пациентов же в большей степени беспокоят немоторные проявления. У нас проведены исследования, посвященные различным вариантам психических расстройств, нарушениям мочеиспускания,

дисфункции ЖКТ, нейроэндокринным расстройствам.

Сейчас мы изучаем дыхательные и зрительные нарушения, которым раньше не уделяли достаточно внимания.

Основная гордость Центра — наши ученики. Практически все специалисты в этой области из разных регионов страны учились здесь.

— **Какие перспективы ждут Центр в будущем?**

— Мы надеемся, что в ближайшее время работа Центра будет расширяться в связи с развитием радиологии. Благодаря возможностям радиологических исследований, в частности однофотонной эмиссионной или позитронно-эмиссионной компьютерной томографии с лигандами к клеткам черной субстанции, мы сможем более точно диагностировать БП.

Другие перспективные направления, вероятно, будут связаны с использованием новых препаратов и устройств.

— **Удалось ли улучшить прогноз и качество жизни пациентов с экстрапирамидными заболеваниями?**

— Прогноз, к сожалению, пока не удастся существенно улучшить, но качество жизни больных повышается. При генерализованной или сегментарной дистонии удастся добиться существенного уменьшения симптоматики с помощью длительной стимуляции глубоких структур мозга. При фокальных дистониях хорошо показала себя ботулинотерапия.

Подходы к лечению БП тоже меняются: все чаще врачи используют персонализированный подход к пациенту, ориентируясь не только на фенотипические проявления, но и на патогенетические или генетические особенности.

— **Какое место занимает БП в структуре экстрапирамидных нарушений?**

— БП занимает лидирующие позиции, но не потому, что пациентов с ней больше всего. Просто такие больные чаще обращаются к врачам, поскольку БП — это непрерывно прогрессирующее заболевание. Раньше считали, что БП — болезнь стариков. Но сейчас все чаще она поражает людей молодого и среднего возраста. Омоложение болезни связывают с различного рода вредными влияниями окружающей среды и улучшением диагностики заболевания. Наша задача в том, чтобы пациент максимально долго сохранял трудоспособность.

— **БП в настоящее время характеризуется как мультисистемное заболевание. Как изменился подход к ее диагностике и лечению?**

— Новые возможности лечения связывают с применением вакцин против главного белка, который задерживается в мозге при БП, —  $\alpha$ -синуклеина. Их предполагается вводить всем, у кого уже выявлены ранние признаки БП.

Еще одно направление связано с коррекцией инсулинорезистентности. Ряд исследований показал, что препа-

раты, сенсibiliзирующие инсулиновые рецепторы, улучшающие действие инсулина на периферические ткани, могут быть эффективны в отношении БП.

Средства нейропротективной терапии, останавливающие развитие болезни, радикально меняют подход к лечению. В геном пациентов можно вставить какие-то определенные гены или модифицировать мутации.

Сейчас мы можем диагностировать БП на более ранней стадии, поскольку больше внимания уделяем ранним немоторным нарушениям, например нарушениям сна. Часто БП начинается именно с таких расстройств.

**— О каких нарушениях сна идет речь?**

— Обычно, когда человек видит сны, у него возникает разлитая мышечная атония, сохраняются лишь быстрые движения глаз. При отсутствии атонии мы можем наблюдать жестикуляцию, крики, психомоторную активность. Если они появились в 30–40 лет, то в будущем у такого человека могут возникнуть симптомы БП или других дегенеративных заболеваний.

Ранняя диагностика БП помогает дольше сохранить физическую форму. Кроме того, есть время подобрать нейропротективные препараты, которые способны замедлить прогрессирование БП.

**— В чем принципиальное отличие предложенной Вами новой системы стадирования БП от традиционно используемой?**

— Традиционно стадии БП определяют по степени нарушения двигательных функций. Система стадий, или шкала Хен — Яра, разработана в 1967 году и с тех пор остается главной для оценки БП. Она гениально придумана, но не учитывает немоторные симптомы.

Очень важно оценить не только расстройства двигательных функций, но и сна, нарушения в ЖКТ, нарушения других вегетативных функций. Поэтому появилась система, которая определяет стадию болезни по шести субшкалам: первая субшкала характеризует расстройства двигательных функций (полностью соответствует шкале Хен — Яра), вторая предназначена для оценки осложнений, которые иногда возникают на фоне длительной терапии БП препаратами леводопы, а оставшиеся четыре — для определения выраженности различных групп немоторных симптомов. Первые буквы названий шести субшкал составляют акроним МОСКВА.

**— Какие новые методы диагностики и лечения БП сейчас применяются?**

— Мы с коллегами из Международного общества болезни Паркинсона и расстройств движений организовали валидизацию русского перевода новых международных шкал. Выше уже упоминались новые для нашей страны методы нейровизуализации. В настоящее время «золотым стандартом» диагностики БП считается однофотонная эмиссионная компьютерная томография с пресинаптическими лигандами. Сейчас появилась возможность оценить состояние черной субстанции с помощью высокопольной МРТ.

Важное направление — изучение острой декомпенсации при БП. Это неотложные состояния, которые могут возникать в связи с отменой препаратов. В подобных случаях пациент впадает в akinетический криз: у него резко повышается ригидность, скованность, в том числе в бульбарной мускулатуре, появляются проблемы с приемом пищи. Такое состояние часто заканчивается летальным исходом. В нашем Центре разработана система диагностики и лечения, снижающая смертность данных пациентов.

**— Насколько доступны препараты для лечения экстрапирамидных нарушений?**

— К сожалению, в недостаточной мере, потому что многие из них довольно дорогие. Не только те, кто имеет инвалидность, могут рассчитывать на бесплатные препараты, но и все пациенты с БП. Однако, поскольку бесплатные препараты при отсутствии инвалидности оплачиваются из региональных фондов, все зависит от того, насколько «богат» данный регион.

**— Существуют ли какие-то дополнительные программы лечения БП?**

— Мы стараемся доносить до регуляторных органов наши представления о том, как необходимо организовывать помощь пациентам. Наш Центр участвовал в разработке клинических рекомендаций по лечению БП. В них включены все возможности терапии, в том числе достаточно дорогостоящие.

**— Расскажите, пожалуйста, что нового в клинических рекомендациях.**

— Принципиально новый большой раздел, посвященный восстановлению. Процесс реабилитации у нас довольно плохо поставлен. В клинических рекомендациях подробно описаны подходы

к восстановлению утраченных функций, связанные с физической активностью, тренировкой ходьбы и равновесия.

Вторая особенность новых рекомендаций — включение информации о новых препаратах для лечения немоторных нарушений.

**— Какова роль медико-социальной реабилитации пациентов с БП?**

— Это очень важный аспект, прежде всего связанный с экспертной оценкой, которая сейчас осуществляется плохо. Оценка в основном зависит от шкалы Хен — Яра, которая не предназначена для социальной экспертизы. Она выводит многих больных за пределы получения группы инвалидности, что нарушает их возможности адекватного лечения и реабилитации. Предложенная нами шкала достаточно удобна, и мы надеемся на ее повсеместное введение.

**— В каких случаях эффективны нейрохирургические методы лечения?**

— Еще недавно господствовало мнение, что нужно оперировать на поздней стадии, когда у больного на фоне длительной терапии леводопой развиваются флуктуации и дискинезии. Но в последние годы наметилась тенденция к тому, чтобы делать операцию и проводить глубинную стимуляцию мозга на более раннем этапе, что позволяет больному дольше сохранять хорошее самочувствие. Но важно отметить, что данный метод требует дальнейшего изучения.

Еще один нейрохирургический метод, который в последние годы все более интенсивно развивается, связан с ультразвуковой деструкцией таламуса под контролем МРТ. В отличие от остальных операций, он не требует вскрытия черепа. Он более безопасный и перспективный, но пока не очень понятно, насколько долго длится его эффект.

**— Недавно я узнала, что Вы сочиняете музыку. Помогает ли это Вам в Вашей профессиональной деятельности?**

— Я действительно иногда сочиняю. Это позволяет переключиться и избежать выгорания. Конечно, приятно, когда ты слышишь свою музыку в исполнении камерного оркестра, но еще приятнее получать слова благодарности от других людей. Интересно, что музыкой занимаются многие неврологи.

Специально для *Доктор.Ру*  
Васинович М.А.