



№ 3–4 (07) 2018

НЕВРОЛОГИЯ СЕГОДНЯ

СПЕЦИАЛИЗИРОВАННАЯ ГАЗЕТА
ДЛЯ НЕВРОЛОГОВ

ОТ РЕДАКЦИИ

АКТУАЛЬНО



Сергей
Сергеевич
НИКИТИН

Невролог, д.м.н., проф., председатель
РОО «Общество специалистов
по нервно-мышечным болезням»

Дорогие друзья и коллеги!

В мае 2018 г. президентом РФ В. В. Путиным перед системой здравоохранения была поставлена важная задача — сделать общедоступной и качественной первичную медицинскую помощь и тем самым увеличить продолжительность жизни до 78 лет за 6 лет. Мы знакомим читателей с проектом «Здравоохранение», о котором рассказала д.м.н. Г. Э. Улумбекова, руководитель Высшей школы организации и управления здравоохранением.

По результатам Международного конгресса Европейского общества по физической и реабилитационной медицине в 2018 г. опубликована третья редакция Белой книги. Мы рассказываем об истории этого документа и последних нововведениях.

Государственные структуры продолжают оптимизацию помощи больным, нуждающимся в дорогостоящем лечении. Изменения затронули программу финансирования пациентов с орфанными болезнями и другими нозологиями, требующими материальной поддержки на федеральном уровне.

На современном этапе, когда большое внимание уделяется импортозамещению, наши коллеги делятся опытом применения препаратов российского производства и рассказывают об использовании отечественного ботулинического токсина, а на примере сложных случаев терапии эпилепсии напоминают, насколько важно не забывать о классических противосудорожных средствах.

В этом номере вы найдете рекомендации по диагностике и лечению пациентов с болезнями синдромами, болезнью Паркинсона, Альцгеймера и синдромом беспокойных ног, а также рекомендации по лечебному питанию у неврологических пациентов детского возраста.

Уходящий год завершается проведением очередной конференции Общества специалистов по нервно-мышечным болезням — «Перекрестные синдромы и фенотипы при наследственных и приобретенных болезнях нервной системы». В мероприятии принимают участие ведущие специалисты в области неврологии, ревматологии и генетики. Большое число докладов в клинической секции подчеркивает важность проблемы, заявленной для обсуждения.

Поздравляем вас с наступающим новым 2019 годом, до новых встреч!

Национальный проект «Здравоохранение» и обеспечение доступности и качества первичной медико-санитарной помощи

Задача по обеспечению шаговой доступности медицинской помощи, поставленная в Указе Президента РФ от 7 мая 2018 года № 204 «О Национальных целях и стратегических задачах на период до 2024 г.», — краеугольная в здравоохранении и достижении ожидаемой продолжительности жизни — 78 лет к 2024 году. Без ее решения невозможно добиться успеха ни по одному из федеральных проектов, включенных как в Национальный проект по здравоохранению, так и в Национальную программу по демографии. Все решения, касающиеся здоровья населения, должны приниматься именно на уровне первичного звена медпомощи.



Гузель
Эрнстовна
УЛУМБЕКОВА

Д.м.н., руководитель Высшей школы организации
и управления здравоохранением (ВШОУЗ), МВА
по здравоохранению (Гарвардский университет)

Первичная медико-санитарная помощь (ПМСП) оказывается по всем медицинским специальностям, в том числе и по неврологии. Это самый массовый в стране вид медпомощи — в первичном звене ежегодно насчитывается до 1230 млн посещений, или около 430 млн обращений. Не менее половины всех посещений приходится на врачей участковой службы.

Национальный проект «Здравоохранение» включает в себя взаимосвязанные федеральные проекты, направленные на выполнение Указа Президента.

В Высшей школе организации и управления здравоохранением (ВШОУЗ) разработали предложения по доработке федерального проекта «Развитие системы оказания первичной медико-санитарной помощи».

ОБЕСПЕЧЕННОСТЬ МЕДИЦИНСКИМИ КАДРАМИ

- Поэтапно привести численность медицинских работников организаций, оказывающих ПМСП, в соответствие с установленными или обновленными нормативами. При этом все ставки должны быть заняты без совместительства. На одну должность врача участкового и ВОП должно приходиться 2 или 1,5 должности участковой медицинской сестры. Только в этом случае можно обеспечить качественное выполнение требуемого объема трудовых функций.

- Предусмотреть существенное повышение оплаты труда врачей субъектов ПМСП и расширение социальных льгот, а также меры по укреплению доверия к ним со стороны пациентов. Предлагается рост среднемесячной номинальной начисленной заработной платы (без начислений) на 10 % в год в текущих ценах до 2024 года, это позволит мотивировать существующих медицинских работников продолжить работу. Необходимо повышение оплаты труда в 1,5 раза участковым врачам, которые прошли переподготовку по специальности «врач общей практики» и сдали экзамен, подтверждающий уровень их компетенции (дополнительно к ежегодному повышению заработной платы на 10 %).

- В качестве дополнительных мотивационных механизмов для медработников участковой службы — выделение субсидий на снижение ставки ипотечного кредитования по приобретению жилья для тех, кто в нем нуждается.

- Медработникам за работу в сельской местности ввести повышающий коэффициент 1,3 к средней оплате труда, установленной в субъекте РФ, через 5–7 лет работы предоставить право на льготное кредитование при приобретении жилья в городских условиях. Стоит отметить, что действующие меры по программе «Земский доктор» не позволяют устранить дефицит кадров на селе, тем более что число участников программы с 2012 по 2017 год снизилось на 35 % (с 7,7 тыс. до 5 тыс. чел. в год).

- Снизить различия в оплате медицинских работников субъектов ПМСП в различных регионах РФ. Это позволит уменьшить отток кадров в регионы с более высокой оплатой труда.

ПОВЫШЕНИЕ КВАЛИФИКАЦИИ МЕДИЦИНСКИХ КАДРОВ

- Разработать методические рекомендации и алгоритмы по всем направлениям

трудовых функций участковых врачей (основанные на клинических рекомендациях) и обеспечить ими каждого врача-терапевта участкового, врача-педиатра участкового, ВОП, интегрировать эти алгоритмы в МИС и представить в виде мобильного приложения.

- Актуализировать и утвердить приказом Минздрава единые федеральные требования к оценке качества и объема работы субъектов ПМСП и врачей участковой службы.

- На каждом рабочем месте врачей и фельдшеров субъектов ПМСП обеспечить доступ к электронным системам поддержки принятия клинических решений, в том числе к электронным образовательным модулям, лекарственным справочникам (в рамках федерального проекта VII «Создание единого цифрового контура...»).

- Ежегодно публиковать рейтинг эффективности деятельности субъектов ПМСП в соответствии с актуализированными требованиями.

- Провести для участковых врачей и ВОП специализированную аккредитацию (экзамен) на соответствие трудовым функциям, что даст им право на индексацию (1,5) заработной платы.

- Обеспечить достижение высокого уровня компетенций участковых врачей, который позволит им эффективно выполнять возложенные на них обязанности. В действующем профессиональном стандарте врача-лечебника (врача-терапевта участкового) по Приказу Минтруда России от 21.03.2017 № 293н, а также в проекте профессионального стандарта по специальности «терапия» (проект Приказа Минтруда РФ «Об утверждении профессионального стандарта «Специалист по терапии» от 15.01.2016) не предусмотрен

АКТУАЛЬНО

Национальный проект «Здравоохранение» и обеспечение доступности и качества первичной медико-санитарной помощи

1 ряд трудовых функций и умений, который бы позволил данным специалистам эффективно диагностировать и лечить распространенные заболевания (неосложненные формы) — диабет, артериальную гипертензию, ЛОР-патологии, глазные болезни и др. За основу профессионального стандарта врача-терапевта участкового и ВОП может быть взят профессиональный стандарт, разработанный Ассоциацией врачей общей практики.

КОНКРЕТИЗАЦИЯ ОТВЕТСТВЕННОСТИ МУНИЦИПАЛЬНЫХ ОРГАНОВ ВЛАСТИ ЗА СОЗДАНИЕ УСЛОВИЙ ДЛЯ ОКАЗАНИЯ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ

• Предусмотреть в Федеральном законе от 21.11.2011 № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в РФ» ответственность муниципальных и региональных властей за создание условий для оказания медицинской помощи в сельской местности, а именно: предоставление жилья медработникам, организация транспортной доступности медицинских организаций для граждан, организация средств связи и требуемых каналов передачи данных для медицинских организаций.

• Обеспечить транспортную доступность медицинских организаций в соответствии с утвержденными нормативами (Приказ Минздрава России от 27.02.2016 № 132н) с учетом особенностей сельской местности, климатических и иных региональных факторов по плановым показаниям (а не только по экстренным показаниям, как это предусмотрено в действующем федеральном проекте).

• Продлить выплаты по программе «Земский доктор» до 2024 года, увели-

чить субсидии на приобретение (строительство) жилья до уровня его рыночной стоимости в каждом конкретном муниципалитете (регионе).

ФИНАНСОВОЕ ОБЕСПЕЧЕНИЕ ПРОЕКТА

• Рассчитать необходимое финансовое обеспечение для достижения всех результатов проекта и предусмотреть соответствующее финансирование в бюджетах всех уровней.

В сентябре 2018 года на площадке Общероссийского народного фронта (ОНФ) состоялось обсуждение предложений по доработке национального проекта «Здравоохранение» в части обеспечения доступности и качества ПМСП.

Одна из главных проблем первичного звена — нехватка участковых врачей-терапевтов и среднего медперсонала. Устранить дефицит медицинских работников можно только созданием для них благоприятных условий работы: обеспечив жильем, повысив зарплаты, предоставив соцпакет и снизив чрезмерную нагрузку. Для решения проблемы укомплектованности медучреждений персоналом, необоснованного сокращения должностей предложено сделать нормативы обеспеченности кадрами для регионов не рекомендательными, а обязательными.

Особое внимание участники мероприятия уделили проблемам медицинской помощи в отдаленных населенных пунктах. Для ликвидации неравномерного распределения медицинских кадров по стране необходимо разработать социальный пакет, который поможет привлечь специалистов в сельскую и отдаленную местность.

ФЕДЕРАЛЬНЫЕ ПРОЕКТЫ, ВЛИЯЮЩИЕ НА ДОСТУПНОСТЬ И КАЧЕСТВО ПМСП

- I. «Развитие системы оказания первичной медико-санитарной помощи» — обеспечение инфраструктуры (сети) медицинских организаций ПМСП и организационных процессов в них («бережливая поликлиника»), диспетчеризация скорой помощи, увеличение числа выездов скорой помощи.
- II. «Борьба с сердечно-сосудистыми заболеваниями» — профилактика развития сердечно-сосудистых заболеваний, оснащение сосудистых центров и первичных сосудистых отделений.
- III. «Борьба с онкологическими заболеваниями» — формирование тотальной онкологической настороженности, создание центров амбулаторной онкологической помощи.
- IV. «Развитие детского здравоохранения, включая создание современной инфраструктуры оказания медицинской помощи детям» — развитие профилактического направления в педиатрии, улучшение материально-технической базы детских поликлиник, повышение квалификации кадров.
- V. «Обеспечение медицинских организаций системы здравоохранения квалифицированными кадрами» — устранение дефицита медицинских работников первичного звена, повышение профессионального уровня специалистов в отрасли.
- VI. «Завершение формирования сети национальных медицинских исследовательских центров (НМИЦ), внедрение инновационных медицинских технологий, включая систему ранней диагностики и дистанционный мониторинг состояния здоровья пациентов, внедрение клинических рекомендаций и протоколов лечения» — внедрение клинических рекомендаций и системы контроля качества медицинской помощи, методическое управление качеством оказания медицинской помощи в субъектах РФ.
- VII. «Создание единого цифрового контура в здравоохранении на основе единой государственной информационной системы здравоохранения (ЕГИСЗ)» — внедрение МИС во всех медицинских организациях, внедрение централизованных сервисов, организация телемедицинских консультаций.
- VIII. Развитие экспорта медицинских услуг.

14–15
декабря
2018

К О Н Ф Е Р Е Н Ц И Я

ПЕРЕКРЕСТНЫЕ СИНДРОМЫ И ФЕНОТИПЫ ПРИ НАСЛЕДСТВЕННЫХ И ПРИОБРЕТЕННЫХ БОЛЕЗНЯХ НЕРВНОЙ СИСТЕМЫ

В рамках программы планируется:

— осветить современное состояние проблемы и основные варианты возможных сочетаний поражения разных уровней нервной системы у пациентов с приобретенными и наследственными нервно-мышечными болезнями;

— рассмотреть сложности диагностики и дифференциальной диагностики, сроки и причины задержки установления правильного диагноза, характерные для всех стран, а также определить границу между такими понятиями, как overlap- и double trouble синдромы;

— с учетом клинической и генетической гетерогенности типичных форм и вариантов вовлечения нескольких уровней нервной системы и органов обсудить перекрестные фенотипы наследственной моторно-сенсорной невропатии (НМСН), спинальной мышечной атрофии (СМА) с поздним дебютом и преимущественным поражением ног, СМА с пирамидными знаками, а также рассмотреть различия между семейными вариантами СМА и бокового амиотрофического склероза (БАС);

— обсудить информативность, алгоритмы и ограничения нейрофизиологических, нейровизуализационных и иммунологических

методов исследования при вариантах синдрома Гийена-Барре у взрослых и детей, атипичных фокальных мононевропатиях, демиелинизирующих аутоиммунных поражениях ЦНС и нейрооптикомиелит-ассоциированных поражениях. Рассмотреть проблему оптикомиелита Девика как перекрестного синдрома или отдельной нозологической формы, а также роль молекулярно-генетического исследования в формулировке диагноза при перекрестных формах наследственной патологии;

— рассмотреть современные подходы терапии перекрестных синдромов с использованием иммуноглобулинов человека (ВВИГ),

а также место и показания кортикостероидной терапии при разных вариантах перекрестных синдромов;

— провести постерную сессию для молодых ученых;

— организовать сессию рассмотрения сложных клинических случаев.

Конференция будет проводиться по адресу: Москва, ул. Лобачевского, д. 90, комплекс ОУ профсоюза высшего образования «Академия труда и социальных отношений».

Получить дополнительную информацию, а также зарегистрироваться для участия в конференции можно на сайте ОНМБ

www.neuromuscular.ru.

ЗАБОЛЕВАНИЕ

Лечение синдрома беспокойных ног при болезни Паркинсона

Синдром беспокойных ног (СБН), или синдромом Виллизия-Экбома, — это сенсомоторное расстройство, которое характеризуется неприятными ощущениями в нижних конечностях. Они появляются в покое, чаще в вечернее и ночное время, заставляют больного совершать облегчающие движения и часто приводят к нарушению сна. Нередко СБН наблюдается как один из симптомов болезни Паркинсона. Рассказываем о механизмах возникновения и методах лечения этого расстройства.



**Анна
Александровна
ПИЛИПОВИЧ**

К.м.н., доцент кафедры нервных болезней ИПО
ФГАОУ ВО «Первый Московский государственный
медицинский университет им. И. М. Сеченова»
Минздрава РФ

Распространенность СБН среди взрослого населения составляет около 2 % и увеличивается в старших возрастных группах до 10–35 %. Идиопатический, или первичный, СБН составляет более половины всех случаев, обычно проявляется на третьем десятилетии жизни и нередко носит наследственный характер.

Для вторичного СБН характерен более поздний дебют. Основными его причинами считаются дефицит железа, анемия и беременность, но существует и множество более редких причин неврологического и соматического характера. Диагностика синдрома в типичных случаях не составляет труда благодаря разработанному в 2003 г. R. Allen с коллегами критериям.

Однако симптоматика может оказаться необычной, или же возможно наличие коморбидного состояния, например двигательного заболевания или нарушения сна другой этиологии, которые затруднят постановку диагноза.

Замечено, что СБН часто коморбиден болезни Паркинсона (БП). Несмотря на то что точные патогенетические механизмы развития СБН непонятны, роль дофаминергической дисфункции в процессе его развития очевидна. На нее указывает высокая эффективность дофаминергических средств (препаратов леводопы, агонистов дофаминовых рецепторов) и ухудшение симптомов под влиянием нейролептиков и веществ, блокирующих высвобождение дофамина. Есть мнение, что СБН встречается у 50 % пациентов с БП, но он маскируется дофаминергической терапией, проявляясь в off-периоды или при отмене препаратов. В пользу этой теории свидетельствуют данные, полученные при субталамической глубокой мозговой стимуляции, после которой на фоне улучшения двигательных симптомов паркинсонизма у пациентов появлялся СБН.

Фармакологическая терапия СБН проводится в том случае, если симптомы причиняют дискомфорт и дезадаптируют (средняя/тяжелая степень); они наблюдаются примерно у 20–25 % пациентов. Как правило, до начала медикаментозной терапии пациенту даются нефармакологические рекомендации:

- соблюдение режима (умеренные физические нагрузки, прогулки без сильного переутомления, проветривание помещения, душ или ванна для ног вечером, исключение переданья и употребления перед сном чая, кофе и алкоголя);
- отмена медикаментов, способных спровоцировать развитие СБН (нейролептики, метоклопрамид, трициклические антидепрессанты, ингибиторы обратного захвата серотонина, препараты лития, тербуталин, антигистаминные средства, антагонисты H2-рецепторов, нифедипин и др.);
- при необходимости — восполнение дефицита йода и железа.

В качестве терапии первой линии используются дофаминергические препараты (леводопа и агонисты дофаминовых рецепторов). Бензодиазепины (клоназепам), антиконвульсанты (габапентин, карбамазепин) и опиоиды (оксикодон, кодеин, трамадол) используются как препараты второй линии в случае непереносимости дофаминергической терапии, при истощении ее действия или недостаточной эффективности, поскольк политерапия несколькими лекарственными препаратами с разными механизмами действия может оказаться эффективнее монотерапии.

Применение препаратов леводопы оказывает положительный эффект: уменьшает выраженность феномена периодических движений конечностей во сне, улучшает сон и качество жизни пациентов с СБН (3-й класс доказательности), по данным 4 плацебо-контролируемых исследований. Однако этих результатов пока недостаточно, чтобы сделать окончательный вывод об эффективности и безопасности лечения. Кроме того, у 80 % пациентов, принимающих препараты леводопы при СБН, возникает феномен аугментации (отдачи) — усиления или перемещения симптомов на более раннее время вечером или более позднее утром, по сравнению с обычным временем начала (до лечения). Длительность терапевтического эффекта при этом снижается, ощущения могут распространяться на ранее не задействованные части тела. Феномен аугментации зависит от дозы и становится особенно заметен при достижении 200 мг леводопы в день.

Таким образом, при выборе дофаминергического препарата предпочтение отдается агонистам дофаминовых рецепторов (АДР) неэрголиновой группы (прамипексол, ропинирол, ротиготин). В 10 плацебо-контролируемых исследованиях (3 на прамипексоле, 4 на ропинироле, 2 на ротиготине и 1 на каберголине) с участием более 4000 пациентов была доказана их эффективность

по сравнению с плацебо в отношении купирования основных симптомов СБН (1-й класс доказательности), улучшения качества жизни и показателей сна (2-й класс доказательности). Однако после прекращения приема состояние пациентов вновь ухудшалось, поэтому при СБН показана постоянная терапия.

При применении АДР риск возникновения аугментации гораздо ниже, препараты этой группы довольно хорошо переносятся больными и эффективны в относительно низких дозах. Кроме того, они не ухудшают когнитивные способности, не вызывают привыкания и зависимости, как бензодиазепины и опиоиды.

Среди АДР в России официально рекомендован для терапии СБН прамипексол (неэрголиновый агонист D2 и D3 дофаминовых рецепторов). Именно по этому препарату накоплено наибольшее количество клинических данных, опубликовано более десятка исследований, показывающих безопасность и эффективность его применения у пациентов с СБН. Препарат не теряет своей клинической актуальности на протяжении длительного времени при небольшой дозе (0,125–2,25 мг). Обычно препарат хорошо переносится и не вызывает

серьезных побочных эффектов, но примерно у 20 % происходит отмена терапии, чаще всего из-за желудочно-кишечных побочных явлений (тошноты, неприятных ощущений в желудке, диареи), реже — головной боли, ортостатической гипотензии или других явлений, специфичных для данной группы. Таким образом, применение АДР при СБН имеет свои ограничения.

Новым направлением в терапии СБН может стать истрадефиллин (Istradefylline) — высокоселективный антагонист аденозиновых рецепторов A2A, который, как полагают, модулирует гиперактивный при БП стриатопаллидарный (непрямой) путь. В ряде исследований показано, что препарат сокращает продолжительность off-периода и удлиняет on-период при БП, не вызывая дискинезий. Истрадефиллин был недавно одобрен в Японии для лечения БП, и есть наблюдения, что он положительно влияет на СБН. Ниже приведем несколько таких случаев. Механизм действия истрадефиллина при СБН обсуждается: в частности, предполагается его участие в обмене железа, но необходимы дальнейшие исследования для оценки эффективности препарата при СБН.

СЛУЧАЙ 1

Мужчина, 73 года, с 61 года испытывает тремор в правой ноге. С 62 лет начал принимать селегилин 5 мг/день с умеренным положительным эффектом, впоследствии начал терапию прамипексолом 1 мг/день. В 70 лет появились off-периоды, во время которых стало трудно ходить, в связи с чем был назначен истрадефиллин 20 мг/день, который улучшил походку. Через некоторое время off-периоды усугубились, и по ночам стало беспокоить чувство дискомфорта, который заставлял двигаться. Пациент испытывал облегчение после ходьбы. Доза истрадефиллина была увеличена до 40 мг/день, на фоне чего симптомы паркинсонизма уменьшились, а оценка по 3-й части Унифицированной рейтинговой шкалы болезни Паркинсона (UPDRS-III) уменьшилась с 40 до 30.

Повышение дозы истрадефиллина также уменьшило проявления СБП и постепенно привело к полной ремиссии. Дискомфорт в ногах, который заставлял пациента двигать ногами, исчез. Оценка по шкале тяжести СБН Международной исследовательской группы снизилась с 18 до 0. Это улучшение продлилось по крайней мере 30 месяцев без явлений аугментации.

СЛУЧАЙ 2

У мужчины, 65 лет, в возрасте 54 лет появился тремор покоя в правой руке, диагностирована БП. Был назначен прамипексол пролонгированного действия (2 мг/день), ухудшение походки потребовало повышения дозировки до 3 мг/день, что привело к развитию гиперсексуальности, в связи с чем была проведена замена на ропинирол.

В возрасте 62 лет начат прием препарата леводопы/карбидопы (150 мг/день), и через некоторое время пациент почувствовал необходимость двигать ногами во время отдыха, особенно вечером и ночью. Был назначен истрадефиллин (20 мг/день), на фоне которого проявления СБН практически исчезли и нормализовался сон. Улучшение длилось 5 месяцев, пока пациент не прекратил прием истрадефиллина из-за начала инфузионного введения леводопы/карбидопы по поводу синдрома истощения дозы и дискинезий.

ПРАКТИКА

Отечественные достижения в ботулинотерапии

Новая эра в помощи пациентам с тяжелыми поражениями центральной нервной системы, проявляющимися стойкой спастичностью в результате врожденных или приобретенных причин, началась после внедрения в медицинскую практику препаратов на основе ботулинического токсина типа А (БТА).

Действительно, использование БТА в реабилитационных мероприятиях для снятия или уменьшения спастичности изменило качество жизни пациентов. Локальное введение в отдельные мышцы препарата, не обладающего системным действием, позволяет избежать побочных явлений, возникающих при использовании центральных миорелаксантов, и в то же время обеспечивает контролируемый эффект.

ВЫБОР СПЕЦИАЛИСТА

Сегодня в России широко используются препараты БТА разных производителей. Обычно пациент принимает решение в пользу определенного ЛС при участии лечащего врача, который предоставляет исчерпывающую информацию обо всех свойствах предлагаемого средства. При выборе препарата БТА невозможно избежать таких субъективных факторов, как предпочтение и привычка врача.

В последнее время врачи все чаще отдают предпочтение препарату Релатокс, разработанному российскими специалистами. Этот миорелаксант периферического действия выпускает НПО «МИКРОГЕН» — одна из крупнейших отечественных фармаколо-

гических компаний. Релатокс прошел все необходимые клинические исследования, получил сертификат качества, прошел регистрацию (РУ ЛП-001593) в марте 2012 года, а в начале 2013 года был выпущен на российский рынок лекарственных средств.

В отличие от зарубежных аналогов для производства этого ЛС использован штамм *Clostridium botulinum* 501 серотипа А, который был получен российскими иммунобиологами и долгое время применялся для производства противоботулинической вакцины Тетраанатоксин.

Разработка отечественного ботулинического токсина началась в конце прошлого века и завершилась успешным созданием препарата Релатокс после длительного подбора оптимальной питательной среды для максимальной продукции токсина бактериями и эффективных методов очистки, и стабилизирующего состава для сохранения активности конечного продукта. Сегодня используемый в производстве БТА проходит трехступенчатую очистку путем гель-проникающей и ионной хроматографии, обеспечивающей экстракцию действующего вещества с отделением

примесных белков высокой молекулярной массы. Помимо активности препарата необходимым условием качества является его стабильность при хранении. С этой целью была подобрана наиболее эффективная композиция стабилизаторов (желатин в концентрации 2,5 % и мальтоза в концентрации 5 %), позволяющая сохранить активность очищенного комплекса ботулинического токсина типа А при лиофильном высушивании и последующем хранении.

ОПЫТ ПРИМЕНЕНИЯ

Анализ пятилетнего опыта применения Релатокса показал, что его терапевтическое воздействие продолжается в среднем более 6 месяцев. Что еще важно, он не содержит сахарозы, что позволяет использовать его без ограничений и коррекции терапии у пациентов с сахарным диабетом.

Так как Релатокс является отечественной разработкой полного цикла и не требует для производства поставки компонентов из-за рубежа, его стоимость не зависит от колебаний валютного курса. Пациенты с инвалидностью могут получить Релатокс бесплатно на бюджетной основе от государства. Российский препарат не только

завоевал популярность у неврологов, но и нашел широкое применение в косметологии — у специалистов по эстетической медицине.

Показаниями для использования Релатокса сегодня является коррекция гиперкинетических складок лица (мимических морщин), аксиллярный гипергидроз у взрослых, блефароспазм, спастичность мышц верхней конечности после перенесенного ишемического инсульта, спастичность верхней и нижней конечностей у подростков 13–17 лет с детским церебральным параличом. Сегодня ведущие российские ботулинотерапевты все чаще используют этот препарат для лечения других состояний, требующих обеспечения локального расслабления мышц.

Использование БТА кардинально меняет и подход к реабилитации пациентов после перенесенных нарушений мозгового кровообращения разной степени тяжести, обеспечивая недостижимый ранее уровень реабилитации. При локальном применении эффективного биологического миорелаксанта пациенты могут самостоятельно обслуживать себя,

КЛИНИЧЕСКОЕ НАБЛЮДЕНИЕ

Клиническим примером из собственной практики поделилась с нами профессор Зулейха Абдуллазановна Залялова.



Зулейха
Абдуллазановна
ЗАЛЯЛОВА

Д. м. н., профессор кафедры неврологии и реабилитации ФГБОУ ВПО Казанского государственного медицинского университета Министерства здравоохранения и социального развития РФ, руководитель Республиканского клинико-диагностического Центра экстрапирамидной патологии и ботулинотерапии Республики Татарстан

«Всем хорошо известен такой лицевой гиперкинез, как гемифациальный спазм (ГФС) — гиперкинез мышц, иннервируемых лицевым нервом, обычно с одной стороны. В основе его развития лежит нейроваскулярный конфликт: в результате механического воздействия пульсирующего сосуда на ствол нерва генерируется патологический импульс. Чаще всего обнаруживается конфликт нерва с артериями — передней нижней мозжечковой, задней нижней мозжечковой, позвоночной, базилярной, редко — с венозным сосудом. Компрессия одним сосудом по данным трехмерной МРТ с высоким разрешением выявляется в 52 % случаев, несколькими — в 48 % случаев. Вторичный ГФС — результат компрессии лицевого нерва на протяжении от мостомозжечкового угла до околоушной железы (чаще всего между внутренним слуховым проходом и шиловосцевидным отверстием) из-за травмы, опухоли, инфекции, сосудистых аномалий или идиопатического поражения нижнего мотонейрона. Кроме того, ГФС может развиваться у пациентов при поражении периферического отрезка нерва, например при параличе Белла или травматическом повреждении лицевого нерва в результате появления аберрантной реиннервации по мере восстановления утраченной функции. Долгое время лечение ГФС оставалось серьезной проблемой.

В 1992 году проведено первое двойное слепое плацебоконтролируемое исследование терапии БТА ГФС, продемонстри-

ровавшее уменьшение гиперкинезов лица в 84 % случаев. В последующем на репрезентативном числе больных было показано, что инъекции БТА в мышцы лица обеспечивали умеренное или заметное улучшение в 83 % случаев, в то время как в группе плацебо улучшение наблюдалось лишь у 2,5 % пациентов. Последние сравнительные исследования препаратов БТА разных фирм продемонстрировали их сопоставимую эффективность при имеющейся у препарата Релатокс тенденции к сохранению более длительного миорелаксирующего эффекта. А также что 76–94 % пациентов хорошо реагируют на терапию БТА, причем эффект остается стабильным на протяжении десятилетий с периодичностью инъекций 1 раз в 3–4 мес.

Приведу пример клинического наблюдения успешного лечения ГФС с помощью отечественного препарата БТА (Релатокс) из собственной практики.

Пациентка К., 53 года, обратилась в Республиканский консультативно-диагностический центр экстрапирамидной патологии и ботулинотерапии Республики Татарстан в июне 2017 года с жалобами на непроизвольные движения в левой половине лица. В марте 2000 года отметила частые мигания левого глаза, которые со временем превратились в зажмуривания. Через несколько месяцев присоединились непроизвольные движения средней и нижней части лица с подергиванием щеки, подтягиванием угла рта, сокращением мышц подбородка. В течение нескольких лет получала лечение противосудорожными препаратами, бензодиазепинами, витаминами, антиоксидантами — без эффекта. Сопутствующие заболевания отрицает. Неврологическое обследование выявило миоклонические гиперкинезы левой половины лица с сокращением мышц, иннервируемых лицевым нервом: круговой мышцы глаза, подкожной мышцы шеи, подбородочной, большой скуловой и малой скуловой мышц. Гиперкинезы провоцировались разговором, произвольным сокращением мышц лица, усиливались после задержки дыхания. При исследовании силы мышц был выявлен легкий парез лицевого нерва слева. Магнитно-резонанс-

ная томография выявила асимметричную сосудистую структуру, прилежащую к месту выхода лицевого нерва слева (отходит от позвоночной артерии, вероятно, передней нижней мозжечковой артерии).

Первая инъекция препарата БТА в суммарной дозе 50 ЕД была проведена в январе 2018 года по следующему протоколу: круговая мышца глаза слева — 20 ЕД, большая скуловая мышца слева — 2,5 ЕД, подбородочная мышца слева — 5 ЕД, мышца, сморщивающая бровь слева, — 5 ЕД, лобная мышца слева — 2,5 ЕД. Для сохранения симметрии лица препарат был введен и в контралатеральную половину лица: круговая мышца глаза слева — 10 ЕД, большая скуловая мышца слева — 1,25 ЕД, подбородочная мышца слева — 2,5 ЕД, мышца, сморщивающая бровь слева, — 2,5 ЕД. Улучшение было отмечено уже через 3 дня после инъекции с нарастанием эффекта в последующие дни. Эффективность лечения пациентка субъективно оценила как высокую и не отметила нежелательных явлений после процедуры. Повторная потребность в препарате возникла в июне 2018 г. — через 5,5 мес. после 1-й инъекции.

Введение препарата БТА в представленном случае существенно и положительно изменило качество жизни пациентки.

ГФС — распространенная проблема в практике врача, занимающегося лечением расстройств движения; частота этого заболевания составляет 7,4 случая на 100 000 мужского населения и 14,5 случая на 100 000 женского, средний годовой показатель заболеваемости, стандартизованный по возрасту белого населения США на 1970 г., — 0,74 и 0,81 на 100 000 мужчин и женщин соответственно. И наряду с блефароспазмом ГФС является ведущим показанием для ботулинотерапии.

В отсутствие других эффективных методов медикаментозного лечения ботулинотерапия зарекомендовала себя как высокоэффективный метод лечения ГФС, отличающийся хорошей переносимостью, и должна предлагаться таким пациентам в первую очередь».

а в отдельных случаях даже полностью реабилитироваться и начать работать, в то время как при назначении классических препаратов системного воздействия они оставались прикованными к постели на долгое время (иногда даже навсегда) и нуждались в посторонней помощи.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Локальное применение качественного препарата БТА обеспечивает нужный эффект при отсутствии побочных явлений, свойственных миорелаксантам центрального действия и, соответственно, высокий уровень реабилитации пациентов, ощутимо улучшает качество их жизни. Отечественный миорелаксант на основе БТА Релатокс обошел зарубежные аналоги благодаря особенностям своего производства и широко применяется как непосредственно неврологами для лечения поражений

центральной нервной системы, проявляющихся спастичностью, так и уже пять лет косметологами, специалистами по эстетической медицине для коррекции мимических морщин, аксиллярного гипергидроза у взрослых, а также в лечении других состояний, требующих обеспечения локального расслабления мышц (например, бруксизма). Тенденция к более пролонгированному эффекту препарата позволяет уменьшить число инъекций при достижении нужного лечебного результата и, следовательно, сделать процесс терапии более удобным, а отсутствие в его составе сахарозы позволяет без ограничений использовать Релатокс даже у пациентов с сахарным диабетом, чем не могут похвастаться зарубежные аналоги. Учитывая эти неоспоримые преимущества, Релатокс следует рассматривать как препарат выбора в ботулинотерапии.



**Ада
Равильевна
АРТЕМЕНКО**

Д.м.н., профессор, невролог, врач высшей категории, ведущий научный сотрудник Научно-исследовательского отдела неврологии НИЦ ГБОУ ВПО Первого Московского государственного медицинского университета им. И. М. Сеченова

«В условиях реальной клинической практики препарат Релатокс все шире применяется в лечении заболеваний, которые пока не входят в список официально зарегистрированных показаний, — например, при гиперактивности и гипертрофии жевательных мышц у пациентов с бруксизмом. В связи с па-

тогенетическим механизмом действия (прямой миорелаксирующий эффект, снижение афферентации от мышечных рецепторов в центральной нервной системе, не прямое центральное действие со снижением гиперактивности спинальных и стволовых интернейронов) БТА обладает высокой эффективностью у таких пациентов. Так, по направлению стоматолога к нам обратился пациент для лечения бруксизма, и билатеральное введение 100 ЕД Релатокса в жевательные, височные и латеральные крыловидные мышцы позволило предотвратить у него приступы стискивания зубов во время ночного сна и остановить развитие вторичной болевой дисфункции височно-нижнечелюстного сустава. После БТА-терапии пациент смог продолжить ортодонтическое лечение».

РЕЛАТОКС®
ПЕРВЫЙ РОССИЙСКИЙ БОТУЛОТОКСИН ТИПА А



**ЭСТЕТИЧЕСКАЯ
МЕДИЦИНА**

**НЕВРОЛОГИЯ
ВЗРОСЛАЯ**

**НЕВРОЛОГИЯ
ДЕТСКАЯ**

- 5 ЛЕТ УСПЕШНОГО ПРИМЕНЕНИЯ
- ДЛИТЕЛЬНЫЙ МИОРЕЛАКСИРУЮЩИЙ ЭФФЕКТ
- ОТСУТСТВИЕ ЧЕЛОВЕЧЕСКОГО АЛЬБУМИНА

Рег. удостоверение № ЛП-001593.
Лицензия № 00313-ЛС от 16.01.2018.

Производитель: АО "НПО "Микроген"
127473, г. Москва, 2-й Волконский пер., д.10.
Тел: +7 (495) 790-77-73. www.microgen.ru

МИКРОГЕН

ИМЕЮТСЯ ПРОТИВОПОКАЗАНИЯ. ПЕРЕД ПРИМЕНЕНИЕМ ПРОКОНСУЛЬТИРУЙТЕСЬ СО СПЕЦИАЛИСТОМ.

ЗАПИСНАЯ КНИЖКА

Обеспечение пациентов с дорогостоящими и орфанными заболеваниями в РФ

Согласно Конституции РФ каждый пациент имеет право на охрану здоровья и медицинскую помощь. Лечение ряда заболеваний требует больших денежных затрат, которые покрываются федеральным бюджетом или за счет средств региона.

В 2008 г. разработана программа «7 нозологий», включающая заболевания, лечение которых является дорогостоящим — гемофилию, муковисцидоз, гипотизарный нанизм, болезнь Гоше, злокачественные новообразования лимфоидной, кроветворной и родственных им тканей, рассеянный склероз — и финансируется за счет федерального бюджета.

В 2012 г. дополнительно сформирован перечень «24 нозологий» (Постановление Правительства РФ от 26 апреля 2012 г. № 403), в который вошли прогрессирующие орфанные (редкие) заболевания. Лекарственное обеспечение таких больных происходит за счет региональных бюджетов. Всего в перечень орфанных болезней входят 227 нозологий, для большинства из которых лечение пока не разработано. В «24 нозологии» вошли заболевания, для лечения которых на тот момент существовала терапия:

1. Гемолитико-уремический синдром (D59.3).
2. Пароксизмальная ночная гемоглобинурия (Маркиафавы-Микели) (D59.5).
3. Апластическая анемия неуточненная (D61.9).
4. Наследственный дефицит факторов II (фибриногена), VII (лабильного), X (Стюарта-Прауэра) (D68.2).
5. Идиопатическая тромбоцитопеническая пурпура (синдром Эванса) (D69.3).
6. Дефект в системе комплемента (D84.1).
7. Преждевременная половая зрелость центрального происхождения (E22.8).
8. Нарушения обмена ароматических аминокислот (классическая фенилкетонурия, другие виды гиперфенилаланинемии) (E70.0, E70.1).
9. Тирозинемия (E70.2).
10. Болезнь «кленового сиропа» (E71.0).
11. Другие виды нарушений обмена аминокислот с разветвленной цепью (изовалериановая ацидемия, метилмалоновая ацидемия, пропионовая ацидемия) (E71.1).
12. Нарушения обмена жирных кислот (E71.3).

13. Гомоцистинурия (E72.1).
14. Глютарикацидурия (E72.3).
15. Галактоземия (E74.2).
16. Другие сфинголипидозы: болезнь Фабри (Фабри-Андерсона), Нимана-Пика (E75.2).
17. Мукополисахаридоз, тип I (E76.0).
18. Мукополисахаридоз, тип II (E76.1).
19. Мукополисахаридоз, тип VI (E76.2).
20. Острая перемежающаяся (печеночная) порфирия (E80.2).
21. Нарушения обмена меди (болезнь Вильсона) (E83.0).
22. Незавершенный остеогенез (Q78.0).
23. Легочная (артериальная) гипертензия (идиопатическая) (первичная) (I27.0).
24. Юношеский артрит с системным началом (M08.2).

Однако региональные бюджеты не в состоянии в полном объеме обеспечить лекарствами всех больных. Из 85 субъектов страны относительно успешно справляются с этой задачей только 14. В связи с этим Совет Федерации выступил с инициативой о расширении федеральной программы «7 нозологий» с включением еще 5 наиболее высокзатратных заболеваний (гемолитико-уремический синдром, юношеский артрит с системным началом, мукополисахаридоз I, II и VI типов), которая была утверждена 3 августа 2018 г. Федеральным законом № 299 «О внесении изменений в Федеральный закон «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» (так называемый «7+5», или «12 нозологий»). В государственный бюджет для финансирования программы было дополнительно заложено 10 млрд рублей.

Таким образом, из 24 орфанных нозологий убрали 5, перенаправив пациентов с этими заболеваниями в программу «12 нозологий», и сегодня список включает только 19 наименований.

В то же время за 6 лет с момента принятия перечня его ни разу не пересматривали. Сейчас появились возможности лечения некоторых заболеваний, еще не внесенных ни в один из списков, а именно болезнь Помпе и идиопатический легочный фиброз, требующие серьезных финансовых затрат. Данные патологии нуждаются во включении в бывший перечень «24 нозологий», что позволит обеспечить пациентов необходимой терапией.

Проф. С. С. Никитин



ПРЕПАРАТ

Применение препарата Паглюферал в клинической практике

Лечение эпилепсии является многоуровневой задачей, требующей тщательного подбора препарата и контроля его использования. Выдающийся советский психиатр Марк Яковлевич Серейский (1885–1957) активно занимался проблемами эпилепсии и в 1955 году предложил для лечения широко известное профессионалам средство, названное его именем, — «смесь Серейского». «Смесь Серейского» в то время оказалась настолько эффективной, что на ее основе Московская фармацевтическая фабрика («МосФарма») начала производство препарата, получившего название Паглюферал.



Василий
Олегович
ГЕНЕРАЛОВ

Д.м.н., руководитель Центра внедрения передовых медицинских технологий «Планета Мед»



Тимур
Русланович
САДИКОВ

К.м.н., врач-невролог Центра внедрения передовых медицинских технологий «Планета Мед»



мерных бланках. Так как дозы фенобарбитала в Паглюферале адекватны для применения у пациентов с эпилепсией за счет использования дополнительных компонентов, лекарство можно выписывать на обычном рецептурном бланке 107/у, что не требует количественного учета по рецептуре 148/у-88.

В нашей практике Паглюферал с одинаковым успехом применяется во всех возрастных группах в качестве монотерапии или в комбинированном лечении и за период 2011–2017 гг. был назначен 311 пациентам, из них 89 детям и 222 взрослым при фокальных симптоматических и криптогенных формах эпилепсии. У детей и взрослых урежение эпилептических приступов на 50 % и более было отмечено в 29,2 и 32,4 % случаев соответственно. При отдельном рассмотрении ночных приступов у детей и взрослых эффект

Сегодня, благодаря успехам фарминдустрии, имеется огромный выбор самых разных препаратов для контроля эпилепсии. Однако это не означает, что следует забывать о средствах, имеющих твердую репутацию.

Главной отличительной особенностью Паглюферала является его многокомпонентность. Входящий в состав бромизовал усиливает седативное действие фенобарбитала, тем самым позволяет использовать его в более низкой дозе, уменьшая выраженность побочных эффектов. Кофеин, стимулирующий дыхательный и сосудодвигательный центры, предупреждает избыточную седацию от действия фенобарбитала.

Миотропный спазмолитик папаверин путем ингибирования фосфодиэстеразы купирует спонтанные мышечные спазмы при приступе эпилепсии. Кальция глюконат положительно влияет на физиологическую сократимость поперечно-полосатой мускулатуры и предотвращает, совместно с остальными компонентами, возникновение эпилептического статуса. Количество фенобарбитала, в зависимости от формы выпуска, составляет от 25 до 50 мг на 1 таблетку.

Основной проблемой для практикующего врача при назначении барбитуратов является правовой фактор: они относятся к сильнодействующим веществам, требующим выписки на специальных но-

КЛИНИЧЕСКИЙ ПРИМЕР № 1

Пациент Л., 45 лет. В 34 года перенес закрытую черепно-мозговую травму с ушибом головного мозга в области правой лобной доли. Через 2 года ночью появились эпилептические приступы от 1 раза в месяц до 2 раз в неделю продолжительностью 1–2 минуты: внезапный крик, адверсия головы влево с вытягиванием левой руки в разогнутом положении и прижатой к телу правой рукой («поза фехтовальщика»). В постприступном периоде в течение 15 минут отмечалась спутанность сознания и иногда агрессия.

Проведенные исследования обнаружили:

- ЭЭГ — региональное замедление в правой лобной области, представленное волнами частотой 3 Гц, амплитудой до 160 мкВ, в ряду которого регистрируются острые волны, порлифазные потенциалы амплитудой до 80 мкВ;
- МРТ головного мозга — посттравматические кистозно-глиозные изменения в правой лобной области.

Был поставлен диагноз посттравматической генерализованной эпилепсии с ночными приступами. Проводился подбор терапии.

Назначение препарата вальпроевой кислоты в дозе 1000 мг/сут не дало положительного эффекта, припадки возникали с прежней частотой. Среди побочных явлений отмечен тремор в пальцах рук, некорректируемое увеличение веса. По этой причине препарат был отменен.

На фоне карбамазепина в дозе 600 мг/сут отмечено снижение частоты эпилептических приступов на 20 %. При повышении дозы до 800 мг/сут появились частые головные боли, общая слабость, снизилась работоспособность, пришлось вернуться к дозе 600 мг/сут и добавить в схему лечения ламотриджин 200 мг/сут. На фоне комбинированной терапии существенного урежения приступов не отмечено.

Недостаточный эффект лечения потребовал пересмотра перечня назначаемых препаратов. Пациенту был назначен Паглюферал-3 по 2 таблетки на ночь (соответствует 100 мг фенобарбитала). Изменение терапии быстро привело к снижению частоты приступов на 80 %, а увеличение дозы до 3 таблеток полностью купировало приступы. Пациент пожаловался на дневную сонливость, которая исчезла после отмены карбамазепина, и против ожидания это не привело к возобновлению припадков. Это продемонстрировало высокую эффективность классического многокомпонентного препарата, эффективная доза которого не приводила к побочным эффектам.



КЛИНИЧЕСКИЙ ПРИМЕР № 2

Пациентка К., 32 года. С 15 лет отмечены ночные пароксизмы тонико-клонических судорог длительностью до 1 минуты. В структуре пароксизмов не было фокального компонента: судороги были симметричны, без адверсии в кинематике приступа. Долгое время частота приступов была стабильна и составляла до 1 раза в месяц.

Проведенные исследования обнаружили:

- ЭЭГ — эпилептическая активность, представленная острыми волнами, комплексами острая-медленная волна, пик-волновыми комплексами амплитудой до 60 мкВ, периодически объединяющимися в нерегулярные серии длительностью до 1 секунды;
- МРТ головного мозга не выявила структурных, потенциально эпилептогенных изменений.

При подборе терапии назначение карбамазепина до 1000 мг/сут оказалось неэффективно; вальпроевая кислота в дозе до 1500 мг/сут также не оказала значимого клинического эффекта. Попытка комбинированной терапии клоназепамом до 3 мг/сут и леветирацетамом до 2000 мг/сут также оказалась неэффективной, как и монотерапия топираматом в дозах до 200 мг/сут. На фоне приема ламотриджина в дозе 200 мг/сут отмечено урежение приступов на 50 %.

Во время наступившей беременности с 15-й по 24-ю неделю частота припадков выросла до 1 раза в неделю. При этом приступы приобрели серийный характер и стали возникать по 2–3 за ночь, что поставило беременность под угрозу. Было принято решение назначить Паглюферал-3 по 2 таблетки на ночь. На фоне лечения было достигнуто полное купирование припадков. Беременность закончилась нормальными родами на 38-й неделе. Ребенок здоров. Клинический случай демонстрирует эффективность препарата, содержащего фенobarбитал, относительно всех остальных лекарств с минимальным риском для развития плода.

КЛИНИЧЕСКИЙ ПРИМЕР № 3

Пациент С., 7 лет. Родился на 38-й неделе с гипоксически-ишемическим повреждением головного мозга. После рождения 1 месяц провел в реанимационном отделении. В дальнейшем отмечалась задержка развития: голову держал с 4 месяцев, стал переворачиваться с 8 месяцев. В 6 месяцев дебют флексорных эпилептических спазмов, 4–5 кластеров в день, по 40–50 приступов за кластер.

Проведенные исследования обнаружили:

- ЭЭГ — зарегистрирована атипичная гипсаритмия.

При подборе терапии в 7 месяцев назначена вальпроевая кислота 300 мг/сут без значимого клинического эффекта. С 8 месяцев на фоне назначения вигабатрина 500 мг/сут приступы прекратились до возраста 5 лет. Значительно выросли темпы развития.

В 5 лет — рецидив судорожных тонико-клонических приступов при пробуждении (во время дневного и ночного сна) частотой 1 раз в неделю, которые сопровождались снижением внимания ребенка, замедлением усвоения новых навыков.

На ЭЭГ зарегистрировано 3 источника эпилептической активности с увеличением количества эпилептической активности во время сна, без паттерна вторичной билатеральной синхронизации.

Прием вальпроевой кислоты, карбамазепина, топирамата, леветирацетама в дозах даже выше терапевтических без должного эффекта.

Назначение Паглюферал-1 по ½ таблетки (соответствует 12,5 мг фенobarбитала) 2 раза в день перед сном привело к прекращению эпилептических приступов и восстановлению темпов развития ребенка. Побочные эффекты на фоне лечения не отмечались.

в ночное время, в отличие от детей, страдающих симптоматическими и криптогенными фокальными формами эпилепсии, с приступами преимущественно при пробуждении или в момент бодрствования.

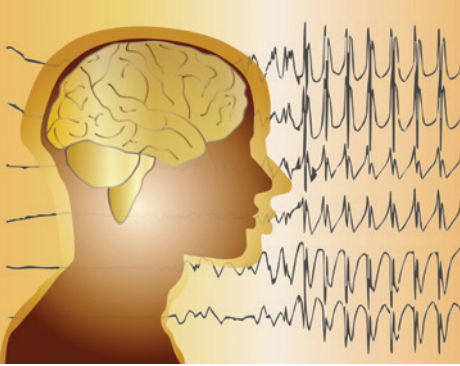
В качестве иллюстрации наших подходов представим несколько клинических примеров (см. выше).

Цель нашей статьи — обратить внимание на то, что даже в эру прогрессирующего

развития фармакотерапии эпилепсии не следует пренебрегать классическими препаратами, зарекомендовавшими себя за время предыдущего многолетнего применения. Клинические примеры эффективного применения обсуждаемого многокомпонентного препарата демонстрируют обоснованное назначение как во взрослой, так и в детской практике. Основным показанием являются случаи фокальной эпилепсии с изолированными ночными приступами.

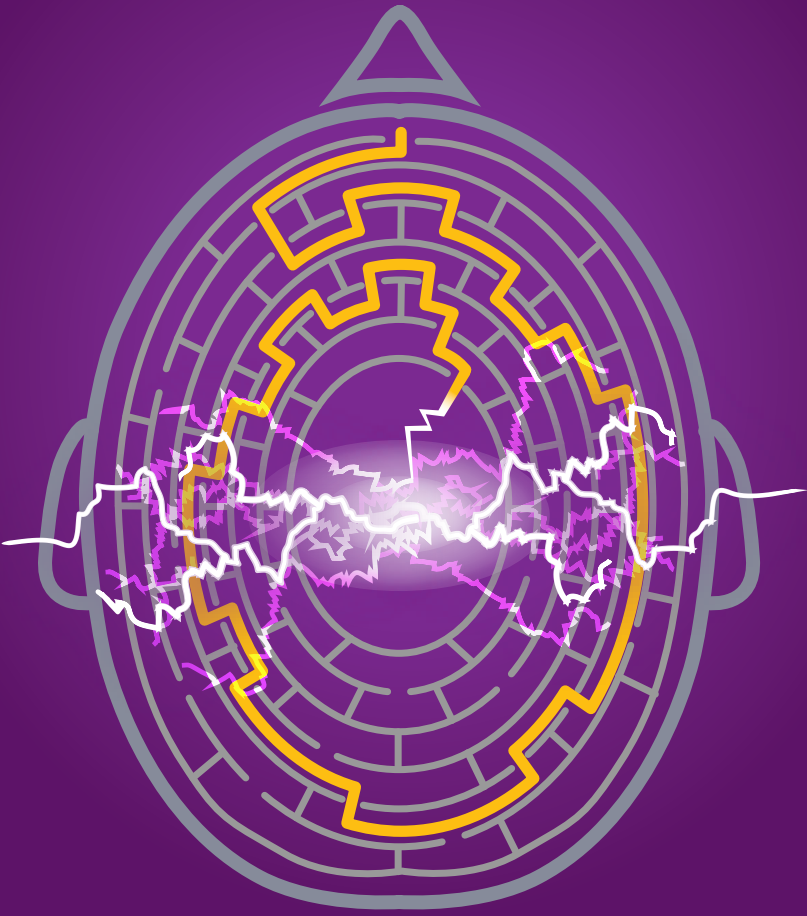
лечения был практически одинаковым и составил 55,6 и 51,2 %. Препарат хорошо переносится, и только 13,5 % пациентов отказались от него из-за сонливости, когда лекарство принимали днем.

По нашему опыту основным показанием для назначения обсуждаемого препарата является фокальная эпилепсия с ночными приступами. Такая ситуация более вероятна у пациентов взрослого возраста, у которых приступы чаще всего возникают именно



Паглюферал®

противоэпилептическое средство



- **НЕ ИМЕЕТ АНАЛОГОВ**, в основе состава – уникальная разработка отечественного психиатра М.Я. Серейского
- **КОМБИНИРОВАННЫЙ СОСТАВ** – для эффективного контроля эпилепсии
- **3 ДОЗИРОВКИ**, помогающие врачу выбрать наиболее рациональную и эффективную терапию
- **ВОЗМОЖНОСТЬ МОНОТЕРАПИИ** благодаря комбинированному составу
- **ПОКАЗАН ПРИ РЕЗИСТЕНТНОСТИ** к препаратам первого выбора
- **РАЗРЕШЕН К ПРИМЕНЕНИЮ У ДЕТЕЙ** с 3-х лет

	Паглюферал®-1	Паглюферал®-2	Паглюферал®-3
Фенobarбитал	25 мг	35 мг	50 мг
Бромизовал	100 мг		150 мг
Кофеин бензоат натрия	7,5 мг		10 мг
Папаверина гидрохлорид	15 мг		20 мг
Кальция глюконат	250 мг		

ВЫХОД ЕСТЬ ↑



ЗАО «Московская фармацевтическая фабрика»

www.mosfarma.ru

КАЛЕНДАРЬ МЕРОПРИЯТИЙ – 2019

Я Н В А Р Ь			
16–18	Конференция по визуализации амилоида в организме человека	США, Майами	www.worldeventsforum.com/hai
19–20	17-й Ежегодный симпозиум по когнитивным нарушениям легкой степени. Общественный образовательный форум по болезни Альцгеймера	США, Майами-Бич, Флорида	http://www.mcsymposium.org/
23	Научно-практический семинар «Персонализированное лечение неврологических заболеваний»	Россия, Москва	http://med-marketing.ru
25	XIX Научно-практическая нейроофтальмологическая конференция «Актуальные вопросы нейроофтальмологии. Краниоорбитальные процессы: опухоли, сосудистые процессы, травма»	Россия, Москва	http://www.eecmedical.ru
28–29	Всемирный конгресс, посвященный достижениям в неврологии и лечении нервно-мышечных заболеваний	Сингапур	https://neuromuscular.neurologyconference.com
28–29	8-я Международная конференция по неврологии и нервно-мышечным заболеваниям	ОАЭ, Дубай	https://neuromuscular.pulsusconference.com
30–31	4-й Всемирный конгресс по расстройствам сна, лечению и нейропсихологии	Япония, Токио	https://sleepmedicine.neurologyconference.com
Ф Е В Р А Л Ь			
1–3	Ежегодное собрание Американского общества по периферическим нервам (ASPN) 2019	США, Калифорния	http://peripheralnerve.org/meeting/
2	Региональная конференция Manage Pain («Управляй болью»)	Россия, Новосибирск	https://intermeda.ru
6–8	Международная конференция по инсульту	США, Гавайи	https://professional.heart.org
8	Научно-практическая конференция «Вопросы поведенческой неврологии», посвященная 10-летию открытия Центра поведенческой неврологии Института мозга человека им. Н. П. Бехтеревой	Россия, Санкт-Петербург	http://altaastra.com
15–16	11-я Международная конференция по сосудистой деменции	Нидерланды, Амстердам	https://vasculardementia.conferenceseries.com
19–21	7-й Всемирная встреча ведущих специалистов по вопросам ЦНС	США, Бостон	http://world-cns.com
25–26	11-я Международная конференция по сосудистой деменции	Нидерланды, Амстердам	https://vasculardementia.conferenceseries.com
27–28	7-я Международная конференция по нейродегенеративным заболеваниям и инсульту	Франция, Париж	https://stroke.cmesociety.com
27–28	6-я Международная конференция по нейроонкологии и опухолям головного мозга	Южная Корея	https://neurooncology.conferenceseries.com
28.02–01.03	28-й Всемирный конгресс по неврологии и терапии	Германия, Берлин	https://www.neurologyconference.com
28.02–02.03	Вейновские чтения. 15-я ежегодная конференция, посвященная памяти академика А. М. Вейна	Россия, Москва	http://www.veinconference.paininfo.ru
М А Р Т			
1–2	Межрегиональная научно-практическая конференция с международным участием «Сибирская школа клинической неврологии»	Россия, Омск	http://altaastra.com
2	Научно-образовательная конференция с международным участием «Доказательная неврология: цереброваскулярные заболевания»	Россия, Москва	http://evidencebasedneurology.ru
11–12	2-й Ежегодный конгресс, посвященный достижениям в неврологии и нейронауке	Германия, Берлин	http://neurologyconference.pulsusconference.com
14–15	Ежегодный конгресс по неврологии и нейронауке	Франция, Париж	https://neurosciencecongress.neurologyconference.com
14–17	Научно-практическая конференция Школа неврологов Санкт-Петербурга и Северо-Западного Федерального округа РФ «Инновации в клинической неврологии»	Россия, Санкт-Петербург	http://neurospspb.ru/
15–17	16-й Ежегодный конгресс Общества по методам визуализации головного и спинного мозга, а также методам лечения его заболеваний (SBMT)	США, Лос-Анджелес	https://www.worldbrainmapping.org
18–19	23-я Международная конференция по неврологии и нейрофизиологии	Шотландия, Эдинбург	https://neurophysiology.neuroconferences.com
20–21	11-я Всемирная конференция по болезни Альцгеймера и деменции	Австралия, Сидней	https://alzheimersdementia.neurologyconference.com
25–26	15-я Международная конференция по деменции и болезни Альцгеймера	Япония, Осака	https://dementia.annualcongress.com
25–26	13-й Всемирный конгресс по деменции и болезни Альцгеймера	Австралия, Мельбурн	http://dementia.alliedacademies.com
25–26	7-я Международная конференция по борьбе с болью	Италия, Рим	https://painmanagement.euroscicon.com/
26	Ежегодная научно-практическая конференция «Неврологический больной. Ранняя диагностика, формулирование диагноза, прогноз, ведение»	Россия, Москва	http://www.eecmedical.ru
26	21-е Ежегодное собрание Американского общества по экспериментальным методам лечения в неврологии (ASENT 2019)	США, Роквилл	http://www.asent.org
26–31	14-я Международная конференция по болезни Альцгеймера, болезни Паркинсона и неврологическим расстройствам	Португалия, Лиссабон	https://adpd.kenes.com
А П Р Е Л Ь			
1–3	Международная конференция по неврологии и нейронауке	Великобритания, Лондон	https://neurology.scientifictree.com
8–9	7-я Международная конференция по неврологии и нейронауке	Швейцария, Цюрих	http://neuroscience.alliedacademies.com
15–17	3-я Международная конференция по неврологии и заболеваниям головного мозга	Испания, Валенсия	http://european.neurologyconferences.com
19–21	2-й Всемирный конгресс по неврологии и психическим расстройствам	ОАЭ, Дубай	http://neurologyworldcongress.com
22–23	26-й всемирный конгресс по неврологическим заболеваниям	Япония, Токио	https://neurodisorders.neurologyconference.com
25–26	5-я Международная конференция по заболеваниям позвоночника	Италия, Рим	https://spine.neurologyconference.com

25–28	Научно-практическая конференция Международная неврологическая школа в Судакe (Крым)	Россия, Судак	http://altaastra.com
29–30	Балтийский конгресс по детской неврологии	Россия, Санкт-Петербург	https://expomap.ru
М А Й			
8–9	5-я Всемирная встреча экспертов по болезни Паркинсона и двигательным расстройствам	Япония, Токио	https://parkinsonscongress.neurologyconference.com
15–16	5-я Международная конференция по неврологическим расстройствам и инсульту	Япония, Осака	https://stroke.global-summit.com
15–16	14-й Всемирный конгресс, посвященный достижениям в лечении болезни Альцгеймера и деменции	Австралия, Мельбурн	https://alzheimerscongress.neurologyconference.com
15–16	13-я Всемирная встреча по неврологии и нейрохирургии	Австралия, Мельбурн	https://neurologists.conferenceseries.com
16–19	26-я Международная конференция ISBS (Международного общества по изучению стрессового поведения) по нейронауке и биологической психиатрии	Россия, Санкт-Петербург	http://www.stress-and-behavior.com
22–23	13-й Всемирный конгресс, посвященный достижениям и инновациям в лечении деменции	Япония, Токио	https://dementiacongress.neurologyconference.com
22–24	5-я Европейская конференция по инсульту (ESOC 2019)	Италия, Милан	https://eso-conference.org
23–24	28-й Всемирный конгресс по неврологии	Швейцария, Цюрих	https://neuroscience.neurologyconference.com
И Ю Н Ь			
3–7	Международная конференция по нейронауке 2019	Россия, Байкал	http://managepain.ru/kalendar
15–19	XI Всероссийский съезд неврологов и IV Конгресс национальной ассоциации по борьбе с инсультом	Москва, Россия	http://altaastra.com
16–19	IV Международный конгресс Европейской академии неврологии (European Academy of Neurology — EAN)	Португалия, Лиссабон	https://nevrologia.info
22–26	33-й Международный конгресс по эпилепсии	Таиланд, Банкок	http://www.epilepsycongress.org/
24–25	4-я Международная конференция по нейронауке и нейровизуализации	Вьетнам, Хошимин	https://neuroimaging.neurologyconference.com
И Ю Л Ь			
11–13	Всемирная встреча экспертов по вопросам неврологии и нейробиологии	Великобритания, Лондон	https://frontiersmeetings.com
18–20	5-я Встреча экспертов по неврологическим заболеваниям	США, Лос-Анджелес	http://neurodisordersconference.com
22–23	9-я Всемирная встреча экспертов, посвященная достижениям в области неврологии и нейропсихиатрии	Австралия	https://neuropsychiatry.conferenceseries.com
22–24	32-й Европейский конгресс по неврологии	Великобритания, Лондон	https://www.neurologyconference.com/europe
А В Г У С Т			
12–13	4-й Всемирный конгресс по детской неврологии и хирургии	Новая Зеландия, Окленд	https://pediatricneurology.neurologyconference.com
26–28	2-я Международная конференция по биоинформационным и нейронаукам (ICoBN 2019)	Канада, Ванкувер	http://www.icobn.net/
29–30	5-я Международная конференция по эпилепсии	Австрия, Вена	https://epilepsy-treatment.expertconferences.org
29–31	5-й Всемирный конгресс, посвященный болезням Паркинсона и Гентингтона	Австрия, Вена	https://parkinsons.neurologyconference.com
С Е Н Т Я Б Р Ь			
2–4	Международная конференция по нейронауке и нейрохирургии	США, Балтимор	https://neuroscience.scientificserve.com
13–14	3-я Межрегиональная Поволжская научно-практическая конференция «Неврология сегодня»	Россия, Самара	https://micepartner.ru
19–20	7-я международная конференция по болезням головного мозга	Бельгия, Брюссель	https://braindisorders.neuroconferences.com
25–26	Ежегодный конгресс и выставка по когнитивной и нейронауке	США, Нью-Йорк	https://cognitivescience.annualcongress.com/
26–28	Ежегодная научно-практическая конференция с международным участием «Вреденовские чтения»	Россия, Санкт-Петербург	http://altaastra.com
О К Т Я Б Р Ь			
7–8	9-я Международная конференция по неврологическим расстройствам и инсульту	Ирландия, Дублин	https://stroke.neurologyconference.com
15	X Российская Научно-практическая Конференция с международным участием «Инновационные технологии в области неврологии и смежных специальностей»	Россия, Москва	http://kremlin-neurology.ru
21–22	Всемирный конгресс, посвященный достижениям в области лечения черепно-мозговых травм	Япония, Токио	https://braindisorders-therapeutics.neurologyconference.com
26–31	XXIV Всемирный конгресс по неврологии	ОАЭ, Дубай	https://www.wfneurology.org
Н О Я Б Р Ь			
14–15	13-я Международная конференция, посвященная болезни Альцгеймера и деменции	Германия, Франкфурт	https://alzheimers-dementia.neuroconferences.com
19–20	32-я Конференция по нейронауке и нейрогенетике	Турция, Стамбул	https://neurogenetics.neuroconferences.com
22–23	Встреча экспертов по нейронауке, сестринскому делу и здравоохранению	Австралия, Сидней	https://conferencemonkey.org
25–26	Инсульт и неврологические нарушения	ОАЭ, Абу-Даби	https://stroke.neuroconferences.com/
Д Е К А Б Р Ь			
6	3-и Штульмановские чтения «Неврология в клинических примерах»	Россия, Москва	http://www.eecmedical.ru

ДИАГНОСТИКА

«Увидеть» боль: когда лучевой диагност клиницисту — лучший помощник

Современные лучевые методы диагностики помогают понять причину боли, а иногда и предсказать вероятность перехода острой боли в хроническую. О том, какова ситуация диагностики боли на данный момент, рассказала на XII Всероссийском национальном конгрессе лучевых диагностов и терапевтов «Радиология-2018» профессор кафедры рентгенологии и радиологии СПбГМУ им. И. П. Павлова, директор научно-клинического и образовательного центра «Лучевая диагностика и ядерная медицина» СПбГУ Татьяна Николаевна Трофимова.

ОТ БОЛИ ДО ДИАГНОЗА

Современная ситуация в «поле» лучевой диагностики в настоящее время весьма благоприятная: за последние два десятилетия появилось множество диагностических методик, которые обладают как большой чувствительностью, так и специфичностью, необходимыми для того, чтобы выявить причину того или иного болевого синдрома. Четкую структуру органа или ткани легко могут установить многосрезовая спиральная компьютерная и магнитно-резонансная томография, функцию помогают исследовать перфузионные компьютерная и магнитно-резонансная томография, функциональная магнитно-резонансная томография, магнитно-резонансная спектроскопия, а также все вариации, возможные в комплексе с позитронно-эмиссионной томографией.

Казалось бы, при таком арсенале и его правильном использовании поставить диагноз не составляет сложности. Однако по-прежнему встречаются врачебные ошибки, заключающиеся либо в назначении неполного объема обследования, либо в недооценке или переоценке возможности методик, гипо- или гипердиагностике.

По данным статистики, представленной на Российском онкологическом конгрессе в ноябре 2017 года, около 70 % пациентов с опухолями костей поступают в специализированные клиники с размером опухоли более 10 см, а около 50 % больных с опухолями мозга — с размером новообразования более 3 см.

КОГДА ПРОБЛЕМА В ПОЗВОНОЧНИКЕ

В качестве примера устаревших рекомендаций для неврологов по диагностике боли в нижней части спины, которые уже не в полной мере отвечают стандартам постановки правильного диагноза, Татьяна Николаевна привела алгоритм, составленный еще в 2010 году Андреем Борисовичем Даниловым, профессором кафедры нервных болезней факультета последилопного профессионального обучения Первого МГМУ им. И. М. Сеченова.

Например, когда помимо боли идет необъяснимая потеря массы тела или имеется высокий риск развития злокачественного новообразования, нельзя ориентироваться только на рентгенографию, так как она оказывается совершенно неинформативной. То же самое и в случаях компрессионного перелома позвоночника и анкилозирующего спондилоартрита. При этих заболеваниях в качестве метода визуализации также рекомендуется рентгенография, хотя МРТ бы предоставила больше информации, например о распространенности и объеме отека. А ведь эти рекомендации и сейчас котируются и распространяют-

ся на многих крупных, в том числе междисциплинарных конференциях.

Татьяна Николаевна отмечает, что сейчас необходимо практически везде убрать классическую рентгенодиагностику и поставить на ее место магнитно-резонансную томографию с контрастированием или же сканирование в противофазу — новую ступень в развитии диагностических возможностей в области заболеваний позвоночника. Однако даже МРТ с контрастом отходит на второй план, если речь идет о метастатическом поражении. Согласно рекомендациям 2017 года (Evaluation of thoracic and lumbar spinal column injury), наиболее высокий рейтинг информативности в данном случае принадлежит ПЭТ/КТ всего тела, но также полезными инструментами будут остеосцинтиграфия и МРТ тела в режиме DVI.

По словам спикера, на сегодняшний день уже разработаны и активно внедряются алгоритмы обследования пациента в зависимости от клинической ситуации.

Например, пациент с болевым синдромом и патологией опорно-двигательного аппарата: возможно, там есть абсцесс, а возможно, опухоль. Задача диагноста — предоставить возможность прицельности и правильно выполнить пункционную биопсию. Другая ситуация — имеются локальные боли и определенная неврологическая симптоматика. Можно выполнить и КТ, и МРТ, но после этого на первый план для уточнения выходит радионуклидная диагностика (РНД), поскольку она даст наиболее точный ответ насчет опухолевого или метастатического поражения тканей. Если же имеются мультифокальные боли, тут лидирует

РНД, но, помимо нее, можно смело пользоваться МРТ.

КОГДА ПРОБЛЕМА В НЕРВАХ

Важно, что сегодня МРТ позволяет хорошо визуализировать периферические нервы. И не только нервы: она помогает

трактографию белого вещества, то не удастся увидеть ничего, кроме артефактов, так как нерв в этом месте будет разрушен, и, соответственно, сигнал от диффузии воды изменится. Это тоже может сказать о характере поражения (полное или частичное пересечение нерва).



По данным статистики, представленной на Российском онкологическом конгрессе в ноябре 2017 года, около 70 % пациентов с опухолями костей поступают в специализированные клиники с размером опухоли более 10 см, а около 50 % больных с опухолями мозга — с размером новообразования более 3 см.

оценить состояние окружающих тканей, мышц, которые иннервируются этими нервами. Это в равной мере относится как к периферической нервной системе, так и к черепно-мозговым нервам.

МР-нейрография дает возможность посмотреть архитектуру нервного ствола, те нервы, которые по диаметру приближаются к диаметру сопровождающей их артерии (2–3 мм), а также описать интенсивность их сигнала, ход, состояние периневральной жировой клетчатки, площадь поперечного сечения. В случае тяжелых деструктивных травматических изменений можно изучить характер постконтрастного усиления: будет хорошо видна зона накопления контрастного вещества. Но если при этом выполнить

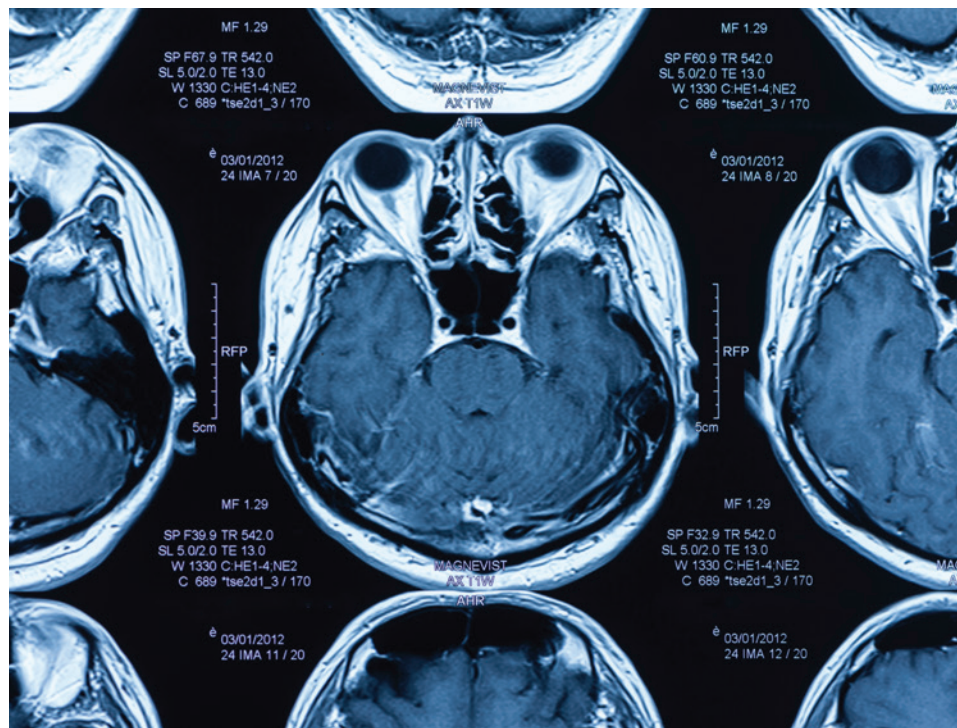
Современные технологии позволяют манипулировать возможностями и в рамках одного метода, например МРТ. При поражении плечевого сплетения можно визуализировать и сосудистую сеть, и костные структуры, например шейное ребро — гипертрофированный шейный отросток. Лучевой диагност увидит, что нервы в этом случае оказываются словно между молотом и наковальней. При этом в клинической картине наблюдается выраженный болевой синдром.

КОГДА ПРОБЛЕМА В МОЗГЕ

Очень часто неврологу в клинической практике приходится сталкиваться с головными болями. И проблема, которая встречается повсеместно, — это отиты и синуситы различной этиологии, в том числе микотические. Диагностировать эту патологию с помощью КТ можно вполне уверенно. Например, если лучевой диагност видит на КТ в пазухах неравномерное, неровное, частично гиперденсивное образование, то его смело можно расценивать как микотический процесс. Иногда микоз может маскироваться под инородное тело, но если присмотреться, то можно отчетливо заметить тонкую гиперденсивную сетку, которая его выдаст.

К головной боли приводят самые разнообразные интракраниальные процессы. Татьяна Николаевна рассказала о картине типичной интракраниальной гипотензии: спавшиеся желудочки, отсутствие резервных пространств, венозный застой в синусах, головной мозг буквально насаждает на основание черепа, что приводит к компрессии ствола.

Похожая клиника головных болей встречается и при нормотензивных гидроцефалиях (когда триада Хакима-Адамса еще не так выражена). Главное со стороны диагноста — не пропустить вентрикуло-сулькальную



диспропорцию, а со стороны клинициста — отправить больного на МРТ, так как заболевание склонно прогрессировать и сильно снижать качество жизни, а поможет тут лишь хирургическая коррекция.

Обструктивную гидроцефалию, сопровождающуюся постоянной головной болью, также поможет визуализировать МРТ головного мозга. При использовании специальных режимов сканирования врач увидит, к примеру, обструкцию в зоне сильвиевого водопровода.

Еще одна из распространенных причин возникновения головных болей — это менингиты. Здесь крайне важно применять не только импульсную последовательность FLAIR (режим инверсии-восстановления с редукцией сигнала от свободной жидкости), но и внутривенное контрастирование, потому что накопление контраста мозговыми оболочками очень патогномично для менингитов. А по характеру накопления даже можно предположить, какой именно инфекционный процесс имеет место: например, базальный менингит характерен для туберкулеза и сифилиса, а цереброспинальный — для менингококковой инфекции. В случае туберкулеза часто обнаруживаются туберкулемы с творожистым содержимым и накоплением контраста по ободку.

Для клинициста и диагноста имеет значение и состояние черепных нервов у пациента с головными болями. Так, при локальном болевом синдроме в четкой проекции могут визуализироваться невриномы, например, тройничного нерва, дающие выраженную клиническую симптоматику. Могут происходить процессы, приводящие к смещению или компрессии нервов: к примеру, менингиома или нейроваскулярный конфликт. Лучевой диагност также может визуализировать неврит, очаговые поражения мозга в местах расположения ядер черепных нервов (сар-

коидоз, рассеянный склероз, туберкулез) и тем самым определить причину болей.

Но одними структурными изображениями тоже порой не обойтись. И на этот счет у лучевой диагностики также есть «предложение» — воксельная морфометрия, позволяющая количественно измерить объем какой-либо структуры, белого или серого вещества. Она оправдана в случаях, когда нужно понимать, какие происходят пластические изменения и насколько они выражены. Например, при рассеянном склерозе можно измерить толщину коры головного мозга, при эпилепсии с аффективными расстройствами — рассчитать объем лимбических структур, чтобы понять масштаб поражения.

Кроме того, сейчас ведутся работы по картированию зон головного мозга при различных болях с помощью фМРТ. Можно совмещать выявленные очаги активности с трактографией, оценивать состояние белого вещества. В частности, с помощью этих методов выявили, что активация ствола, таламуса, кортикоспинальных трактов, лобно-затылочной височных областей при мигрени не зависит от того, с аурой она или без, хроническая или эпизодическая, но в таламусе и базальных ядрах наблюдается редукция регионального кровотока.

Татьяна Николаевна приходит к выводу, что клиницистам не нужно бояться назначать дополнительные обследования для того, чтобы разобраться в причинах боли и верифицировать диагноз. Однако необходимо понимать, что даст то или иное исследование, каковы его возможности в каждом конкретном случае и будет ли в конечном счете оно достаточно информативным для постановки диагноза.

Анна Хоружая

НОВОСТИ

Непростая задача лечения психозов при болезни Паркинсона

На финальном этапе болезни Паркинсона (БП) примерно у половины пациентов развиваются галлюцинации и бреподобные расстройства. Возможности для лечения таких состояний весьма ограничены в том числе потому, что большинство антипсихотиков могут усугубить имеющиеся моторные нарушения. В 2016 г. в США было одобрено клиническое применение нейролептика пимавансерина (Pimavanserin), причем, согласно инструкции, БП обозначена как единственное показание для этого препарата.

В режиме off-label («вне инструкции») психозы при БП лечатся клозапином и кветиапином. Эффективность клозапина у данной категории больных была доказана клинически. Тем не менее в некоторых случаях от этого препарата приходится отказываться из-за необходимости регулярного контроля клеточного со-

става крови. Что касается кветиапина, то в исследованиях не удалось четко выявить его превосходство над плацебо при БП, но имеются сообщения о его положительном эффекте у некоторых пациентов.

Следует отметить, что в США фармацевтические компании наказываются, если они продвигают использование своей продукции по показаниям, не относящимся к официально одобренным. А вот врачи имеют право по своему усмотрению назначать препарат и без учета инструкции, при условии, что есть сведения о пользе лекарства в конкретных клинических обстоятельствах.

Если в описании лекарственного средства нет какого-то показания, это не обязательно означает отсутствие эффекта в данном конкретном случае. Просто у фармкомпаний нередко нет средств, чтобы провести требуемые испытания, не относящиеся к основной заявленной сфере применения.

Для всех трех нейролептиков (пимавансерин, клозапин, кветиапин) отмечен повышенный риск ухудшения состояния и смерти на фоне их приема, что связано с общей ослабленностью пациентов, страдающих далеко зашедшей БП. Но на такой риск приходится идти из-за выраженной психотической симптоматики.

к.м.н. Алексей Пархоменко



Умственные способности при БАС могут не сохраняться

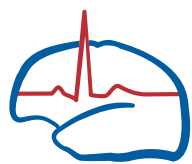
Раньше неврологов учили, что при боковом амиотрофическом склерозе (БАС) страдают именно моторные функции, в частности — произвольно контролируемое сокращение мышц. Интеллектуальные способности при этом грозном заболевании считались интактными.

Такое представление было широко растиражировано не только в специальной литературе, но и в информационных материалах для больных и их родственников. В качестве яркого примера приводилась судьба выдающегося британского физика-теоретика Стивена Хокинга (1942–2018), который, несмотря на тяжелую инвалидность на фоне БАС, до конца своих дней сохранял творческий потенциал.

Однако в только что опубликованном исследовании Кристофера Крокфорда с соавт. (журнал Neurology) была выявлена высокая частота когнитивных и поведенческих нарушений у больных БАС, на 4-й стадии заболевания достигающая 80 %. Полученные результаты встают в один ряд с сообщениями последних лет о случаях фронто-темпоральной деменции при БАС. Еще в 2011 г. было обнаружено, что подобное сочетание неврологических нарушений может вызываться генной мутацией C9ORF72.

Таким образом, клиницистам следует быть настороженными в отношении немоторных проявлений у пациентов с БАС, включая сферу высших корковых функций. Соответствующим образом должны быть ориентированы и лица, которые ухаживают за больными. Тем не менее не следует забывать о том, что мы вполне можем встретиться в своей практике с классическими примерами изолированного поражения моторики, особенно на начальных стадиях болезни.

к.м.н. Алексей Пархоменко



III НАЦИОНАЛЬНЫЙ КОНГРЕСС КАРДИОНЕВРОЛОГИЯ 6-7 декабря 2018

Организаторы:

ФГБНУ «Научный центр неврологии»
ФГБУ «НМИЦ кардиологии» МЗ РФ

При поддержке:

Министерство науки и высшего образования РФ
Российская академия наук

Уважаемые коллеги!

**Приглашаем Вас принять участие
в III Национальном Конгрессе
«КАРДИОНЕВРОЛОГИЯ»**

В Конгрессе принимают участие ведущие специалисты научных и клинических центров России

В рамках Конгресса будет работать выставочная экспозиция лекарственных препаратов, медицинского оборудования, и средств реабилитации

На сайте Конгресса можно подать заявку на публикацию тезисов, участие в постерной сессии и Конкурсе молодых ученых

Участие в Конгрессе бесплатное, необходима предварительная электронная регистрация на сайте: **www.kardioneurology.ru**



Конгресс состоится 6-7 декабря 2018 года в здании
Российской академии наук, по адресу:
Москва, Ленинский проспект, д.32А

Оргкомитет Конгресса: НАУЧНЫЙ ЦЕНТР НЕВРОЛОГИИ

Тел./факс: +7 (499) 740-8079, e-mail: congress@kardioneurology.ru, www.neurology.ru

Технический организатор Конгресса: СТО КОНГРЕСС

Тел.: +7 (495) 646-0155, доб. 124, 190, e-mail: congress@kardioneurology.ru
www.kardioneurology.ru

Болезнь пенсионеров?

Болезнь Альцгеймера

В МИРЕ



диагностируется
новый случай БА



ОКОЛО
47 %

людей старше 85 лет
страдают БА

Ранняя форма БА
может начаться

после
40 лет

(у 5 % пациентов)



Количество страдающих БА
к 2050 году станет



131,5 МЛН



Среди причин
смертности
БА занимает

6-е
место

В РОССИИ

По оценкам специалистов,
от деменции страдают около



МЛН ЧЕЛОВЕК

Болезнь Альцгеймера (БА) — наиболее распространенная форма деменции, которая может диагностироваться в 60–70 % случаев. В последние десятилетия проводятся сотни исследований, клинических испытаний, а в научной литературе появляется все больше публикаций о БА. Однако эксперты по-прежнему признают, что это заболевание пока недостаточно изучено.

По данным некоторых исследований, отсроченное начало и сниженный риск развития БА неоднократно ассоциировались с образовательным уровнем, здоровым образом жизни, двуязычием, интеллектуальными нагрузками пациентов. Во время дискуссий о повышении пенсионного возраста в нашей стране эта тема всплыла в новом ракурсе. Все чаще стали говорить о том, что профессиональная среда — важный источник как социальной поддержки, так и когнитивного стимулирования.

Отмечалось, что выход из рабочего режима вызывает существенные изменения в жизни индивида и может повлиять на когнитивные функции мозга пожилых людей. Но все ли так однозначно? Например, авторы статьи Retirement Age and the Age of Onset of Alzheimer's Disease, опубликованной на ресурсе PLOS, демонстрируют положительную связь между возрастом выхода на пенсию и временем появления симптомов БА. Однако у специалистов возникают сомнения относительно корректности выборки участников исследования и выводов исследователей.

Возможно, тех пенсионеров, которые предпочли выйти на пенсию как можно раньше, уже затронуло заболевание. Именно поэтому они и ушли на заслуженный отдых, не чувствуя в себе силы продолжать работу. А те, которые предпочли пенсии длительную рабочую активность, не были подвержены БА в своем возрасте. Авторы статьи не торопятся делать однозначных выводов и считают, что исследования в этом направлении необходимо продолжать, следует попытаться определить, является ли связь между выходом на пенсию и когнитивным функционированием безусловной и не влияют ли на нее некоторые переменные, например депрессия или окружение человека.

Таким образом, в контексте патологического старения связь между пенсионным возрастом и возрастом при наступлении БА требует дальнейших исследований. Вообще ученые в последнее время называют болезнь Альцгеймера одним из ведущих генетически сложных и гетерогенных заболеваний, на которые влияют как генетические, так и экологические факторы, хотя до сих пор неясны основные факторы риска.

В качестве лекарственных средств, улучшающих когнитивные функции при деменции, используют ингибиторы центральной ацетилхолинэстеразы и мемантин (Акатинол Мемантин), который применяется с 2003 года.

Результаты рандомизированных плацебоконтролируемых исследований подтверждают эффективность мемантина

при деменциях различной степени тяжести. Например, натуралистическое открытое контролируемое 6-месячное исследование показало преимущество мемантина перед повседневным лечением сосудистой деменции и AD (вазоактивные препараты, ноотропы, психотропные препараты) в коррекции поведения, улучшения функционирования и замедления нарастания когнитивных расстройств.

Акатинол Мемантин — неконкурентный антагонист N-метил-D-аспартат (NMDA)-рецепторов — используется в большинстве стран мира для лечения AD, других дегенеративных деменций и сосудистой деменции. Мемантин обладает способностью быстро связываться с активированными NMDA-рецепторами, блокируя тем самым некоторые пути

развития патологического процесса. В сравнении с другими антагонистами NMDA-рецепторов мемантин обладает более быстрым и обратимым связыванием с рецепторами, что не дает развиваться на фоне его приема психическим нарушениям, часто наблюдаемым при использовании других антагонистов.

Лечение начинают с 5 мг мемантина 1 раз в сутки. Затем постепенно дозу следует увеличивать каждую неделю на 5 мг до достижения терапевтической дозы 10 мг 2 раза в сутки. При необходимости проведения длительной терапии удобно использовать таблетки Акатинола Мемантина 20 мг (по одной таблетке 1 р/сут). При легкой или умеренной степени печеночной или почечной недостаточности редукции дозы обычно не требуется.

Акатинол.
Если дальше
не вяжется.

Проверено временем

Акатинол — эффективный и безопасный препарат для лечения деменции. Производится в Германии.

Доказано исследованиями

Акатинол улучшает состояние пациента при:

- когнитивных нарушениях
- снижении повседневной активности
- поведенческих расстройствах
- проблемах общения

Безопасен при длительном применении.



ООО «Мерц Фарма»: 123112, Москва,
Пресненская наб., 10,
блок С «Башня на набережной».
Тел.: (495) 653 8 555
Факс: (495) 653 8 554
www.merz.ru; www.memini.ru

Акатинол Мемантин. Регистрационный номер: П N014961/01, ЛП-000652, ЛП-001433. Показания к применению: Деменция альцгеймеровского типа, сосудистая деменция, смешанная деменция всех степеней тяжести. Противопоказания: Индивидуальная повышенная чувствительность к препарату, выраженные нарушения функции почек, беременность, грудное вскармливание, дети до 18 лет (в связи с недостаточностью данных). Способ применения и дозы: Назначают в течение 1-й недели терапии в дозе 5 мг/сут, в течение 2-й недели — в дозе 10 мг/сут. В течение 3-й недели — в дозе 15 мг/сут, начиная с 4-й недели — 20 мг/сут. Побочное действие: Часто встречаются: головная боль, сонливость, одышка, запор, головокружение. Форма выпуска: Таблетки 10 мг, № 30, 90. Набор таблеток 5 мг, 10 мг, 15 мг, 20 мг № 28. Таблетки 20 мг, № 28, 56, 98. Производитель: «Мерц Фарма ГмбХ и Ко. КГА», D-60318, Германия, Франкфурт-на-Майне.*

*Полная информация о препарате — в инструкции по медицинскому применению. Для специалистов здравоохранения. Реклама

КАК ПОМОЧЬ РОДНЫМ ПАЦИЕНТА?

Сегодня более 50 миллионов пожилых людей в мире страдают от деменции. Нагрузка на родных и врачей растет из года в год.

Если говорить в целом о проблемах деменции, то информированность населения по сравнению с европейскими странами в России остается низкой.

На приеме у невролога растерянные родные и близкие задают вопросы, как общаться, как организовать быт и как реагировать на агрессию изменившегося родственника. К сожалению, у врача ограничено время приема и, кроме того, о некоторых вопросах люди вспоминают уже дома, когда обдумывают ситуацию, в которой оказались. Рекомендуем нашим читателям обратить внимание пациентов и их родственников на проект «Мемини».

Проект стартовал 10 лет назад по инициативе российского представительства немецкой компании Merz Pharma — эксперта в сфере лечения когнитивных расстройств.

На сайте **memini.ru** можно найти информацию о деменции, методах лечения и уходе за больным, почитать об опыте тех, у кого в семье такие же проблемы. Этот ресурс позволяет людям не оставаться наедине со своей бедой. На сайте можно делиться любой информацией по вопросам деменции в рубрике «Общение». Кроме того, к услугам пользователей разделы «Вопросы врачу», «Справочник», «Тесты», «Упражнения» и др. В рамках проекта «Мемини» в 30 регионах России работают школы для родственников пациентов с деменцией, дающие возможность живого общения людей со специалистами различного профиля (неврологами, психологами, юристами). Кроме того, компания организует разовые социальные акции, цель которых — изменить отношение общества к старческому слабоумию, рассказать о симптомах заболевания и предупредить о необходимости терапии.

“

Неважно, что стало причиной деменции, — необратимые нарушения в работе головного мозга кардинально меняют жизнь человека. Он перестает понимать и запоминать новую информацию, логически мыслить, не узнает своих детей, а близких друзей может считать (давно умершими) родственниками. Постепенно он утрачивает все жизненные навыки и не может оставаться один, больше не может радоваться, удивляться, сопереживать. Человек теряет свою личность. Другая жизнь начинается и для того, кто берет на себя тяжелый труд заботы о больном. Ради этого нередко приходится жертвовать работой, видеть, как отдаляются муж (жена) и дети; нередко, не выдерживая постоянного напряжения, уходят друзья. А рядом с ними стараются достойно справиться с ситуацией миллионы тех, кому предстоит участвовать в этой драме до самого конца»

«Деменция: диагностика, лечение, уход за больным и профилактика», И. Дамулин, А. Сонин



Так, в нашей стране впервые появились издания о проблеме старческого слабоумия, предназначенные не узкой группе специалистов, а самому широкому кругу читателей. В одном из них освещаются все вопросы, связанные с деменцией, — ее профилактикой, диагностикой, лечением и уходом за больными. Книга поможет поддерживать себя в интеллектуальном тонусе людям старшего возраста, которые входят в группу риска, и будет бесценной поддержкой тем, у кого болен кто-то из родных. Читатели отмечают, что в этой книге авторы отвечают на все, даже частные вопросы предельно честно и подробно.



Вторая книга — сборник детских сказок «Моя бабушка — Яга»: в шутильной форме здесь рассказывается о симптомах деменции детям. Младшие члены семьи должны знать о заболевании своих родных. В сказках юные герои сталкиваются со злой и страшной деменцией и узнают, что победить ее можно, только научившись заботиться о бабушках и дедушках.

Список литературы находится в редакции



memini



Мемини — сайт, где о деменции знают всё.

<http://memini.ru/questions>

Вопросы врачу

Здравствуйте! Моей маме в декабре будет 80 лет. Как помню ее, она всю жизнь боялась, что у нее что-нибудь украдут. Сейчас это стало манией. Она часто, положив и забыв вещь, начинает ее искать и всех обвинять. Пишет заявления о пропаже в полицию...



Здравствуйте! Психотическая симптоматика, как правило, требует более длительного времени, чем две недели, поэтому терапию надо будет продолжать. Только я не очень приветствую назначение пациентам пожилого возраста классических...

Добрый день! Диагноз маме поставили в сентябре этого года, сразу стали пить мемантин. Примерно недели через три заметила улучшение. Пока мы на работе, она днем находится одна, гуляет с соседкой, может даже сама сходить в магазин. Мы даже немного осмелели и стали...



Здравствуйте! Из двух зол следует выбирать меньшее — лучше сдвинуть время приема мемантина, нежели пропускать его прием вовсе. Надеюсь, что наступившее улучшение — это еще не предел положительной динамики. Здоровья Вам и Вашей маме!..

Здравствуйте! Я не совсем понимаю разницу между сосудистой и альцгеймеровской деменцией. Тест с часами мама проходит на 6 баллов, выраженные нарушения памяти, бедный словарный запас. Врач ставит болезнь Альцгеймера. Однако на МРТ — выраженная энцефалопатия, и хотя...



Скорее всего, имеется смешанная деменция — сочетание альцгеймеровских и сосудистых изменений. Люмбальная пункция и исследование ликвора в этой ситуации большого влияния на тактику ведения не окажут — ориентироваться надо...

Здравствуйте! Моя бабушка жила с деменцией более 8 лет, теперь мама — 78 лет, деменция. Эта болезнь что, наследственная? Мне 53 года. Кажется, что у меня сейчас уже проявляются какие-то признаки. Обратилась к неврологу — выписывает препараты без всяких...



Деменция — это не болезнь, а синдром (проявление той или иной болезни). Наследственные формы болезни Альцгеймера отмечаются примерно в 5 % случаев, и проявляются они в более молодом возрасте. Наследственные формы сосудистой деменции...

Добрый день! Нахожусь немного в замешательстве, прошу подсказать, как быть. Моей маме 81 год, две недели назад поставили диагноз «сосудистая деменция». Прописали препарат Акатинол Мемантин, принимать по такой схеме: 1-я неделя — 5 мг...



Здравствуйте! Действительно, с четвертой недели и в последующем Акатинол Мемантин следует принимать в дозировке 20 мг в сутки. Это как раз одна таблетка, содержащая 20 мг лекарственного вещества. Или две таблетки по 10 мг. В проведенных исследованиях доказан...

По любым возникшим вопросам обращайтесь по адресу: **info@memini.ru**

РЕКОМЕНДАЦИИ

Опубликована третья редакция «КОНСТИТУЦИИ» реабилитации

Прошедшая IX Весенняя школа миологии в Москве позволила врачам представить на суд экспертов 17 пациентов с неясными диагнозами. Следует отметить, что далеко не во всех случаях диагноз или путь дальнейшего обследования были сформулированы быстро — в ряде случаев даже ведущие эксперты встали в тупик. Это в очередной раз показало, что открытое обсуждение всегда проводит грань между «незнанием» и «неизвестным». В медицине нет места амбициям в поисках истины.

В мае этого года в Вильнюсе прошел Международный конгресс Европейского общества по физической и реабилитационной медицине (ESPRM 2018) — знаковое мероприятие для специалистов в данной области. Его главным событием, несомненно, стала презентация третьего издания Белой книги по физической и реабилитационной медицине — своеобразной «конституции» реабилитации.

Первый выпуск Белой книги увидел свет в 1989 году в старейшем университете Мадрида Комплутенсе, где в свое время сидел на студенческой скамье известный испанский писатель Мигель де Сервантес.

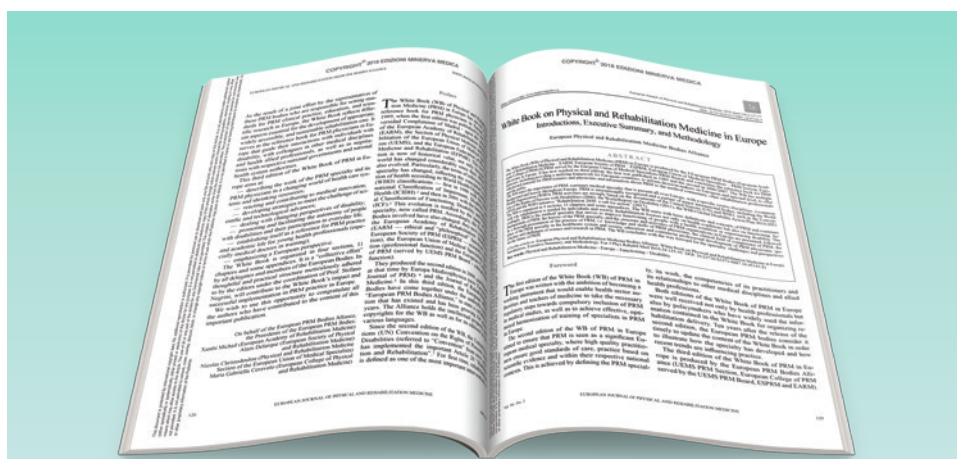
Публикация подобного документа стала попыткой систематизировать накопленные знания и объединить специалистов в области реабилитации. Белая книга вышла на английском, французском, испанском и итальянском языках по инициативе Европейской академии реабилитационной медицины (EARM) и в соавторстве с отделом физической и реабилитационной медицины Европейского союза медицинских специалистов (UEMS — PRM section).

Второй выпуск Белой книги, необходимость в котором созрела к 2006 году, был опубликован при совместном участии все тех же авторитетных сообществ и комиссии Европейского общества физической и реабилитационной медицины (ESPRM) на английском языке в специальных выпусках журналов *Europa Medicophysica* (сейчас *European Journal of Physical and Rehabilitation Medicine*) и *Journal of Rehabilitation Medicine*.

И наконец, настоящее, третье издание появилось в 2018 году. Это стало возможным благодаря изменению отношения к реабилитационному процессу в мировом научно-клиническом сообществе, разработке инновационных технологий реабилитации и возросшему вследствие этого интересу к реабилитационной медицине со стороны специалистов самого разного профиля.

Белая книга находится в свободном доступе на сайте журнала *European Journal of Physical and Rehabilitation Medicine* <https://www.minervamedica.it>

Каждая из 11 глав Белой книги была представлена профильным авторитетным специалистом с акцентом на базовые принципы и понятия. Общую презентацию издания на конгрессе провел его главный редактор — профессор Университета Брешии (Италия), директор отдела *Cochrane Rehabilitation* Стефано Негрини. Он отметил, что интерес к реабилитации в медицине постоянно растет



Новое издание Белой книги стало своеобразным сводом правил, регламентирующих и определяющих стратегию специальности «физическая и реабилитационная медицина». И это не просто термин, а принципиально новая модель взаимодействия на этапе реабилитации. Тот самый инструмент, который сможет продемонстрировать, что реабилитация — это не отдельная методика или технология.

в связи с увеличением продолжительности жизни пациентов с ограниченными возможностями.

Так, например, импакт-фактор Европейского журнала физической и реабилитационной медицины (*European Journal of Physical and Rehabilitation Medicine*) за последние годы вырос вдвое. Поэтому, по мнению Негрини, стала очевидной необходимость «говорить на одном языке», чтобы обеспечить общеевропейскую перспективу развития реабилитационной медицины.

“

Задача специалиста ФРМ, по формулировке Белой книги, — реагировать на медицинские инновации, развивать стратегии в соответствии с научным и технологическим прогрессом, обеспечивать и упрощать возможности участия людей с инвалидностью в повседневной жизни с максимальной собственной автономностью, быть «дидактическим ориентиром» для молодых медицинских специалистов.

В качестве основных целей третьего выпуска Книги профессор Негрини указал четкое описание и конкретизацию роли специалиста по физической и реабили-

тационной медицине (ФРМ) в изменяющемся мире систем здравоохранения.

Задача специалиста ФРМ, по формулировке Белой книги, — реагировать на медицинские инновации, развивать стратегии в соответствии с научным и технологическим прогрессом, обеспечивать и упрощать возможности участия людей с инвалидностью в повседневной жизни с максимальной собственной автономностью, быть «дидактическим ориентиром» для молодых медицинских специалистов.

В российской системе здравоохранения специальность «физическая и реабилитационная медицина» пока еще не утвердилась. Сегодня доктора, занятые в системе

реабилитации, имеют клиническую квалификацию и дополнительную специальность физиотерапевта или врача по лечебной физической культуре.

Физическая и реабилитационная медицина (ФРМ) — это принципиально новый подход к пониманию и осуществлению реабилитационного процесса.

Профессор Педру Кантоста из Португалии, представивший первую главу Белой книги, отметил, что ФРМ — это первичная медицинская специальность, включающая предупреждение, диагностику, лечение и реабилитационную стратегию (rehabilitation management) пациентов всех возрастных групп, утративших трудоспособность по состоянию здоровья, с учетом коморбидных состояний, направленная на устранение нарушений и ограничений активности пациентов путем улучшения их физического и умственного функционирования (включая поведенческие аспекты), повышения участия в повседневной деятельности (включая аспект качества жизни) и модификации личных и общественных факторов.

То есть специальность ФРМ является новой интегрирующей формой в области реабилитации. И это наше «завтра».

Принципиально важным моментом ФРМ, отраженным в Белой книге, является то, что это пациент/функция-ориентированная специальность, в отличие от орган/болезнь-ориентированного подхода других медицинских профилей.

При этом специалисты ФРМ имеют равную медицинскую ответственность с другими специалистами, непосредственно осуществляют лечебный процесс и являются лидерами мультипрофессиональной реабилитационной команды. Доктор ФРМ взаимодействует с другими специалистами, но при этом остается независимым из-за иного подхода к лечебному процессу. Таким образом, он создает некое «сквозное» знание, мост между всем коллективом, участвующим в реабилитации пациента.

Основным ориентиром для специалиста физической и реабилитационной медицины в новой парадигме становится понятие «функционирование пациента», поэтому основной его задачей выступает определение степени утраты той или иной функции, что складывается в конечном итоге в формирование реабилитационной стратегии.

Инструментом для оценки ограничения функциональных возможностей выступает Международная классификация функционирования (МКФ, ICF — International Classification of Functioning, Disability and Health), впервые утвержденная Всемирной организацией здравоохранения

в 2001 году. МКФ — это не шкала для оценки, а классификация и стандартный интернациональный язык.

Другими словами, МКФ — это стандартизированный способ описания состояния здоровья, функционирования и степени утраты трудоспособности пациента. В структуре МКФ содержатся блоки, отражающие состояние и функцию органов и систем организма, описывающие активность и участие пациента в повседневной жизни, а также раздел оценки влияния факторов окружающей среды. Это тот самый инструмент, который позволит систематизировать и упорядочить реабилитационный процесс. Так, в проекте нового приказа № 1705, опубликованного на сайте Союза реабилитологов www.rehabrus.ru, МКФ — обязательный элемент для постановки «реабилитационного диагноза».

Роль, которая отводится специалисту ФРМ в процессе реабилитации пациента, настолько значительна, что для квалифицированной подготовки ему нужны всесторонние знания и уверенные навыки. Так, например, сейчас в Европе продолжительность обучения такого специалиста, интегрированного в процесс непрерывного медицинского образования, колеблется от трех до пяти лет (стандарт — 48 месяцев, из них 36 приходятся на клинические отделения, из них, в свою очередь, 24 — на ФРМ). Ставка делается именно на качественную подготовку молодых специалистов: в Белой книге отмечено, что обучение — совершенно необходимый элемент для развития ФРМ.

Другим неотъемлемым элементом развития системы является проведение научных исследований в соответствии с принципами доказательной медицины. Авторы Белой книги указывают, что исследовательский процесс в физической

и реабилитационной медицине, как и сама специальность, еще молод, поэтому научные исследования в ФРМ имеют свою специфику: основным направлением в большей степени становится клиническое, а не биомедицинское. Поэтому только проведение актуальных, методологически корректных и научно достоверных исследований сможет обеспечить высокие стандарты реабилитационной помощи в связи со «специфической» ролью ФРМ.

Новое издание Белой книги стало своеобразным сводом правил, регламентирующих и определяющих стратегию специальности «физическая и реабилитационная медицина». И это не просто термин, а принципиально новая модель взаимодействия на этапе реабилитации. Тот самый инструмент, который сможет продемонстрировать, что реабилитация — это не отдельная методика или технология.

Нельзя поставить знак равенства между реабилитационным процессом и занятиями лечебной гимнастикой, внутривенными инъекциями и физиотерапевтическими процедурами. Реабилитация — это прежде всего стратегия ведения пациента от определения и понимания нарушенной функции — «что именно не так с каждым конкретным пациентом» — до формирования глобальной программы коррекции с медицинской, психологической и социальной точек зрения.

Как говорит профессор Джером Бикенбах (Университет Люцерн, Швейцария), «реабилитация существует не для того, чтобы излечить. Это не наша задача. Реабилитация — это стратегия “полировки” нарушенного состояния, чтобы максимально интегрировать пациента в повседневную среду. Это важно понять и нашим больным, и нам самим».

Ирина Бородулина

МАЛЕНЬКИЙ ПАЦИЕНТ

Лечебное питание в практике детского невролога



Владимир
Митрофанович
СТУДЕНИКИН

Врач-педиатр, невролог, диетолог,
неонатолог, д.м.н., академик МАЕ и РАЕ

В современной неврологии есть очень важное направление — нейродиетология. Его цель — оптимизация терапии психоневрологических заболеваний при помощи подбора рациона питания, а также алиментарная профилактика болезней нервной системы в том случае, когда она возможна. Рассказываем о том, как рацион человека влияет на состояние его центральной нервной системы (ЦНС) и почему нейродиетология может стать важным инструментом в арсенале детского невролога.

Особенно большое влияние особенно питания оказывают на организм человека в грудном и раннем возрасте, когда центральная нервная система развивается наиболее интенсивно. В этот период головной мозг ребенка чрезвычайно чувствителен к дефициту нутриентов. Есть и обратная зависимость: при некоторых генетических нарушениях обмена веществ (фенилкетонурии, тирозинемии) накапливающиеся в организме аминокислоты могут влиять на развитие головного мозга негативно.

ИНСТРУМЕНТЫ НЕЙРОДИЕТОЛОГИИ

Сегодня диетотерапия — это больше чем назначение пациенту определенной диеты, которая теоретически может положительно повлиять на течение заболевания и организм в целом.

Возможности диетотерапии в неврологии намного шире:

- 1) обеспечение нормального физиологического состояния питания пациента (режим, количественные и качественные параметры диеты — в пределах индивидуальных потребностей);
- 2) применение специальных (лечебных) диет для коррекции нарушений метаболизма и их влияния на ЦНС;
- 3) использование в неврологии диет, применяемых при других патологических состояниях;
- 4) витаминотерапия и применение минеральных веществ;
- 5) использование пищевых добавок и биологически активных веществ на основе лечебных трав и растений;
- 6) клиническое (парентеральное) питание;
- 7) различные сочетания приведенных выше стратегий.

МИШЕНИ НЕЙРОДИЕТОЛОГИИ

Основные неврологические заболевания, которые становятся «мишенями» нейродиетологии, можно разделить на три группы: метаболические нарушения, «классические» болезни нервной системы и алиментарно-зависимые соматоневрологические заболевания.

МЕТАБОЛИЧЕСКИЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ И БОЛЕЗНЬ-СПЕЦИФИЧЕСКИЕ ДИЕТЫ

Классические метаболические заболевания (генетически обусловленные

нарушения обмена веществ), которые сопровождаются повышением содержания в крови отдельных аминокислот, поддаются коррекции с использованием специфических лечебных диет. Например, при фенилкетонурии основа диеты — питание с низким содержанием фенилаланина, источник которого белковая пища. В данном случае рацион состоит из лечебных безбелковых продуктов и специально подобранной пищи со сниженным содержанием белка.

ДИЕТОТЕРАПИЯ ПРИ МИГРЕНИ И ЦЕФАЛГИИ

Современная нейродиетология рассматривает влияние питания не только на «классические» болезни нервной системы, но и на ряд соматоневрологических заболеваний, к которым можно отнести и головную боль.

Концепция о мигрени как форме пищевой аллергии была высказана J. Egger еще в 1983 году. Считается, что она может стать пусковым фактором мигрени, потому при этом состоянии рекомендуется исключать из рациона продукты, содержащие компоненты с вазоактивным действием (тирамин, фенилэтами): молочные, яйца, шоколад, кофе, какао, орехи, бананы, цитрусовые, изделия из пшеничной и ржаной муки, помидоры, бобовые, уксус и так далее.

Элиминации причинно-значимых антигенов позволяет добиться клинического эффекта у детей с мигренью в сочетании с синдромом дефицита внимания и гиперактивности, ночным энурезом, эпилепсией (Egger J., 1992). В структуре такой диеты в качестве источников эссенциальных аминокислот нередко используют лечебные смеси на основе гидролизатов белка.

Витаминодефицитные состояния могут провоцировать или усугублять различные виды головной боли у детей и подростков. Поэтому в диетотерапии головной боли важно достаточное количество потребляемых микронутриентов. Регулярное применение витаминно-минеральных комплексов с учетом возраста позволяет воздействовать на звенья патогенеза мигрени.

Так, магний играет важную роль в выработке энергии митохондриями и расслаблении скелетной и гладкой мускулатуры. Его дефицит приводит к спазму церебральных артерий и повышенному высвобождению медиаторов боли. Хотя магний обильно представлен в пищевых источниках (орехи, красное мясо, бобовые, морепродукты, зеленые листовые овощи, цельнозерновые продукты и др.), за последние десятилетия в повседневных диетах детей и подростков отмечается возрастание сахара, жиров и фосфора (безалкогольные газированные напитки, продукты питания промышленного выпуска). Они препятствуют адекватной абсорбции магния и затрудняют его поступление в организм. Предпочтительны пищевые добавки магния в форме цитрата; они хорошо усваиваются и не вызывают побочных эффектов со стороны ЖКТ.

S. C. MacLennan et al. (2008), M. Condo et al. (2009), H. L. O'Brien and A. D. Hershey (2010) предлагают длительное применение витамина B₂ (рибофлавина) как средство превентивной терапии мигрени.

РОССИЙСКАЯ НЕДЕЛЯ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ
RUSSIAN HEALTH CARE WEEK*

* Ежегодно входит в план научно-практических мероприятий Министерства здравоохранения РФ

3–7 декабря 2018

За здоровую жизнь
IX Международный форум по профилактике неинфекционных заболеваний и формированию здорового образа жизни

Здравоохранение
28-я международная выставка «Медицинская техника, изделия медицинского назначения и расходные материалы»

Здоровый образ жизни
12-я международная выставка «Средства реабилитации и профилактики, эстетическая медицина, фармацевтика и товары для здорового образа жизни»

2–5 декабря 2018

MedTravelExpo
Санатории. Курорты. Медицинские центры
2-я международная выставка медицинских и оздоровительных услуг, технологий оздоровления и лечения в России и за рубежом

12+

Организаторы:
— Государственная Дума ФС РФ
— Министерство здравоохранения РФ
— АО «Экспонцентр»

При поддержке:
— Совета Федерации ФС РФ
— Министерства промышленности и торговли РФ
— Российской академии наук
— ТПП РФ
— Всемирной организации здравоохранения
— Федерального агентства по туризму (Ростуризм)

ЭКСПОНЦЕНТР

МАЛЕНЬКИЙ ПАЦИЕНТ

Лечебное питание в практике детского невролога

15 Prakash S. et al. (2009, 2010) рекомендуют витамин D в лечении головной боли напряжения в связи с наличием рецептора витамина D, 1-альфа-гидроксилазы и витамин D-связывающего белка в гипоталамусе. По данным их исследований, назначение витамина D оказывает положительный эффект на цефалгию у пациентов различного возраста. Надо отметить, что при лечении головной боли напряжения одновременно с витамином D важно применение необходимых доз кальция, так как недостаточность кальциферола сопровождается признаками остеопении.

НАРУШЕНИЕ НУТРИТИВНОГО СТАТУСА ПРИ ПАТОЛОГИИ ЦНС

Ярким примером нарушения нутритивного статуса (мальнутриции) служат больные детским церебральным параличом (ДЦП). Как указывают К. L. Bell и Р. S. Davies (2003), у таких детей чаще встречаются изменения в составе тела, они оказываются ниже ростом и имеют массу тела меньше, чем их здоровые сверстники. Выраженные нарушения нутритивного статуса могут вызывать нарушения со стороны иммунной и эндокринной систем, приводить к нейро-

мышечной дисфункции и нарушениям когнитивной деятельности.

Причины мальнутриции при ДЦП довольно многочисленны:

- 1) сложности вскармливания в результате нарушений жевания и глотания;
- 2) замедленное развитие в результате повреждения гипоталамических центров, обеспечивающих питание и рост;
- 3) стоматологические проблемы;
- 4) несоответствие пищевых привычек индивидуальному расходу энергии;
- 5) дефицит минеральных веществ, вызванный хроническим приемом антиконвульсантов или отсутствием активных движений.

Различные состояния пищевой непереносимости (лактазная недостаточность, целиакия и др.), сопутствующие ДЦП, могут индуцировать и усугублять нарушения нутритивного статуса у детей (Студеникин В. М., Турсунхужаева С. Ш., 2010).

Для детей с ДЦП важен комплексный подход к устранению причин нарушения питания. Например, прием витаминов, в первую очередь витамина D

и кальция на фоне приема антиконвульсантов, поскольку некоторые из них уменьшают доступность витамина D для организма.

КОРРЕКЦИЯ ВТОРИЧНОЙ ЛАКТАЗНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ

Подбор лечебного питания очень важен при наличии синдрома мальабсорбции, особенно при лактазной недостаточности.

Основной принцип диетотерапии при этом нарушении — элиминация или ограничение в рационе молока и других продуктов с лактозой. Содержание этого углевода далеко не всегда декларируется производителями продуктов питания. В данном случае диета должна помочь коррекции имеющихся метаболических нарушений, нормализации кишечной флоры и нутритивного статуса ребенка.

В. М. Студеникин и С. Ш. Турсунхужаева (2010) отмечают положительную роль применения безлактозных и низколактозных смесей, а также безмолочных заменителей грудного молока на соевой основе для коррекции лактаз-

ной недостаточности (ЛН) у детей с ДЦП. В ряде случаев оправдано использование полужидких смесей и белковых гидролизатов. Поскольку среди детей с ЛН частота сенсibilизации к белкам коровьего молока может достигать 50 %, в ряде случаев возможно использование полностью безмолочных диет.

Кисломолочные продукты (кефир, йогурт) могут вводиться в диету детей, когда они достигнут соответствующего возраста. Вполне оправданно применение йогурта, а также пищевых добавок с содержанием бифидобактерий для улучшения пейзажа кишечной микрофлоры при ЛН.

Лактазная недостаточность — серьезная проблема, имеющая прямое отношение не только к педиатрии, но и к детской неврологии. Следует признать, что все синдромы мальабсорбции, приводящие к нарушениям физического развития и нутритивного статуса, могут сопровождаться атрофией вещества головного мозга и неврологическим дефицитом различной степени выраженности.

Записала Галина Рогова, педиатр

Международный образовательный центр RockTape FMT предлагает пройти курсы:

- FMT BASIC + PERFORMANCE (КИНЕЗИОТЕЙПИРОВАНИЕ)
- FMT SCREEN + MOVABILITY (АНАЛИЗ ДВИЖЕНИЯ И ЕГО КОРРЕКТИРОВКА УПРАЖНЕНИЯМИ)
- FMT BLADES (ИНСТРУМЕНТАЛЬНАЯ МОБИЛИЗАЦИЯ МЯГКИХ ТКАНЕЙ)

И СПЕЦИАЛЬНЫЕ КУРСЫ ДЛЯ НЕВРОЛОГОВ:

- FMT BLADES ADVANCED (ИНСТРУМЕНТАЛЬНАЯ МОБИЛИЗАЦИЯ МЯГКИХ ТКАНЕЙ ДЛЯ НЕВРОЛОГОВ)
- FMT RockPods + RockFloss (НЕЙРОДИНАМИКА ДЛЯ ДИАГНОСТИКИ И ТЕРАПИИ)

СПЕЦИАЛЬНАЯ СКИДКА 20% НА ЛЮБУЮ ПРОГРАММУ ROCKTAPE FMT ДЛЯ ЧИТАТЕЛЕЙ ГАЗЕТЫ «НЕВРОЛОГИЯ СЕГОДНЯ» ПО ПРОМОКОДУ NEUROLOGY

ПОДРОБНЕЕ О СЕМИНАРАХ МОЖНО УЗНАТЬ НА WWW.ROCKTAPE.RU В РАЗДЕЛЕ "ОБУЧЕНИЕ".

@rocktape.ru
 @rocktape.ru
 @rocktape
 +7 916 338 0634

МЕЖДУНАРОДНАЯ КОНФЕРЕНЦИЯ

«СОВРЕМЕННЫЕ ПОДХОДЫ В ЛЕЧЕНИИ ЗЛОКАЧЕСТВЕННЫХ ОПУХОЛЕЙ ЦНС»

08 декабря 2018 г.

Специалисты международного класса сообщают:

- результаты научных исследований и инновации в нейроимиджинге;
- способы эффективного локального хирургического и радиологического контроля агрессивной нейроонкологической патологии;
- нюансы химио- и таргетной терапии, паллиативной помощи нейроонкологическим больным.

МЕСТО ПРОВЕДЕНИЯ: г. Москва, СОГЛАСИЕ Hall г. Москва, проспект Мира, 36, стр. 1

ОРГАНИЗАТОР: кафедра нейрохирургии медицинской школы ЕМС

СТОИМОСТЬ УЧАСТИЯ: бесплатно

РЕГИСТРАЦИЯ на сайте www.emc-school.ru

Спонсоры:

XV Вейновские чтения

15-я ежегодная конференция, посвященная памяти академика А.М. Вейна

28 февраля - 2 марта 2019г.

Конгресс-парк гостиницы «Рэдиссон Ройал Москва»
 Кутузовский пр-т, 2/1, стр.6

Приглашаем Вас на 15-ую Междисциплинарную конференцию с международным участием «Вейновские чтения», посвященную памяти выдающегося российского невролога, академика РАМН, заслуженного деятеля науки, лауреата Государственной премии СССР, профессора Александра Моисеевича Вейна.

НЕВРОЛОГИЯ СЕГОДНЯ

№3–4 (07) 2018

УЧРЕДИТЕЛЬ
ООО «Издательский дом «АБВ-пресс»

РЕДАКЦИЯ
Главный редактор:
Никитин Сергей Сергеевич
Научный редактор: Борискина Л. М.

Редакционная группа:
Арефьева А. П., Борискина Л. М.,

Медведева А. В., Смирнова Д. С.,
Иванова Е. О., Рубанов В. А.
Директор по рекламе Галенова И. В.
Руководитель проекта: Строковская О. А.
Ответственный секретарь: Ширабокова Ю. Ю.
Корректор: Кононова О. Н.
Дизайн и верстка: Степанова Е. В.

АДРЕС РЕДАКЦИИ И УЧРЕДИТЕЛЯ
115478, Москва,
Каширское шоссе, 24, стр. 15
тел.: +7(499) 929-96-19
e-mail: abv@abvpress.ru
www.abvpress.ru

ПЕЧАТЬ
Отпечатано в типографии
ООО «Юнион Принт»
Заказ 182945.
Общий тираж 7500 экз.
РАСПРОСТРАНЕНИЕ
По подписке. Бесплатно.

Газета зарегистрирована Федеральной службой по надзору за соблюдением законодательства в сфере массовых коммуникаций, связи и охране культурного наследия. Свидетельство о регистрации ПИ № ФС 77 - 68704 от 09.02.2017.
Категорически запрещается полная или частичная перепечатка материалов без официального согласия редакции. Мнение редакции может не совпадать с мнением авторов. Ответственность за достоверность рекламных объявлений несут рекламодатели.