

# НЕВРОНЬЮС

www.neuronews.ru

ВЫПУСК 11 (13), ноябрь 2015 г.  
НОВОСТИ НЕВРОЛОГИИ



## АКТУАЛЬНОЕ ИНТЕРВЬЮ

# НА ПОРОГЕ НЕВРОЛОГИЧЕСКИХ ОТКРЫТИЙ

**В** этом году исполняется 85 лет известному российскому неврологу, профессору, главному научному сотруднику Института нейрохирургии им. Н.Н. Бурденко Александру Романовичу Шахновичу. Александр Романович отмечает в этом году сразу два юбилея: 85-летие и 55-ю годовщину свадьбы — изумрудную. «Две трети жизни я посвятил работе в Институте нейрохирургии им. Н.Н. Бурденко, — поделился Шахнович, — и вот уже на протяжении 55 лет моя супруга, Людмила Алексеевна, всячески помогает мне и делает все возможное, чтобы я мог заниматься любимым делом». «Возраст не помеха, — говорит доктор, — главное — желание!» В интервью он рассказал о становлении, развитии и перспективах новых методов исследования мозгового кровообращения.

— С 1971 года вы руководите группой клинической патологии мозгового кровообращения в Институте нейрохирургии. Расскажите о создании и развитии группы, об основных направлениях в исследовательской деятельности?

— Группа была создана по инициативе директора Института нейрохирургии, академика Александра Ивановича Арутюнова. Тогда мы и начали совместно исследовать процессы мозгового кровообращения у больных. Я сначала взялся за анализ литературы. После детального изучения ряда изданий, как зарубежных, так и отечественных, я наконец-то нашел публикацию, посвященную сосудистой патологии. В журнале *Circulation Research* была напечатана статья об исследовании на животных мозгового кровотока с помощью имплантированных в мозг электродов. На тот момент это был реальный и единственный способ такого исследования. Мы активно стали использовать этот метод в клинике. Первый электрод вживил Николай Яковлевич Васин. Во время операции изолированные платиновые электроды прикреплялись к краю трепанационного отверстия, и срезанный конец платиновой проволоки погружался в мозговую ткань, а другой конец выводился на поверхность черепа, за повязку, и при необходимости подключался к специальному прибору — полярографу, который записывал напряжение водорода в мозговой ткани. Пациенту давали дышать водородом, и после нескольких вдохов концентрация водорода во всем организме повышалась, в том числе и на поверхности полярографического электрода. После прекращения дыхания водородом он вымывался из мозговой ткани, причем скорость вымывания зависела от скорости кровотока. При увеличении скорости кровотока — скорость вымывания увеличивалась, при уменьшении соответственно уменьшалась. Это изменение имело большое значение для оценки динамики мозгового кровотока после нейрохирургических операций. Выявлялась зависимость кровотока от разных фаз отека мозга и других послеоперационных осложнений. При нормализации реакций, которые возникали после операций, электрод обычно удаляли в среднем через две недели после хирургического вмешательства. Анализ этих изменений был приведен не только в ряде статей, но и во многих книгах. Это, прежде всего, книга Виктора Игнатьевича Салалыкина и Александра Ивановича Арутюнова «Гипоксия мозга». Кроме того, монография директора института, академика Александра Николаевича Коновалова, посвященная артериальным аневризмам головного мозга. Этот практический опыт действительно был оригинальным. На Западе никто не занимался подобными исследованиями мозгового кровотока. Американские нейрохирурги специально прилетали в Москву,

чтобы ознакомиться с новыми методами. По инициативе академика Арутюнова на первом Всесоюзном съезде нейрохирургов в 1971 году был организован специальный симпозиум, посвященный мозговому кровотоку. Там же мы представили и свою работу. Александр Иванович назвал этот симпозиум «жемчужиной съезда» и вскоре издал приказ об организации группы клинической патологии мозгового кровообращения, а руководство поручил мне.

Позднее мы проводили весьма интересные исследования, позволившие судить о мыслительных, когнитивных процессах в головном мозге. Больному давали задачи на проведение счетных операций и тренировку памяти. В результате мы обнаружили четкие изменения при конкретных нейропсихологических тестах, и выявилась определенная «мозанка мозгового кровотока». Интересно, что при таких нейропсихологических тестах закономерные изменения кровотока возникали не только в ткани полушарий мозга, но и в мозжечке. В дальнейшем и другими авторами была установлена роль мозжечка в когнитивных, интеллектуальных процессах. Но возможности использования этого метода были ограничены. В 1985 году я присутствовал на конгрессе в Шотландии, в городе Глазго, где был впервые представлен прибор для неинвазивной регистрации мозгового кровотока через череп с помощью ультразвука, работающий по принципу эффекта Доплера. Этот метод, впервые опубликованный в 1982 году Р. Ааслидом, так и назывался — транскраниальная доплерография. Это была настоящая революция в области неврологии! Я сделал все возможное, чтобы этот аппарат появился в России. В тот же год он был представлен на выставке в Ленинграде, и мы перевезли его в наш институт. Это был первый прибор для транскраниальной доплерографии в Советском Союзе. Особое значение он имел для неинвазивной регистрации сосудистого спазма. После разрыва аневризмы сосудов головного мозга основным осложнением является церебральный ангиоспазм. Существенно сужается просвет сосудов головного мозга, и в результате нарастает ишемия мозговой ткани. При этом резко увеличивается скорость кровотока. Если в норме она обычно не превышает 130 см в секунду, то при спазмах увеличивается до 400 и выше — это смертельно опасно! Позднее метод транскраниальной доплерографии стал широко использоваться по всей стране. На сегодняшний день после разрыва аневризмы у больного нейрохирурги контролируют скорость кровотока мозговых сосудов и оперируют только после того, как спазм начинает уменьшаться. Допплеровский метод исследования применяется для изучения

и другой ишемической патологии головного мозга — стенозов, тромбозов, поражений магистральных, сонных и позвоночных артерий.

— Вы являетесь членом президиума Допплеровского клуба. Он стал развиваться после того, как в институт привезли прибор из Ленинграда?

— Инициатором создания Допплеровского клуба был профессор Юрий Михайлович Никитин, сотрудник Института неврологии. Он создал клуб вместе с Арсением Ильичом Трухановым — инженером, который занимался разработкой доплеровских приборов. Они и меня привлекли к работе. Это была очень интересная совместная деятельность. Мы проводили собрания в разных городах, чаще всего на юге: и в Сочи, и в Крыму. В столице тоже периодически проходили симпозиумы Допплеровского клуба. Сейчас его возглавляет Игорь

Михайлович Цыбин — разработчик доплеровских приборов. На сегодняшний день, кроме исследований артерий мозга, оценивается не только мозговой кровотока, но и его регуляция при разных воздействиях. В частности, при дыхании углекислотой — зимическая регуляция, а также при световой стимуляции — метаболическая регуляция. Сейчас у нас продолжаются исследования с группой нейропсихологов из МГУ. С помощью Российского гуманитарного научного фонда мы даже получили грант для поддержки этих исследований. Нейропсихологические аспекты этой проблемы курирует профессор Юрий Владимирович Микадзе — заведующий кафедрой клинической нейропсихологии в МГУ и кафедрой нейропсихологии в Российском национальном исследовательском медицинском университете имени Н.И. Пирогова, последователь известного во всем мире ученого Алексан-



## НОВОСТИ НЕВРОЛОГИИ

### Международный день отказа от курения

Каждый третий четверг ноября в мире отмечается День отказа от курения. По словам министра здравоохранения Вероники Скворцовой, снижение потребления табака — одно из наиболее значимых направлений борьбы с неинфекционными заболеваниями, которому в нашей стране уделяется особое внимание. «Мы последовательно вводим меры по охране здоровья граждан от воздействия окружающего табачного дыма и последствий потребления табака. Следует заметить, что активные антитабачные меры привели к тому, что в России впервые за последние 25 лет количество потребителей табака снизилось на 17%», — отметила министр.

По мнению Вероники Скворцовой, Федеральный закон № 15-ФЗ «Об охране здоровья граждан от воздействия окружающего табачного дыма и последствий потребления табака», который начал действовать в 2013 году, дает видимые результаты. Это подтверждают, в частности, данные независимого мониторинга, озвученные в ходе круглого стола с участием представителей органов государственной власти и общественных организаций в МИА «Россия сегодня» 16 ноября 2015 года. Мероприятие было посвящено промежуточным итогам государственной кампании по борьбе с табакокурением, а также итогам годичного проекта по мониторингу соблюдения антитабачного законодательства в регионах Российской Федерации и перспективам акцизного налогообложения. В России в целом наметилась устойчивая тенденция по снижению числа курильщиков. Так, сегодня в нашей стране курят 33% населения, в то время как до 2010 года этот показатель составлял более 40%. Ожидается, что к 2021 году курить будут около 30% населения страны.

Минздрав проводит активную работу по повышению качества оказания медицинской помощи тем, кто желает отказаться от курения табака. Так, министерством была завершена разработка соответствующего порядка оказания медицинской помощи с привлечением ведущих специалистов в области наркологии, общественного здоровья и терапии. К слову, каждый желающий бросить курить может обратиться за помощью специалиста в Центр здоровья. Всего в России насчитывается более 700 подобных центров, а информацию о них можно получить на сайте [takzdorovo.ru](http://takzdorovo.ru).

В борьбе с курением значительную роль играет инициатива и общественное мнение. Именно поэтому сегодня как никогда актуален запущенный Минздравом на прошлой неделе проект «Фабрика здоровья». Ценность проекта в том, что в нем может принять участие каждый, выразив свое мнение о наиболее эффективном способе отказа от курения.

Большой отклик у населения нашло и мобильное приложение «Здесь не курят», представленное Минздравом весной этого года. Цель приложения — обеспечить россиян простым и быстрым способом отправлять заявления о фактах нарушений антитабачного закона. Обращения граждан поступают напрямую в Роспотребнадзор, Росздравнадзор, Госпотнадзор или прокуратуру.

#### ГЛАВНАЯ ТЕМА

*Нелекарственные методы лечения болезни Паркинсона*

Стр. 3

#### НЕВРОЛОГИЧЕСКАЯ ПРАКТИКА

*Астенический синдром*

Стр. 5

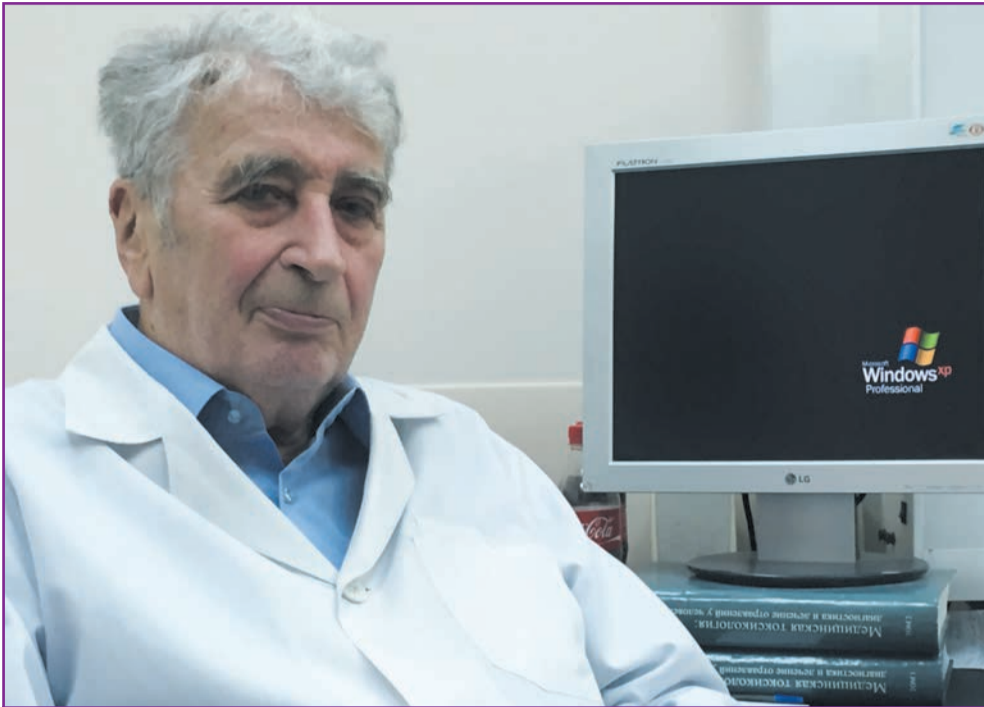
#### ИСТОРИЯ НЕВРОЛОГИИ

*Основатель отечественной возрастной неврологии — Е.М. Бурцев*

Стр. 14



## АКТУАЛЬНОЕ ИНТЕРВЬЮ



А.Р. Шахнович

дра Романовича Лурия, основоположника целой науки нейропсихологии. Я был знаком с Лурия, помогал ему в работе. Как-то он посадил вместе меня и больного с поражением правого полушария. Лурия спрашивал у больного, мог ли тот понять, кто сидит перед ним — мужчина или женщина. Больной не определял лица знакомых людей, а вот свою жену он узнавал по авоське. То есть знакомые предметы узнавал, а лица нет. В нашем мозге есть специальные отделы, отвечающие за узнавание лиц. Таким образом, Лурия понимал, в каком участке работы мозга есть нарушения. Мы совместно с группой последователей Александра Романовича Лурия продолжаем исследовать и эту идею: осматриваем пациентов с опухолями, сосудистыми процессами. Подобная практика имеет особое значение при эпилепсии. Некоторые припадки не поддаются лечению лекарствами и нередко приводят к инвалидизации. Наш институт занимается хирургическим лечением эпилепсии. И здесь как раз практически важно определить доминантность полушария. Коллега и аспирантка профессора Микадзе сейчас выполняет работу по оценке мозгового кровотока при различных психологических нагрузках. Тем самым основное внимание уделяется определению доминантности полушария мозга. Мы установили, что у правшей при речевых нагрузках кровотока усиливается более интенсивно в левой средней мозговой артерии, осуществляющей кровоснабжение левого полушария головного мозга. В то же время при перцептивных нагрузках — узнавание лиц, картинок — кровотока усиливается преимущественно в правой задней мозговой артерии, осуществляющей кровоснабжение задних отделов правого полушария. Для хирургов это особенно важно. В зависимости от доминантности полушария после хирургического лечения могут быть тяжелые последствия. От доминантности зависит послеоперационный дефект. Одно дело — оперировать на полуша-

ри, где есть речевые зоны, а другое — на противоположном полушарии, где не так опасно. Эти исследования имеют не только теоретическое значение для изучения работы мозга, но и практическое — для нейрохирургов. Про-

блема определения доминантности полушария настолько важна, что для этой цели применяются до настоящего времени хирургические методы: катетер проводится до сонной артерии и через него вводятся барбитураты — веще-

ства, приводящие к усилению тормозных процессов в мозговой ткани. Если доминантным является левое полушарие, то при введении барбитуратов в левую сонную артерию возникает кратковременное нарушение речевых функций. Однако использование хирургических методов для определения доминантности полушария достаточно опасно! Сейчас для этого широко используется функциональная магнитно-резонансная томография. Но не всегда условия проведения эксперимента позволяют получить объективные результаты. Пациент должен полностью сосредоточиться,

но даже небольшой посторонний шум может мешать процессу исследования. Мы с группой исследуем работу мозга спокойным неинвазивным доплеровским методом. Происходит это следующим образом: пациенту дается большое количество нейропсихологических тестов. Одни тесты приводят преимущественно к изменению кровотока пациента в правом полушарии, а другие — в левом. Всё это регистрируется, а затем анализируется. При активации нейронов усиливается кровоснабжение — происходит метаболическая регуляция мозгового кровотока. Поэтому при психологических нагрузках активируются различные отделы мозга. Выяснить какие — для нас принципиально важно, чтобы пациент после операции сохранил речевые и другие когнитивные функции.

Особое внимание мы сейчас уделяем исследованию венозного кровообращения мозга. Оно связано с изменением ликвородинамики и внутричерепного давления. За разработку этого метода в 1997 году в Нидерландах мы получили 1-й приз на всемирном конгрессе, посвященном изучению мозгового кровообращения. 2-й приз тогда получили немцы, а третий — американцы, а ведь на конкурс было представлено очень большое количество исследований! В коммиссии конкурса участвовал известнейший во всем мире норвежский ученый Р. Ааслид — основоположник метода транскраниальной доп-

плерографии. После этого неинвазивный метод исследования внутричерепных объемных соотношений получил широкое распространение при изучении разных видов патологий: гидроцефалии, внутричерепной гипертензии, патоло-

гии краниовертебрального перехода, и даже краниостеноза — диспропорции между размерами мозга и емкостью полости черепа.

— **Получается, вы очень много сделали для внедрения неинвазивных методов исследования в России?**

— Наш институт долго сотрудничал с Польской академией наук, и мы постоянно обменивались опытом. Во всем мире тогда применялись только инвазивные методы исследования. Производилась люмбальная пункция: делали спинномозговой прокол и регистрировали изменения внутричерепного давления, которые возникали

под действием дополнительного объема жидкости, введенного в ликворное пространство. Меня пригласил к себе основоположник этого метода — Anthony Marmarou. Он работал в Ричмонде, штат Вирджиния, США. Работая с ним вместе в клинике, я понял, что введение физраствора при люмбальной пункции — это больше исследовательский метод и практическая перспектива его использования в клинике, несмотря на важные результаты, невысока. Опасность подобного исследования непропорциональна тем результатам, которые он дает. Риски превышают пользу. Тогда мы с сыном, Виктором Александровичем, задумались о разработке более безопасного метода исследования внутричерепного давления. Это был 1996 год. Мы тогда обследовали космонавтов при ортостатических нагрузках. Астронавт ложился животом на специальный стол, который сначала находился в вертикальном положении, а потом градуально перемещался до горизонтали и ниже. Одновременно регистрировался венозный кровоток в прямом синусе мозга доплеровским методом. Неинвазивный метод исследования здесь оказался очень полезным для грядущей практики. Когда мы оценили кривую зависимости венозного кровотока от положения тела, то стало ясно: это та же самая кривая изменения внутричерепного давления, которая возникает при введении физраствора в ликворное пространство. Состояние невесомости равносильно положению астронавта на ортостатическом столе с опущенной головой на тридцать градусов ниже горизонтали. При этом ликвор частично перетекает через краниовертебральный переход из спинального ликворного пространства в церебральное ликворное пространство. Возникает венозный застой, и повышается внутричерепное давление. Это та же «инфузия», но другим, более безопасным методом — при изменении положения тела на ортостатическом столе. А о повышении внутричерепного давления можно судить, регистрируя венозный кровоток в прямом синусе мозга. Ранее было доказано, что между ликворным давлением и скоростью венозного кровотока в прямом синусе имеется очень тесная и прямая зависимость. Поэтому мы судим о внутричерепном давлении, регистрируя венозный кровоток в прямом синусе мозга. В то же время физиологическая инфузия ликвора из спинального в интракраниальное ликворное пространство происходит при изменении положения тела на ортостале. В настоящее время этот метод вошел в рутинную клиническую практику. Он используется при самых разных видах патологии, где вообще невозможно использовать инфузионный тест. Да, я не спорю, инвазивный метод применяется сейчас во всем мире. У нас в институте тоже некоторые специалисты продолжают его применять. Но перспектива всё-таки за неинвазивными исследованиями. Особую роль здесь играет безопасность, которая для нас всегда остается на первом месте. ■

Беседовала Дарья Кузьмичева.



## ВРАЧУ НА ЗАМЕТКУ

### Нейпилепт® — первый отечественный цитиколин

В ноябре 2016 года в продажу поступил первый отечественный цитиколин под торговой маркой «Нейпилепт®», который производится российской компанией «Сотекс». Этот препарат стал первым генерическим препаратом широко применяемого в неврологии оригинального препарата «Цераксон®».

Цитиколин — современный инновационный ноотропный препарат с мембранопротекторным действием. Он обладает высоким уровнем доказательности — международные клинические исследования были проведены более чем на 2000 пациентах. Цитиколин является предшественником фосфолипидов клеточных мембран, восстанавливает поврежденные мембраны клеток и, как следствие, предотвращает гибель клеток. Препарат уменьшает объем поражения ткани головного мозга при острых нарушениях мозгового кровообращения. Отмечено

его позитивное влияние на когнитивные функции.

Нейпилепт® доказал терапевтическую эквивалентность оригинальному цитиколину в ходе открытого сравнительного многоцентрового рандомизированного исследования эффективности и безопасности препаратов «Нейпилепт®» и «Цераксон®» у больных в остром периоде ишемического инсульта. В исследовании приняли участие 152 пациента с диагнозом «Ишемический инсульт в каротидной системе». Также было доказано отсутствие различий по профилю безопасности между препаратами «Нейпилепт®» и «Цераксон®».

Нейпилепт® выпускается в инъекционной форме и производится на основе итальянской субстанции. Как дженерик, нейпилепт® в ценовой политике значительно более доступен для потребителя, чем оригинальный препарат.





# КОМПЛЕКСНАЯ РЕАБИЛИТАЦИЯ ПАЦИЕНТОВ С БОЛЕЗНЬЮ ПАРКИНСОНА

А.Б. Камакинова,

ЦКБ Святителя Алексия Московской патриархии, санаторий «Виктория» ОАО «ЦСТЭ»



А.Б. Камакинова

**Б**лезнь Паркинсона (БП) — возраст-зависимое нейродегенеративное заболевание головного мозга, которое увеличивается в популяции с увеличением продолжительности жизни. В структуре общей популяции заболеваемость БП колеблется, по данным разных авторов, от 60 до 187 человек на 100 тыс. населения; в группе старше 65 лет отмечается 1700 случаев на 100 тыс. населения (Walters E.C., 2007). Если 10–15 лет назад это заболевание дебютировало, как правило, в 60–70-летнем возрастном диапазоне, то сейчас дебют стал чаще встречаться в активном трудоспособном возрасте в 40–50 лет как среди женщин, так и среди мужчин.

Этиологическими факторами риска считаются старение, генетическая предрасположенность, воздействие факторов окружающей среды.

Впервые основные симптомы заболевания (гипокинезия, мышечная ригидность, тремор покоя, постуральная неустойчивость) были описаны английским врачом Джеймсом Паркинсоном в 1817 году в «Эссе о дрожательном параличе». Но до настоящего времени вопрос о причинах запуска нейродегенеративного процесса в дофаминергических подкорковых структурах головного мозга и об этиологии идиопатической формы паркинсонизма остается открытым.

За исследования нейротрансмиттера дофамин (50–60-е годы XX века), играющего важную роль в развитии заболевания, шведский фармаколог Арвид Карлсон получил Нобелевскую премию по физиологии и медицине в 2000 году. Стало известно, что гибель дофаминергических нейронов черной субстанции связана с патологическим накоплением белка  $\alpha$ -синуклеина и в последующем с формированием из них телец Леви (морфологический маркер БП, который не является специфическим, так как выявляется при мультисистемной атрофии мозга, болезни телец Леви). Состав телец Леви был расшифрован в 1997 году. Современные исследования доказывают, что БП, будучи мультисистемным заболеванием, вовлекает не только дофаминергическую, но и норадренергическую, серотонинергическую и холинергическую системы с широким спектром проявления как двигательных, так и недвигательных нарушений (вегетативные, диссомнические, сенсорные, нервно-психические).

В настоящее время нет этиотропного лечения, так как пока доказательно неизвестна этиология болезни Паркинсона. Реабилитация пациентов с БП предполагает мультидисципли-

нарный подход, включающий медикаментозную и нелекарственную терапию.

Ведущее место занимает фармакотерапия, в которой выделяют два направления в лечении БП: нейропротекторную и заместительную терапию. Заместительная терапия воздействует на различные звенья нарушенного дофаминергического обмена и предполагает сочетание антипаркинсонических препаратов. Препараты, содержащие леводопу (мадопар, наком и др.), являются наиболее эффективными для коррекции двигательных нарушений при болезни Паркинсона, они обеспечивают хороший контроль над симптомами заболевания в течение 4–6 лет. Длительное применение леводопы осложняется побочными эффектами, наиболее частыми из которых являются моторные флюктуации (колебания двигательной активности) и дискинезии (гиперкинезы), которые усиливают дезадаптацию пациента и трудно поддаются коррекции.

Нейропротекторная терапия призвана замедлять утрату дофаминергических нейронов и тем самым тормозить прогрессирование заболевания. В настоящее время в лечении БП отсутствуют нейропротекторные средства с доказанной эффективностью. В качестве возможных препаратов с нейропротективным потенциалом рассматриваются ингибиторы MAO-B селегелин (юмекс), разагаллин (азилект); агонисты дофаминовых рецепторов — прамипексол (мирапекс), ропинирол (реквип), амантадины (ПК-мерц, мидантан).

Таким образом, основной целью лечения является обеспечение максимальной функциональной (в первую очередь двигательной) сохранности и качества жизни больного. В целом терапия направлена на коррекцию, облегчение двигательных и прочих немоторных симптомов, а также на минимизацию побочных эффектов, в первую очередь в результате применения леводопы.

Исходя из вышеописанной информации, меня как практикующего врача-невролога волновал вопрос, как реально помочь пациентам с диагнозом БП, особенно с учетом тенденции «омоложения» болезни. Продлить качество жизни с помощью известных арсеналов медикаментозных и нелекарственных средств пациентам с дебютом заболевания в 60–70 лет или в 40–50 лет представляет собой очень сложную задачу. Каким образом сохранить трудоспособность, самообслуживание людям через 10–15 лет от начала заболевания, которые могут не достигнуть своего пенсионного возраста? В моей практике этим заболеванием часто страдают люди с высшим образованием, ведущие специалисты в своей области (ученые, программисты, музыканты, инженеры, врачи и т.д.). Я называю болезнь Паркинсона «болезнью благополучных людей», так как они, как правило, очень ответственные и порядочные, прекрасно анализирующие ситуацию люди.

Медицина стремительно развивается в этом направлении, особенно за последние 10–15 лет расширился арсенал антипаркинсонических препаратов, изучаются и совершенствуются способы нелекарственного воздействия (транскраниальная магнитная стимуляция, внутривенная лазерная терапия, способы модификации окружающей среды в целях безопасности и контроля, улучшающие качество жизни, нейрохирургические методы и др.).

Но в реальной жизни пациентам с БП, особенно живущим за пределами больших городов, приходится сталкиваться с назначением только лекарственных препаратов, да и то не всегда в нужном объеме.

Мне всегда было интересно понять, оценить влияние «подручных средств», которые можно практиковать в повседневной жизни при необратимых неврологических заболеваниях, в частности при болезни Паркинсона.

Годы работы и наблюдения за моими пациентами показали, что течение болезни напрямую зависит от эмоционального отношения к ней, физической активности, умения владеть различными расслабляющими техниками. К сожалению, отлично владея всем этим, нельзя исключить антипаркинсонические лекарства. Но,

Ниже история болезни самой любимой моей пациентки Людмилы, которая научилась контролировать симптомы болезни и является ярким примером мужества, воли и оптимизма, источником вдохновения и примером для подражания. Глядя на ее результаты, можно сказать, что болезнь Паркинсона может уступить дорогу целеустремленным, чтобы ползти позади, а не идти впереди.

*Краткая выписка из карты наблюдения.*

Людмила П., 1949 г. р., инвалид II группы. Диагноз: «Болезнь Паркинсона, ригидно-дрожательная форма». Этот диагноз был поставлен ей в 1998 году, симптомы болезни стали проявляться с 1997 года (в 48 лет). Длительность болезни — 17 лет, период наблюдений — 12 лет, занималась по предложенной реабилитации 9 лет.

Ведущее место занимает фармакотерапия, в которой выделяют два направления в лечении БП: нейропротекторную и заместительную терапию.

с другой стороны, применяя только лекарства, без работы над собой очень быстро приходишь к уменьшению их эффективности и лекарственным осложнениям. А используя комплекс «самореабилитации», можно длительно, годами сохранить эффективные дозы леводопы (мадопара, накома и т.д.), не повышая их, сведя до минимума проявления побочных эффектов. Этому было посвящено 9 лет моей научно-исследовательской работы, где статистически достоверно была доказана эффективность комплексной ре-

На начало занятий (2002) предъявляла жалобы на общую скованность, замедленность движения, дрожание в левых конечностях, изменение осанки, затруднение при самообслуживании, ограничение социальной активности, пониженное настроение, тревогу за свое будущее.

Через полгода после начала занятий у больной значительно улучшился психологический фон: улучшилось настроение, прошла тревога за будущее, расширился круг общения, улучшились показатели двигательных функций.

Мне всегда было интересно понять, оценить влияние «подручных средств», которые можно практиковать в повседневной жизни при необратимых неврологических заболеваниях, в частности при болезни Паркинсона.

билитации, которая улучшает не только эмоциональное состояние пациентов (уменьшает тревогу, депрессию), но и замедляет скорость прогрессирования двигательных нарушений. Было доказано, что смена стадий идет по медленному типу, т.е. через 5 и более лет, а не по умеренному типу, как обычно, через 3–5 лет. Самым главным результатом этого исследования было то, что пациенты, которые были включены в продолжительную реабилитацию — не менее 4–5 лет, на меньших дозах антипаркинсонических препаратов и соответственно при менее выраженных лекарственных осложнениях сохраняли качество жизни выше, чем пациенты из группы сравнения, которая находилась только на лекарственной терапии.

На способ реабилитации пациентов с болезнью Паркинсона был получен патент на изобретение РФ № 2436557. Ключевым моментом в системе реабилитации являются «поддерживающие» занятия в группе (примерно 1 раз в 2 недели по 1,5–2 часа), позволяющие закрепить, сохранить и развить положительный эффект, достигнутый на основном цикле из 10 занятий. Настоятельно рекомендуется между поддерживающими групповыми занятиями проводить самостоятельные индивидуальные занятия с использованием физических и релаксационных упражнений.

Пациентка в течение 9 лет активно посещала занятия, самостоятельно регулярно занималась по предлагаемой методике.

Терапия антипаркинсоническими препаратами:

— в 2002 году: мадопар 250 — 1,5 табл./сутки (время действия — 3,5–4 часа), мидантан — 100 мг — 1,5 табл./сутки.

— в 2011 году: мадопар 250 — 3 табл./сутки (время действия — 3–3,5 часа), мидантан 100 мг — 3 табл./сутки, мирапекс 1 мг — 1,5 табл./сутки.

Таким образом, за 9 лет при длительности болезни 14 лет мадопар был увеличен на 1,5 табл., мидантан — на 1,5 табл., добавлен еще один препарат из группы агонистов дофаминовых рецепторов, что указывает на медленное прогрессирование болезни. Таким образом, дозы не превышали критических значений, ведущих к осложнениям. Но при этом сохранялась ее социальная и физическая активность: она посещала танцы, хоровое пение, ухаживала за старой матерью, помогала дочери и внучке. Летом 2011 года купила велосипед и проезжала на нем по 30 км в день в гости к друзьям из Подмосквы (г. Мытищи) в Москву, каталась по усадьбе «Коломенское» и возвращалась на велосипеде домой. Подробные данные тестирования и обследования за период с 2009 по 2012 год





## ГЛАВНАЯ ТЕМА



Занятия в бассейне



Лечебная гимнастика. Группа с болезнью Паркинсона

указывали на стабильные показатели общего состояния и отсутствие существенного прогрессирования болезни Паркинсона, а также на отсутствие осложнений от лекарственной терапии. Со слов Людмилы, она чувствовала себя более счастливо и физически крепче, чем в 2002 году, когда впервые пришла на занятия. В феврале 2013 года ей было проведено эндопротезирование тазобедренного сустава. Послеоперационный период требует длительной реабилитации и вынужденного ограничения движений в течение нескольких месяцев, что для пациента с болезнью Паркинсона, да еще с таким «стажем» болезни, может стать катастрофичным. Но она сумела «выбраться» из этого состояния, продолжая заниматься по подобранной схеме реабилитации, дополнительно используя в течение 8 месяцев прибор электростимуляции языка «PoNS», с помощью которого тренировала свои движения. В результате вернулась к прежней двигательной активности без вспомогательных средств передвижения (ходунки, трость). В 2014 году она самостоятельно сделала косметический ремонт в квартире, вела активный образ жизни (замечу, что длительность болезни Паркинсона была уже 17 лет). Но, к сожалению, 28 ноября 2014 года она умерла на следующий день после операции по поводу клиники «острого живота». До конца своих дней она контролировала и умела управлять симптомами паркинсонизма, но из-за несвоевременной медицинской помощи скончалась. Эту историю с печальным концом я привожу к тому, что всем нам отмерен свой жизненный путь и никто не может знать, от чего мы умрем. Главное в этой истории то, что Людмила, несмотря на вынесенный ей в 49 лет «приговор — болезнь Паркинсона», сумела 17 лет прожить активной и яркой жизнью, вдохновляя своим примером многих людей и помогая попавшим в сложную жизненную ситуацию.

На практике пациенты чаще остаются один на один со своей болезнью. Имея под рукой научную и популярную литературу на тему болезни Паркинсона, они не могут подобрать индивидуальную программу улучшения качества своей жизни и лекарственную терапию. Неврологи по месту жительства часто не имеют специализации по этой болезни, назначают не соответствующие дозы антипаркинсонических препаратов в каждом конкретном случае. А окружные специалисты по паркинсонизму порой не могут назначить необходимое лекарственное средство ввиду отсутствия его в списке льготных препаратов, а, следовательно, и рекомендовать его. Несмотря на отсутствие сложности в постановке диагноза, пациент с болезнью Паркинсона требует тщательного опроса для подбора медикаментозной терапии, а это может занять не менее одного часа времени. Такую роскошь не имеют бюджетные медицинские организации, где на прием одного пациента выделено 12 минут.

Таким образом, меня всегда волновал вопрос:

как реально помочь таким пациентам, как объединить их в группы для обучения жить с болезнью, контролировать ее симптомы, замедлить ее прогрессирование и отодвинуть осложнения?

На основании результатов 9-летней научно-исследовательской работы и защищенной в итоге кандидатской диссертации «Немедикаментозная реабилитация больных с болезнью Паркинсона», посвященной изучению влияния различных видов кинезиотерапии и психотерапии на течение болезни Паркинсона и профилактики осложнений лекарственной терапии, в декабре 2014 года внедрена комплексная реабилитация пациентов с болезнью Паркинсона на базе подмосковного санатория «Виктория».

**Несмотря на отсутствие сложности в постановке диагноза, пациент с болезнью Паркинсона требует тщательного опроса для подбора медикаментозной терапии, а это может занять не менее одного часа времени.**

Пребывание пациентов на протяжении 14 дней в санаторных условиях помогает решить следующие задачи:

1. Динамическое наблюдение пациентов с болезнью Паркинсона неврологом-паркинсологом позволяет скорректировать лекарственную антипаркинсоническую терапию (время приема, необходимость комбинированного подхода или монотерапии), обеспечивает индивидуальный подход.

2. Проведение «Школы реабилитации» в малых группах 15–20 человек по 2 часа. Составные части групповых занятий тесно переплетены и не разделяются (психотерапия, физические упражнения, релаксационные техники). Основная задача школы — изменить отношение к болезни, научить сосуществовать с ней как с незванным соседом, с которым придется жить долгие годы. Для этого надо подобрать способы, чтобы «сосед» меньше влиял на повседневную жизнь и в целом на качество жизни.

3. К этим способам относятся: 1. Групповая психотерапия с сочетанием различных методик, которая способствует появлению веры в себя и в свои возможности, принятию себя как неповторимой индивидуальности, пониманию того, что можно сохранить и улучшить качество жизни при этой болезни. В результате занятий уменьшается страх перед болезнью, тревожно-депрессивные состояния, отсутствует паника.

2. Комплекс специальных физических упражнений под ритмичную музыку в сочетании с общеукрепляющей гимнастикой для суставов и позвоночника, который проводится для улучшения походки, осанки, уменьшения скованности и частично тремора.

Часть упражнений проходит под звук метро-

нома. Работа с метрономом способствует увеличению двигательных возможностей. По данным литературы, одно занятие в неделю с метрономом улучшает и сохраняет двигательную активность в течение недели.

3. Знакомство пациентов с мультисенсорными подсказками (способами, воздействующими на зрительный и слуховой анализаторы, тем самым уменьшающими двигательный дефицит в повседневной жизни). Например, использование трости с перевернутой вниз ручкой при ходьбе в качестве визуального раздражителя улучшает походку и даже может пред-

отвратить застывание.

4. Нейропсихологические тренировки в игровой форме для улучшения когнитивных функций (памяти, внимания, времени реакции).

5. Занятия музыкально-пластической импровизацией, которую проводит арт-терапевт (например, для улучшения мелкой моторики пациенту надевают шелковые перчатки и он под музыку пытается «танцевать кистью», беря в руки атласную ленту и более активно и плавно совершая ею движения).

6. Краткие ознакомительные лекции о самой болезни Паркинсона, ее патогенезе (механизмы развития) и течении болезни, механизме воздействия различных групп антипаркинсонических препаратов и об оптимизации приема лекарственных средств.

В результате групповых занятий пациенты получают не только знания и навыки «самореабилитации» при болезни, но и друзей и «соратников» с такими же проблемами. Это помогает уменьшить чувство одиночества и страха перед болезнью, способствует дальнейшему общению после санатория, обмену собственным опытом и успехами в уменьшении симптомов болезни Паркинсона.

Параллельно пациенты получают санаторно-курортное лечение, специально подобранное для пациентов с болезнью Паркинсона и включающее:

— ЛФК в бассейне с температурой воды 27–28 градусов. Упражнения в воде способствуют уменьшению ригидности, скованности, улучшают равновесие;

— занятия с инструктором по обучению скандинавской ходьбе, которая улучшает не только состояние сердечно-сосудистой системы, но и тренирует правильную походку, которая нарушается при БП (отстают или не участвуют в движении руки — «ахейрокинез», разные по длине шаги);

— озонотерапию (внутривенно капельно, «колпак», «орошение»), которая улучшает метаболические функции мозга, выводит токсические продукты обмена, повышает иммунитет;

— магнитотурботрон способствует уменьшению болей в суставах, позвоночнике, нами замечено уменьшение тремора, скованности при получении этих процедур.

При необходимости, в зависимости от состояния и противопоказаний, назначают классический массаж, гидромассаж, бальнеологические процедуры (йодобромные, жемчужные ванны, душ Виши, циркулярный душ), различные виды физиотерапии (электрофорез, фонофорез, СМТ на область позвоночника), тепловые процедуры на ригидные мышцы с формированием контрактуры в крупных суставах конечностей (бишофит, озокерит, парафиновые аппликации) и др.

Таким образом, у пациентов с болезнью Паркинсона на базе санатория «Виктория» в экологически чистом районе и комфортных условиях с диетическим 3-разовым питанием появилась возможность под наблюдением квалифицированных специалистов объединиться, получить комплексную реабилитацию, индивидуальную консультацию с рекомендациями врача-паркинсолога.

В настоящее время это первый в России санаторий, взявший на себя смелость и ответственность заниматься реабилитацией такой сложной категории пациентов. Сложной потому, что их двигательные возможности могут меняться в течение дня в зависимости от времени приема лекарств, пространства (узкое или открытое), эмоционального состояния, времени суток. Один и тот же пациент может прекрасно играть в футбол, теннис, плавать и танцевать, а через 1–2 часа его же можно увидеть с трудом передвигающим ноги, принимающим пищу и даже «сползающим с кровати», заторможенным или застывшим. Кто не знает эту патологию, называют их «симулянтами».

Несмотря на появившуюся возможность реабилитации пациентов с болезнью Паркинсона на базе санатория «Виктория» — филиала ОАО «ЦСТЭ», есть ограничения:

1. Путевки коммерческие.

2. В санаторий нет условий для пребывания пациентов с БП, не обслуживающих себя (4–5 стадия по Хен и Яру), поэтому специалистом проводится предварительный отбор.

3. Набор в группу не более 15–20 человек, что обеспечивает индивидуальный подход.

4. Проведение циклов реабилитации осуществляется заездами на 14 дней 5–6 раз в год.

Из-за возрастающего количества желающих пациентов с БП пройти реабилитацию на базе санатория встает задача организации Центра по реабилитации пациентов на базе лечебно-оздоровительных учреждений, подготовки специалистов, проведения поддерживающих занятий по месту жительства пациентов. ■





# АСТЕНИЧЕСКИЙ СИНДРОМ В ТЕРАПЕВТИЧЕСКОЙ ПРАКТИКЕ

А.В. Федотова,

Кафедра неврологии ФДПО Российского национального исследовательского медицинского университета



А.В. Федотова

**Ж**алобы на утомляемость и слабость встречаются в практике врачей всех специальностей. Почти каждый пятый пациент, обращающийся за медицинской помощью, жалуется на продолжительную усталость. Однако до сих пор не существует четких определений этого феномена, общепринятых классификаций, противоречивы концепции патогенеза, неоднозначны и терапевтические рекомендации.

Нередко слова усталость и астения (греч. *asthenia* — бессилие, слабость) ассоциируются как синонимы, однако это не так. Усталость — физиологическое состояние, возникающее при адекватной физической или интеллектуальной нагрузке, проходящее после полноценного отдыха и не требующее специфического лечения. Усталость является результатом истощения энергетических ресурсов. Астения — патологическое состояние, возникающее при минимальных физических и интеллектуальных нагрузках, не проходящее после полноценного отдыха и требующее лечения. Астения — следствие неправильного использования энергетических ресурсов.

Что же такое астения? Астения может быть

защитным, компенсаторным механизмом, сигналом патологического процесса или болезни, клиническим симптомом. По определению астения — универсальная реакция организма на любое состояние, реально или предположительно угрожающее истощением энергетических ресурсов.

Терминологически в нашей стране «прижился» термин астенический синдром, за рубежом — синдром хронической усталости.

В популяции частота хронической формы астении, или синдрома хронической усталости (СХУ), достигает 2,8%, а на первичном приеме — 3% (А.С. Аведисова, 2004; Арцимович, 2002; D. Bates, 1993).

В Международной классификации болезней 10-го пересмотра (МКБ-10) астения относится к классу «Невротические, связанные со стрессом и соматоформные расстройства» (F40–F48) в рубрике «Неврастения» (F48) и к классу «Симптомы, признаки и отклонения от нормы, выявленные при клинических и лабораторных исследованиях, не классифицируемые в других группах» (R13) в рубрике «Недомогание и утомляемость» (R53).

Клинические проявления астенического синдрома неспецифичны и полиморфны. В МКБ-10 определение астенического синдрома звучит следующим образом: «Постоянное ощущение и/или жалобы на чувство общей слабости, повышенной утомляемости (при любом виде нагрузки), а также снижение работоспособности сочетаются с двумя или более из нижеперечисленных жалоб: мышечные боли; головные боли напряжения; головокружение; нарушения сна; диспепсия; изменение аппетита; неспособность расслабиться, раздражительность».

Помимо слабости и утомляемости, как правило, отмечаются и другие коморбидные расстройства. Их спектр достаточно широк и включает:

- 1) когнитивные симптомы (нарушение внимания, рассеянность, снижение памяти);
- 2) болевые расстройства (кардиалгии, абдоминалгии, дорсалгии);
- 3) вегетативную дисфункцию (тахикардия, гипервентиляционные расстройства, гипергидроз);
- 4) эмоциональные расстройства (чувство внутреннего напряжения, тревожность, лабильность или снижение настроения, страхи);
- 5) мотивационные и обменно-эндокринные расстройства (диссомния, снижение либидо, изменение аппетита, похудание, отечность, дисменорея, предменструальный синдром);
- 6) гиперестезии (повышенная чувствительность к свету и звуку).

В критериях синдрома хронической усталости, предложенных Центром по контролю и профилактике заболеваний США (CDC), определяющими симптомами являются слабость и утомление, не проходящие после отдыха и длящиеся более 6 месяцев, снижение работоспособности (более чем на 50%) в сочетании с когнитивными и психовегетативными расстройствами. В то же время в критерии включены и такие симптомы, как субфебрильная температура; частые боли в горле; увеличенные и болезненные шейные, затылочные и/или подмышечные лимфоузлы, миалгии.

Таким образом, в отличие от критериев диагностики астенического синдрома в диагностике СХУ авторы предлагают внести следующие изменения:

- 1) обозначить временные границы (более 6 месяцев);
- 2) исключить вероятность соматических и психических заболеваний;
- 3) увеличить количество обязательных симптомов до четырех;
- 4) включить симптомы, косвенно указывающие на инфекционно-иммунные сдвиги (боли в горле и болезненность лимфатических узлов).

Выделяют органические (45%) и функциональные (55%) астенические состояния (А.С. Аведисова, 2004).

Наиболее часто к развитию органической астении приводят:

- инфекционные, соматические, онкологические, неврологические, гематологические и соединительнотканые заболевания;
- эндокринные и метаболические расстройства;
- ятрогенные воздействия (прием медикаментозных препаратов);
- профессиональные вредности;
- эндогенные психические заболевания (шизофрения, депрессия).

Функциональные астенические расстройства предполагают существование психических заболеваний (депрессия) или реактивных состояний, возникающих у исходно здоровых лиц при воздействии различных факторов, вызывающих дезадаптацию. Это астения после перенесенных инфекций, соматических заболеваний (инфаркт миокарда), тяжелых операций, родов, при значительных нагрузках у пожилых людей, сезонных авитаминозах. АС может возникнуть у спортсменов и студентов при значительных умственных либо физических нагрузках (экзаменационная сессия, ответственные соревнования); у людей, чья работа связана с частым переключением внимания в условиях эмоционального напряжения (авиадиспетчеры, синхронные переводчики), что приводит к срыву адаптационных механизмов; при нарушении режима сна и бодрствования (например, у лиц, имеющих сменный график работы); при частой и быстрой смене часовых поясов.

Первичные психогенные, или «ядерные», астении (неврастения) рассматриваются, как правило, в качестве самостоятельной клинической единицы. При психогенных астениях невозможность достижения цели или реализации своих потенциальных возможностей из-за личностных особенностей, неадекватного перерас-



## Клинико-образовательный комплекс Stroke для специалистов Архангельской области

22–23 октября 2015 года в Архангельске на базе Первой городской клинической больницы им. Е.Е. Волосевич состоялась образовательная программа клинико-образовательного комплекса Stroke для специалистов мультидисциплинарных бригад региональных сосудистых центров (РСЦ), первичных сосудистых отделений (ПСО) и специалистов амбулаторно-поликлинического звена Архангельской области.

В организации и проведении программы приняли участие министерство здравоохранения Архангельской области, Первая городская клиническая больница им. Е.Е. Волосевич, общероссийская общественная организация содействия развитию медицинской реабилитации «Союз реабилитологов России» и ООО «Международный инновационный центр реабилитации и кинезотерапии». Программа мероприятия включала в себя рассмотрение вопросов по диагностике, лечению и реабилитации пациентов с церебральным инсультом. При этом поднятые на мероприятии вопросы, ориентированные на повседневную работу различных специалистов сосудистых отделений, были отработаны дополнительно на практических семинарах и мастер-классах. Особенностью данного мероприятия была не только мультидисциплинарность (в программе приняли участие врачи различных специальностей: неврологи, реаниматологи, физиотерапевты, психологи, психотерапевты, логопеды, специалисты ЛФК), но и участие в нем медицинских сестер.

Научная программа семинара включала в себя доклады и мастер-классы.

Событие собрало более 240 участников (неврологи, реаниматологи, специалисты ЛФК, логопеды, физиотерапевты, психологи из РСЦ и ПСО, терапевты и неврологи амбулаторно-поликлинического звена) со всей Архангельской области и прошло при участии ведущих экспертов в данной области из разных регионов России: главного специалиста Министерства здравоохранения РФ по медицинской реабилитации, председателя общероссийской общественной организации содействия

развитию медицинской реабилитации «Союз реабилитологов России» профессора Г.Е. Ивановой; директора НИИ ЦВПиИ РНИМУ им. Н.И. Пирогова профессора Л.В. Стаховской; главного специалиста по медицинской реабилитации СЗФО профессора кафедры неврологии и нейрохирургии Первого Санкт-Петербургского государственного медицинского университета им. акад. И.П. Павлова Е.В. Мельниковой; главного специалиста по медицинской реабилитации ЦФО, руководителя отделения диагностики и лечения инсульта НИИ ЦВПиИ РНИМУ им. Н.И. Пирогова профессора кафедры фундаментальной и клинической неврологии и нейрохирургии МБФ РНИМУ им. Н.И. Пирогова Н.А. Шамалова.

По отзывам слушателей, посещение подобных мероприятий существенно повышает уровень понимания необходимости совместной работы специалистов по вопросам лечения и реабилитации пациентов с первых часов развивающейся трагедии.

Источник информации <http://rehabrus.ru>

## Декада профилактики инсульта в Астрахани завершилась масштабной акцией

31 октября 2015 года в Астрахани в холле торгового центра «Ярмарка» прошла масштабная профилактическая акция, приуроченная к Всемирному дню борьбы с инсультом. В акции, организованной областным Центром медицинской профилактики, приняли участие врачи-неврологи, кардиологи, эндокринологи, диетологи ведущих лечебных учреждений Астрахани. Все желающие смогли проверить уровень глюкозы и холестерина крови, измерить артериальное давление, проконсультироваться у врачей, посетить центр здоровья Центра медицинской профилактики.

За четыре часа работы «выездной» поликлиники экспресс-диагностику прошли более трехсот жителей Астрахани всех возрастов — дети, молодежь, взрослые и пожилые люди. Все желающие могли подобрать для себя брошюры и буклеты профилактического характера по профилактике не-



## НЕВРОЛОГИЧЕСКАЯ ПРАКТИКА

пределения сил, неразрешимого интрапсихического конфликта приводит к мотивационному срыву. Субъективно это ощущается как «отсутствие сил». И неосознанное «не могу» трансформируется в осознанное ощущение «нет сил». В свою очередь, ощущение «потери сил», утомляемость и другие коморбидные с астенией симптомы формируют у пациента восприятие себя больным и концепцию соответствующего «болезненного» поведения.

В патогенезе астенических расстройств ведущую роль играют изменения активности ретикулярной формации (чаще снижение ее активирующих влияний) и дисфункция лимбико-ретикулярного комплекса.

Для подтверждения диагноза астении не существует каких-либо специфических параклинических тестов. Однако необходимо исключить заболевания, которые могут приводить к формированию АС.

Необходимы:

- тщательный сбор жалоб и анамнеза заболевания;
- полное соматическое и неврологическое обследование;
- скрининговое исследование когнитивного и психического статуса;
- проведение скрининговых лабораторных тестов.

Для объективизации АС целесообразно использовать опросники, основанные, прежде всего, на самоотчете больных о самочувствии.

1. САН (опросник, оценивающий Самочувствие, Активность, Настроение).

2. Субъективную шкалу оценки астении (MFI-20) или многомерный опросник на утомляемость (Multidimensional Fatigue Inventory – MFI). MFI оценивает общую усталость, физическую утомляемость, умственную утомляемость, редукцию мотиваций и редукцию активности.

3. Тест-опросник для диагностики астении. Шкала астенического состояния (ШАС) Л.Д. Майковой, Т.Г. Чертовой. Методика предназначена для экспресс-диагностики астенического состояния.

4. Одномерную шкалу оценки тяжести усталости Chalder's (unidimensional Chalder's Fatigue Severity Scale (CH)).

5. При необходимости тесты для выявления тревожно-депрессивных расстройств.

**Лечение** АС складывается из немедикаментозной и медикаментозной терапии. Немедикаментозная терапия включает в себя нормализацию режима труда и отдыха, различные техники пси-

хотерапии, физическую нагрузку.

Медикаментозная терапия в случае вторичных АС в первую очередь направлена на лечение основного заболевания. При всех типах астении независимо от этиологии существенное место в лечении занимает неспецифическая медикаментозная терапия. Она включает препараты, оказывающие антистрессовый и адаптогенный эффекты, антиоксидантное и ноотропное действие, улучшающие энергетические процессы.

Одним из перспективных направлений лечения АС является применение средств с многонаправленным механизмом действия. Такие препараты важны с целью уменьшения полипрагмазии при лечении АС. Целесообразно придерживаться принципа многоцелевой монотерапии — применение лекарственных препаратов с возможностями использования системных эффектов одного лекарства для одновременной коррекции нарушенных функций нескольких органов или систем. В то же время астения все чаще возникает у пациентов активной возрастной категории, чья работа связана с высокими психическими и физическими нагрузками и требует повышенной концентрации внимания, поэтому необходимы лекарства, не вызывающие снижения психомоторных реакций.

Одним из перспективных направлений лечения АС является применение средств с многонаправленным механизмом действия. Такие препараты важны с целью уменьшения полипрагмазии при лечении АС.

Высокий уровень тревожности регистрируется при всех формах астении, поэтому лечение включает в себя анксиолитики.

В группу анксиолитиков (транквилизаторов) входят психофармакологические средства, уменьшающие проявления тревоги, эмоциональную напряженность, страхи.

Применение транквилизаторов бензодиазепинового ряда ограничено снижением концентрации внимания и миорелаксацией. Предпочтение отдается препаратам небензодиазепинового ряда. Поэтому целесообразно применение небензодиазепиновых анксиолитиков-адаптогенов и транквилоноотропов (ноотропы, близкие по структуре к естественным метаболитам и сочетающие активирующее влияние на метаболические процессы головного мозга с умеренным транквилизирующим эффектом). К

таким препаратам могут быть отнесены препараты «Адаптол» и «Ноофен», которые, учитывая их особый механизм действия, все более широко и успешно применяются в нашей практике лечения АС.

Адаптол (tetramethyltetraazabicyclooctanone) — небензодиазепиновый анксиолитик-адаптоген, одновременно влияющий на ГАМКергическую и серотониновую систему (А.В. Вальдман, 1980). Адаптол является позитивным модулятором ГАМК А-рецепторов (небензодиазепинового локуса), имеющим собственное место связывания, отличное от того, которое используется бензодиазепинами, за счет чего не вызывает таких побочных эффектов, как седация и миорелаксация, что позволяет сохранять активность в дневное время суток, поэтому адаптол можно назначать социально активным пациентам. В отличие от анксиолитиков бензодиазепинового ряда адаптол можно применять длительно, до 2–3 месяцев, без развития привыкания и синдрома отмены. Кроме того, адаптол активизирует серотониновые нейроны. Это происходит за счет ускорения синтеза серотонина и его высвобождения в межсинаптическую щель. Далее этот нейромедиатор уже сам возбуждает близлежащие серотониновые нейроны, которые находятся в

наступает достаточно быстро, однако для получения более стойкого результата желательно проведение полного курса лечения.

Адаптол и ноофен можно назначать не только последовательно — при лечении более тяжелых случаев АС, сопровождающихся выраженной тревогой, они могут сочетаться друг с другом, что обусловлено различными механизмами действия препаратов.

Отличительная особенность ноофена (amiphenylbutyric acid,  $\gamma$ -амино- $\beta$ -фенилмасляной кислоты гидрохлорид) заключается в том, что он обладает свойствами и ноотропного, и транквилизирующего препарата. Ноотропное свойство основано на антигипоксическом действии, улучшении ГАМКергической нейромедиаторной передачи, повышении энергетических ресурсов, активации метаболических процессов, улучшении функциональных особенностей нейронов. Кроме ноотропного, ноофен оказывает транквилизирующее действие, уменьшая напряженность, тревогу, страх, эмоциональную лабильность, слезливость, раздражительность, нормализует сон. Следует учитывать, что ноофену (как производному фенилэтиламина) присущи дофамин-положительные свойства, которые усиливают его антиастеническое действие.

Фармакологическое действие ноофена имеет дозозависимый характер: с увеличением дозы препарата увеличивается его транквилизирующая и вегетостабилизирующая активность. Ноофен выпускается в капсулах, что предотвращает раздражающее действие  $\gamma$ -амино- $\beta$ -фенилмасляной кислоты на стенки желудка, что особенно важно для пациентов с сопутствующими заболеваниями желудочно-кишечного тракта.

Лечение пациентов с АС — это непростая задача, с которой часто сталкивается врач в своей практике. Своевременная диагностика и адекватная терапия заболевания с применением современных препаратов многонаправленного действия позволит предотвратить развитие тяжелых осложнений, повысить эффективность терапии сопутствующих заболеваний, сократить период адаптации и будет способствовать скорейшему возвращению пациента к активной жизни. Особое внимание следует уделять выявлению причин возникновения астении, так как часто астения является одной из масок проявления серьезных психосоматических заболеваний. Точное установление причин АС позволит подобрать оптимальную терапию с учетом индивидуальных особенностей пациента, сочетаемости лекарственных препаратов, применения других методов терапии. ■



## НОВОСТИ НЕВРОЛОГИИ

инфекционных заболеваний и основам здорового образа жизни.

«Была приятно удивлена, увидев врачей в торговом центре, — отметила пенсионерка Александра Савельева. — Узнала свой уровень холестерина, он оказался несколько повышен. Здесь же проконсультировалась у диетолога по изменению своего рациона питания, получила полезные памятки». Этой масштабной акцией в Астрахани завершилась декада мероприятий, посвященных Всемирному дню борьбы с инсультом. Их главная задача — повышение осведомленности населения, и прежде всего молодежи, о проблеме инсульта, важности правильного и своевременного оказания первой помощи и, конечно же, о ведении здорового образа жизни.

Источник информации: <http://minzdravao.ru>

### В Волгоградской области создается единая реабилитационная служба

В настоящее время начался процесс создания единого реабилитационного центра для оказания медицинской помощи взрослому населению Волгоградской области.

В состав нового мощного реабилитационного центра войдут: Волгоградская областная клиническая больница № 3, городская клиническая больница № 3 и физиотерапевтическая поликлиника, что позволит расширить возможности реабилитационной помощи для населения.

Реабилитационный центр позволит обеспечить реабилитационной помощью пациентов с поражением ЦНС, в нем будут кардиологическое реабилитационное и ортопедическое реабилитационное отделения для детей и взрослых. Кроме того, на базе центра высококвалифицированная физиотерапевтическая помощь станет доступной для всех жителей региона. Медицинский персонал

останется в штатной численности, заработная плата сохранится в полном объеме и на прежних условиях.

Ранее в Волгоградской области был создано ГБУЗ «Волгоградский областной клинический центр медицинской реабилитации», объединившее шесть врачебно-физкультурных диспансеров Волгограда и области.

Также в здании бывшего областного детского психоневрологического санатория, который расположен в Краснооктябрьском районе, открылся областной реабилитационный центр, созданный на базе ГБУЗ «Волгоградская областная детская клиническая больница» для оказания реабилитационной помощи детям, а также детям-инвалидам.

Создание нового реабилитационного центра позволит улучшить услуги по медицинской реабилитации для жителей не только Волгограда, но и Волгоградской области.

Источник информации: <http://oblzdrav.volganet.ru>

### Акция «Не стань жертвой инсульта» в Горно-Алтайске

29 октября отделением Центра здоровья была организована акция под названием «Не стань жертвой инсульта». Мероприятие, посвященное Всемирному дню борьбы с инсультом, состоялось на центральной площади Горно-Алтайска. В рамках акции все желающие имели возможность проверить экспресс-методом уровень сахара и холестерина в крови, измерить артериальное давление. Далее врач-терапевт провел консультацию по проблемам сердечно-сосудистых заболеваний. Также населению раздавались буклеты и памятки с информацией об оказании первой доврачебной помощи.

Источник информации: <http://minzdrav.med04.ru>

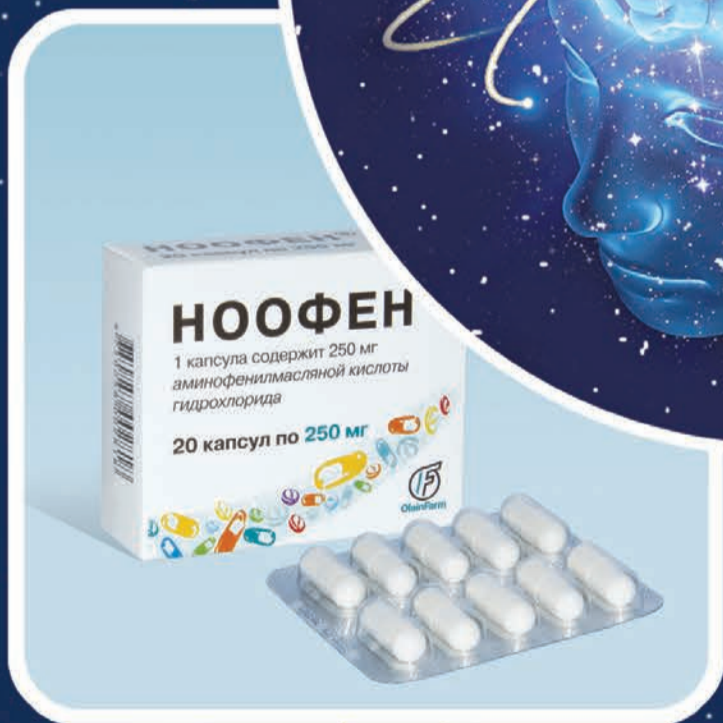


# НООФЕН®

γ-амино-β-фенилмасляной кислоты гидрохлорид

ОРИГИНАЛЬНЫЙ ТРАНКВИЛОНОТРОП

капсулы 250 мг №20



На правах рекламы

50 лет клинического применения оригинальной субстанции  
Качество производства GMP

**ЯСНОСТЬ УМА – ТРЕЗВОСТЬ РЕШЕНИЙ**





## БЕЗОПАСНОСТЬ ЛЕКАРСТВ

### Мирабегрон (Mirabegron — Betmiga): риск тяжелой артериальной гипертензии и ассоциированных с ней цереброваскулярных и сердечно-сосудистых заболеваний

В настоящее время мирабегрон противопоказан пациентам с злокачественной артериальной гипертензией в связи с участвующими случаями повышения АД на фоне приема препарата.

В Европе был проведен обзор последних данных по безопасности мирабегрона, агониста  $\beta$ -3-адренорецепторов, используемого при синдроме гиперактивного мочевого пузыря. Уже известно, что мирабегрон может повышать АД. Однако были зарегистрированы случаи выраженного повышения АД, которые включали в себя и гипертонический криз, а также связанные с этим цереброваскулярные и сердечно-сосудистые события (в основном транзиторные ишемические атаки и инсульт), причем в некоторых случаях удалось установить прямую временную зависимость от приема препарата.

В настоящее время мирабегрон противопоказан пациентам с тяжелой неконтролируемой гипертензией (систолическое АД  $\geq 180$  мм рт. ст. и/или диастолическое АД  $\geq 110$  мм рт. ст.).

Во время приема препарата следует регулярно контролировать АД, особенно у пациентов с артериальной гипертензией.

<https://www.gov.uk/drug-safety-update>

### Высокие дозы ибупрофена (2400 мг/день): небольшое увеличение риска сердечно-сосудистых заболеваний

Обзор, проведенный в ЕС, подтверждает, что риск сердечно-сосудистых осложнений из-за высоких доз ибупрофена ( $\geq 2400$  мг/день) схож с таковым при использовании ингибиторов ЦОГ-2 и диклофенака.

Ибупрофен является неселективным противовоспалительным препаратом. Известно, что прием НПВП приводит к небольшому увеличению риска инфаркта миокарда и инсульта. Прием высоких доз ибупрофена — к риску сердечно-сосудистых заболеваний.

Регуляторные органы ЕС после публикации метаанализа рассмотрели безопасность высоких доз ибупрофена. В этом метаанализе у лиц, принимавших  $\geq 2400$  мг ибупрофена в день, по сравнению с группой плацебо, значительно увеличивался риск тромботического поражения (инфаркт, инсульт). В обзоре подтверждается, что тот риск аналогичен риску при приеме ингибиторов ЦОГ-2 и диклофенака.

При приеме ибупрофена в дозе до 1200 мг в день, по сравнению с группой плацебо, риск артериальных тромботических событий не увеличивался. Существует небольшое количество данных по приему препарата в дозе от 1200 мг до 2400 мг в сутки, поэтому остается неясным, повышается ли риск ССЗ при приеме доз в указанном промежутке. В 2013 году менее 1% всех рецептов на ибупрофен в Великобритании были выписаны в дозе 2400 мг в день и более.

Европейский регуляторный орган также рассмотрел возможное взаимодействие ибупрофена с низкими дозами аспирина. Последние экспериментальные данные подтверждают ранее известные выводы: ибупрофен конкурентно подавляет действие низких доз аспирина на агрегацию тромбоцитов *in vivo*, *ex vivo* и *in vitro*. Однако неизвестно, могут ли эти результаты быть экстраполированы в клиническую практику. Тем не менее вероятность того, что длительный прием ибупрофена может снизить кардиопротекторное действие малых доз аспирина, не может быть исключена.

<https://www.gov.uk/drug-safety-update>

### FDA предупреждает о случаях инфекции головного мозга у двух пациентов с рассеянным склерозом на фоне приема препарата «Гиления» (Gilenya (Fingolimod))

Управление по санитарному надзору за качеством пищевых продуктов и медикаментов США (U.S. Food and Drug Administration — FDA) предупреждает о случае подтвержденной прогрессирующей мультифокальной лейкоэнцефалопатии (ПМЛ) и случае вероятной ПМЛ, которые были зарегистрированы у пациентов, принимавших гилению (финголимоид), предназначенную для лечения рассеянного склероза (РС).

Гиления является иммуномодулятором, рекомендуемым пациентам с рецидивирующей формой РС.

Это первые случаи ПМЛ у пациентов, принимающих гилению, которым ранее не проводилась иммуносупрессивная терапия РС или любого другого заболевания. Поэтому информация об этих случаях должна быть добавлена в аннотацию к препарату.

Пациенты, принимающие препарат, сразу должны связаться с работниками системы здравоохранения при появлении или усилении слабости, нарастании двигательного дефицита, изменении мышления, нарушении зрения, силы или равновесия и походки. Пациентам не следует прерывать прием препарата без предварительной консультации с врачом. При подозрении на ПМЛ врачам следует отменять прием препарата пациентами.

<http://www.fda.gov/Drugs/DrugSafety>

### Гидроксизин (атаракс, уцеракс): риск удлинения интервала QT и пируэтной тахикардии

Гидроксизин — это антигистамин, используемый для лечения зуда у взрослых и детей, а также при терапии тревожных расстройств у взрослых.

В ЕС был проведен обзор безопасности и эффективности гидроксизина, включающий проблемы нарушения сердечного ритма. В обзоре сделан вывод, что прием гидроксизина приводит к небольшому риску удлинения интервала QT и возникновению пируэтной тахикардии. Такие нарушения ритма, скорее всего, будут у пациентов, которые имеют факторы риска, такие как: одновременное применение лекарственных средств, которые продлевают QT-интервал, сердечно-сосудистые заболевания, семейный анамнез внезапной сердечной смерти, значительный дисбаланс электролитов (низкий уровень калия и магния), выраженная брадикардия.

При назначении гидроксизина следует придерживаться следующего:

- Не назначать препарат лицам с удлиненным интервалом QT или с факторами риска удлинения интервала.
- Избегать использования у пожилых людей.
- До назначения препарата рассмотреть все риски удлинения интервала QT и пируэтной тахикардии.
- Максимальная суточная доза теперь составляет: 100 мг для взрослых, 50 мг для пожилых (если использования препарата не удастся избежать); 2 мг на 1 кг массы тела для детей до 40 кг веса.
- Назначать минимально эффективную дозу.

<https://www.gov.uk/drug-safety-update>

### FDA объясняет, почему неврологические события, возникшие после эпидурального введения кортикостероидов, не заслуживают дальнейшего вмешательства со стороны регуляторного органа K. J. Kelley, A. Sofair, W.E. Chavey

В журнале *New England Journal of Medicine* обсуждается оценка рисков серьезных неврологических последствий, вызванных использованием запрещенного эпидурального введения глюкокортикоидов.

В апреле 2014 года FDA потребовало внести изменения в инструкции для инъекционных кортикостероидов, которые обычно использовались для лечения болей в области шеи и спины, с предупреждением о возможном возникновении «редких, но серьезных» и иногда смертельных неврологических осложнений, включающих паралич и инсульт. Действия FDA были спровоцированы 90 случаями в период с 1997 по 2014 год. (Вспышка грибкового менингита в 2012 году, спровоцированная использованием метилпреднизолона, не учитывалась.)

Однако позже, в 2014 году, Консультативный комитет рекомендовал приостановить действия регуляторного органа, который мог потенциально запретить эпидуральное введение, так как состав суспензий может представлять большую опасность, чем состав растворов.

Авторы отмечают, что для действительной оценки возможных последствий необходимо провести популяционное исследование. Они также отмечают, что имеющиеся данные не подтверждают, что использование растворов безопаснее применения суспензий.

*The New England Journal of Medicine*, октябрь, 2015



## НОВОСТИ НЕВРОЛОГИИ

### В Иркутской области продолжает снижаться смертность от болезней системы кровообращения

В Иркутской области продолжает снижаться смертность от болезней системы кровообращения. Об этом сообщила заместитель председателя правительства Иркутской области Валентина Вобликова по итогам видеоконференции, которую провел премьер-министр Российской Федерации Дмитрий Медведев. Обсуждался вопрос реализации основных мероприятий по проведению в 2015 году в Российской Федерации Года борьбы с сердечно-сосудистыми заболеваниями.

Как отметила Валентина Вобликова, в Иркутской области за период с января по август 2015 года от болезней системы кровообращения умерло на 1,4% жителей меньше, чем за аналогичный период 2014 года. В 2014 году — на 0,3% меньше, чем за аналогичный период 2013 года.

По словам зампреда, жителям Приангарья, перенесшим острый инфаркт миокарда, операции на сердце и магистральных сосудах, острое нарушение мозгового кровообращения, непосредственно после стационарного лечения проводится медицинская реабилитация, в том числе в санаторно-курорт-

ных организациях. С 2013 года оказание услуг по медицинской реабилитации осуществляется за счет средств обязательного медицинского страхования. За 2014 год за счет средств ОМС получили медицинскую реабилитацию в отделениях восстановительного лечения и санаторных учреждениях почти 3,6 тыс. граждан этой категории.

При остром коронарном синдроме и остром нарушении мозгового кровообращения 86% населения Иркутской области получают специализированную помощь в региональном сосудистом центре на базе областной клинической больницы и в первичных сосудистых отделениях (ПСО). Напомним, в Приангарье действуют восемь ПСО — в Иркутской городской клинической больнице № 1, медсанчасти ИАПО (Иркутск), Ангарской больнице скорой медицинской помощи, Братской городской больнице № 5, Саянской городской больнице, Усольской городской многопрофильной больнице, Нижнеудинской районной больнице, Усть-Илимской городской больнице.

Кроме того, рассматривается возможность открытия первичных сосудистых отделений в Черемхово, Тулуне, Усть-Куте.

Источник информации: <http://www.minzdrav-irkutsk.ru>





# НАУЧНО-ПРАКТИЧЕСКАЯ КОНФЕРЕНЦИЯ «ПУШКИНСКАЯ ОСЕНЬ»



Выступление академика А.А. Скоромца

16–17 октября в Санкт-Петербурге состоялась ставшая уже традиционной ежегодная научно-практическая конференция «Пушкинская осень», организуемая стараниями и усилиями городской больницы № 38 им. Н.А. Семашко (главный врач — д.м.н. А.О. Гусев). Непосредственным организатором данного форума явился руководитель функционирующего в этой больнице Центра медицинской реабилитации профессор В.В. Ковальчук.

В организации работы конференции также принимали активное участие различные медицинские и образовательные учреждения, а также администрация Санкт-Петербурга и комитет по здравоохранению администрации Санкт-Петербурга.

В этом году «Пушкинская осень» была также приурочена к 175-летию выхода в свет Высочайшего повеления императора Николая I о строительстве каменного здания Царскосельского дворцового госпиталя (ныне — СПб ГБУЗ «Городская больница № 38 им. Н.А. Семашко»).

Конференция по традиции проходила в Доме ученых, который расположен на Дворцовой набережной с видом на Неву и Петропавловскую крепость.

Интерьеры Дома ученых — бывшего дворца великого князя Владимира — способствовали полнейшему погружению делегатов конференции в мир науки и творчества, недаром данный дворец по праву считается центром интеллектуальной и научной жизни Санкт-Петербурга.

В дореволюционной России Малый императорский дворец, как неофициально называли нынешний Дом ученых за его великолепие и роскошь, был одним из самых популярных мест светского Петербурга, здесь устраивали балы, торжественные обеды, официальные приемы. Одной из отличительных черт данного дворца является смешение множества стилей при отделке интерьеров: рококо, ренессанс, византийский, готический, восточный, — которое абсолютно не нарушает стройную гармонию дворца и не мешает восприятию его единого образа.

В работе «Пушкинской осени» приняли участие специалисты Санкт-Петербурга, Ленинградской области, регионов Северо-Западного федерального округа, других федеральных округов РФ и зарубежных стран различных специальностей: неврологии, кардиологии, кардионеврологии, терапии, реабилитологии. Почти 500 делегатов конференции представляли 9 стран и более 30 городов.

Научно-практическими целями данной конференции являлись улучшение организации меди-

цинской службы и повышение профессиональной подготовки врачей различных специальностей разных лечебно-профилактических учреждений.

Конференцию открыли главный невролог Санкт-Петербурга академик РАН профессор А.А. Скоромец и главный врач больницы № 38 им. Н.А. Семашко д.м.н. А.О. Гусев.

Доклад академика РАН, профессора А.А. Скоромца был посвящен Золушке ангионейрофармакологии, как весьма образно назвал автор спинальную ангиологию.

В этом году «Пушкинская осень» была также приурочена к 175-летию выхода в свет Высочайшего повеления императора Николая I о строительстве каменного здания Царскосельского дворцового госпиталя (ныне — СПб ГБУЗ «Городская больница № 38 им. Н.А. Семашко»).

В докладе на основе богатого собственного опыта и сведений из мировой литературы были представлены современные данные о кровоснабжении спинного мозга и его регуляции, патоморфология ишемических и геморрагических поражений спинного мозга, приведена классификация сосудистых заболеваний спинного мозга и их клинические варианты в зависимости от локализации поражения по его длиннику и поперечнику. Также были приведены особенности клиники, диагностики и лечебной тактики при миелоишемии, связанной с различными этиологическими факторами: с врожденными и приобретенными поражениями снабжающих спинной мозг сосудов (коарктация аорты, артериальные и артериовенозные аневризмы, атеросклероз, тромбоз, эмболия, васкулиты); сдавлением спинномозговых сосудов и их истоков, включая аорту (беременной маткой, грыжей межпозвоночного диска, опухолью и опухолеподобными процессами, фрагментами позвоночника при дегенеративном или травматическом его поражении и т.п.); врачебными манипуляциями и вмешательствами (ятрогенные миелоишемии).

Одной из наиболее обсуждаемых на конференции проблем явились актуальные вопросы диагностики и терапии сосудистых заболеваний головного мозга, чему были посвящены очень важные и полезные с практической точки зрения доклады профессора А.И. Федина, профессора В.А. Сорокоумова, профессора Е.Р. Баранцевича, профессора Г.Н. Бельской, профессора П.Р. Камчатнова и профессора В.В. Ковальчука.

Оригинальный взгляд на особенности диагностики и терапии дефицитарных комбиниро-

ванных энцефало-миело-полинейропатий представила в своем докладе профессор Казанского ГМУ Е.Г. Менделевич.

Также внимание делегатов форума было приковано к проблеме фибрилляции предсердий как одной из основных патоморфологических причин инсульта. Для обсуждения данной проблемы организаторами конференции было проведено заседание школы Евразийской аритмологической ассоциации «Кардионеврология: комплексный подход в профилактике инсультов у пациентов с фибрилляцией предсердий. Диалог специалистов», в рамках которого его модераторы — директор НИИ кардиологии Федерального научно-клинического центра ФМБА России профессор А.В. Ардашев (Москва) и профессор В.В. Ковальчук, — подчеркнув общность многих проблем в кардиологии и неврологии, детально остановились на методах и способах профилактики инсультов у пациентов с фибрилляцией предсердий.

Заслуженный интерес слушателей вызвал доклад профессора НИИ детских инфекций Н.В. Скрипченко (С.-Петербург), посвященный новым парадигмам в стратегии терапии клещевого энцефалита.

На проблеме когнитивных нарушений сконцентрировали внимание слушателей профессор Казанского ГМУ Л.К. Шайдукова, профессор

Окончание первого дня конференции было ознаменовано награждением профессора В.В. Ковальчука медалью за заслуги I степени, которую вручил глава муниципального образования Пушкинского района Санкт-Петербурга Н.Я. Гребенев.

Особое внимание слушателей во второй день конференции вызвал оригинальный доклад главного эпилептолога г. Гамбурга (Германия) профессора Б. Пюста, а также выступление профессора А.Б. Данилова (Москва), остановившегося на особенностях управления стрессом.

Значительный интерес слушателей вызвало совместное пленарное заседание «Пушкинской осени»: «Реабилитация. Что мы можем сделать для повышения уровня социально-бытовой адаптации и улучшения качества жизни неврологических пациентов?» и заседание Всероссийской школы реабилитологии ассоциации врачей амбулаторной реабилитации. Модератор данного совместного заседания, председатель общества реабилитологов Санкт-Петербурга профессор В.В. Ковальчук особо отметил актуальность проблемы реабилитации в современных условиях, обозначил острые моменты и вопросы общей организации реабилитации и проведения ее отдельных видов, а также подчеркнул наметившуюся положительную динамику в организации и развитии реабилитации в Санкт-Петербурге в последние годы, связав данные позитивные изменения с активной деятельностью и энтузиазмом главного специалиста по реабилитации Санкт-Петербурга А.М. Сараны.

Закрывая конференцию, В.В. Ковальчук сердечно поблагодарил всех докладчиков и делегатов, приехавших из разных регионов России и зарубежных стран, а также спонсоров конференции и выразил надежду на сохранение и в дальнейшем традиции организации и проведения «Пушкинской осени». ■



Выступление организатора конференции профессора В.В. Ковальчука



В зале конференции



## ХРОНИКА

На научно-практической конференции «Пушкинская осень» доклад на тему «Фармакологическая поддержка в восстановительном периоде инсульта» сделал заведующий кафедрой неврологии ФДПО Российского национального исследовательского медицинского университета им. Н.И. Пирогова, профессор А.И. Федин (Москва). Свой доклад А.И. Федин начал со ставших традиционными вопросов: «Кто должен проводить нейрореабилитацию? Когда нужно заниматься нейрореабилитацией? Что нужно делать?».

Ответ на вопросы «Кто?» и «Когда?» сменился не вызвал: в специализированной мультидисциплинарной помощи нуждаются пациенты еще на этапе острого периода инсульта в реанимационном отделении. И одну из ведущих позиций в мультидисциплинарной бригаде занимает невролог, алгоритм действий которого определяется обеспечением взаимодействия всех участников бригады, определением реабилитационного потенциала больного, а также обеспечением фармакологической поддержки нейрореабилитации с учетом патогенеза заболевания и индивидуальных особенностей инсульта у больного. А.И. Федин подчеркнул, что в самом начале острого периода инсульта важно определить реабилитационный прогноз, от которого зависят объем и этапы реабилитации. И, конечно, очень важно обратить особое внимание на пациентов с положительным реабилитационным прогнозом.

Прежде чем ответить на вопрос «Что делать?», А.И. Федин напомнил участникам конференции об основных периодах инсульта и о тактике ведения больных в эти периоды. Были продемонстрированы врачам цели и основные направления фармакологической поддержки, отражены локусы базисной нейрореабилитации, направленные на артериальную гипертензию, нарушение венозного кровообращения, которое очень тесно связано с артериальной гипертензией, на коррекцию гемостаза, воздействие на окислительный стресс и другие этапы ишемического каскада. Была подчеркнута необходимость соблюдать современные рекомендации лечения артериальной гипертензии, чтобы избежать гипоперфузии и срыва механизмов ауторегуляции мозгового кровотока.

Отмечено, что часто при назначении терапии врачи не учитывают, что кровоток в системе микроциркуляции зависит от эритроцитов. Поэтому важно не забывать о препаратах, влияющих на деформируемость красных клеток крови, но при этом также выполнять Европейские рекомендации антитромбоцитарной терапии для профилактики повторного атеротромботического инсульта с применением аспирина или плавикса.

Особое внимание участников конгресса докладчик обратил на нарушения венозного цереб-

рального кровообращения, так как очень часто врачи вообще не учитывают этот фактор. Было сказано, что венозный кровоток составляет 85% интракраниального объема крови и только 10% приходится на артериальный объем. Необходимо тщательно анализировать жалобы пациентов и при подозрении на нарушения венозного кровотока назначать этим пациентам венотонические препараты. К таким препаратам относится L-лизина эсцинат, несомненным преимуществом которого является возможность парентерального введения, тогда как все другие препараты представлены в таблетированной форме. L-лизина эсцинат является водорастворимой солью сапонина конского каштана эсцина и аминокислоты L-лизина. Эсцин — основное действующее вещество, определяющее фармакологические свойства препарата. Эсцин защищает гликозаминогликаны от разрушения лизосомальными гидролазами в стенках микрососудов и окружающей их соединительной ткани и таким образом нормализует повышенную сосудисто-тканевую проницаемость, повышает тонус вен, уменьшает застой венозной крови, улучшает артериальный и венозный кровоток в микроциркуляторном русле, оказывает мембраностабилизирующий эффект. Препарат понижает активность аутолитических ферментов, проявляет антагонизм в отношении брадикинина и серотонина и таким образом нормализует капиллярную проницаемость, уменьшает выраженность экссудативного и воспалительного процессов.

Прежде чем ответить на вопрос «Что делать?», А.И. Федин напомнил участникам конференции об основных периодах инсульта и о тактике ведения больных в эти периоды.

В многочисленных исследованиях выявлена высокая эффективность влияния L-лизина эсцината на регресс неврологических проявлений, которые связаны с венозным застоем при венозной энцефалопатии, венозной миелоишемии, вертеброгенном болевом синдроме, мышечно-тоническом синдроме, при котором препарат разрывает порочный круг между длительным рефлекторным мышечным спазмом и вторичными нарушениями микроциркуляции и ишемии. Так, в Ивановской государственной медицинской академии было проведено исследование влияния L-лизина эсцината на церебральный кровоток у больных с хронической ишемией мозга в сочетании с артериальной гипертензией. У всех пациентов при поступлении по данным УЗДГ выявлены признаки затруднения венозного оттока. Препарат вводился внутривенно в дозе 10 мл в 100 мл физиологического раствора на протяжении 10 дней. УЗДГ проводилась до и после применения L-лизина эсцината. По данным УЗДГ после применения препарата отмечалось

улучшение венозного оттока, существенно снизилась интенсивность головной боли.

В качестве базисной терапии нужно назначать антиоксиданты, уменьшающие патологическое влияние окислительного стресса, который является общим патобиохимическим процессом, наблюдаемым при многих состояниях, в том числе и у больных с инсультом как в остром, так и в восстановительном периоде. На это звено действуют препараты янтарной кислоты (мексидол), которые, помимо антиоксидантного, оказывают еще и противоишемическое действие.

Докладчик подчеркнул, что в восстановительном периоде инсульта основное внимание должно быть уделено активации процессов нейропластичности, которая может проявляться на различных уровнях — от клетки до интегративной деятельности всего мозга. В подтверждение этого были показаны слайды, иллюстрирующие ангио-, синапто- и нейрогенез, которые являются тремя основными процессами, протекающими при восстановлении нарушенных функций нервной системы. Причем нейрогенез протекает в двух областях мозга — в зубчатой извилине гиппокампа и суправентрикулярной зоне, откуда потом клетки мигрируют в зону повреждения. Образование новых клеток происходит с помощью нейротрофических факторов, которые проявляются уже с первых часов после развития инсульта. Стимуляция процессов нейропластичности происходит под действием нейротрофинов, к которым отно-

сятся нейропептиды. Нейропротекция представляет собой сумму всех механизмов, направленных против повреждающих факторов, это защита фактически мозга.

К нейропротекторам с широким диапазоном действия относится тиоцетам, в состав которого входят тиотриазолин и пирacetам. Тиоцетам воздействует на все элементы патогенеза ишемического повреждения: стимулирует анаэробный гликолиз, активизирует цикл Кребса и увеличивает синтез макроэргических соединений (АТФ, КФ) аэробным путем, что приводит к восстановлению энергетики нейрона, способствует обратному превращению лактата в пируват, тем самым уменьшая лактатацидоз в условиях ишемии. Тиоцетам тормозит свободнорадикальные процессы, реактивирует антиоксидантную систему, в итоге уменьшает окислительный стресс, стабилизирует мембраны и восстанавливает функции нейрона. Тиоцетам ускоряет восстановление движений за счет более активного включения больного, пере-

несшего инсульт, в выполнение заданий в ходе восстановительной терапии. Препарат повышает контроль коры большого мозга над субкортикальными структурами. Тиоцетам проявляет стимулирующие свойства с особым акцентом действия на интеллектуальную сферу больных и обладает антидепрессивной активностью, уменьшает экстрапиримидные дисфункции у больных инсультом. Препарат повышает интенсивность альфа-ритма на ЭЭГ в пораженном полушарии и снижает интенсивность тета-ритма в здоровом полушарии мозга. Улучшает восприятие, особенно зрительное, способность концентрировать внимание, стимулирует речевую функцию.

Эффективность препарата подтверждена в ряде работ. Так, в исследовании А.А. Антоновой с соавт. (2014) оценивалось влияние внутривенной формы тиоцетама на астенические и эмоциональные расстройства в позднем восстановительном периоде у пациентов, перенесших ишемический каротидный инсульт. Тиоцетам повышал эффективность лечения, что выражалось в статистически значимом улучшении показателей, характеризующих уровень общей астении и тревожности.

Исследование, проведенное в неврологической клинике городской больницы № 38 им. Н.А. Семашко г. Санкт-Петербурга, показало, что назначение тиоцетама в раннем восстановительном периоде инсульта повышает степень восстановления двигательных, чувствительных, координаторных, когнитивных и других неврологических функций. Тиоцетам играет существенную роль в нормализации эмоционального состояния пациентов, нарушение которого в значительной степени препятствует проведению адекватного восстановительного лечения после инсульта. Отмечено повышение уровня бытовой адаптации пациентов и соответственно улучшение качества их жизни, что является конечной целью любого восстановительного лечения.

Тиоцетам назначается в раннем и позднем восстановительном периоде инсульта ежедневно внутривенно капельно по 20–30 мл в течение 14 дней, затем — по 1–2 таблетки 3 раза в день на протяжении 1–3 месяцев.

Обращено внимание участников на возможность оценивать уровень нейропластичности мозга в клинике. К таким методам оценки относятся функциональная МРТ, ПЭТ, которая для нашей страны пока является достаточно экзотическим методом. Не стоит забывать о компьютерной энцефалографии, которая позволяет анализировать мощность спектров ЭЭГ в различных зонах мозга в процессе проведения реабилитационных мероприятий.

В заключение докладчик отметил, что каждый из фундаментальных биологических процессов, связанных с повреждениями мозга, может быть подвержен фармакологической поддержке, надо только дифференцированно, правильно и адекватно назначать эти препараты. ■

**Приглашаем психиатров, наркологов, психотерапевтов, психологов и социальных работников принять участие в работе Ежегодной научно-практической конференции «Дроздовские чтения»**

В этом году пройдут Вторые чтения, которые будут посвящены 80-летию со дня рождения Эдуарда Семеновича Дроздова — одного из ведущих специалистов в области психиатрии и наркологии Российской Федерации, выдающегося организатора здравоохранения.

**Тема конференции: «Актуальные проблемы психиатрии, наркологии и психологии — грани соприкосновения — междисциплинарная интеграция для поиска решений»**

Учитывая, что в рамках конференции состоится заседание секции, посвященной психиатрическим аспектам общесоматической практики, психосоматическим заболеваниям и соматогенным психическим расстройствам, приглашаем принять активное участие в работе конференции **терапевтов, неврологов, эндокринологов, онкологов** и других узких специалистов!

Участникам конференции будут выдаваться сертификаты участия установленного образца. Материалы конференции будут опубликованы в одноименном сборнике трудов. **Тезисы направлять на e-mail: z0327@list.ru до 8 ноября 2015 года (оплата не взимается)** Правила оформления публикаций на сайте кафедры (см.ниже)

**Организаторы конференции:** ФГАОУ ВО «РУДН»; ФГБУ «ФМИЦПН»; Московское отделение РОП; ГБОУ ДПО «РМАПО» МЗ РФ; ГБОУ ВПО «МГППУ»; РОО «Клуб психиатров»; ГБУЗ «ПБ №13 ДЗ города Москвы»; ООО «ОППЛ».

По вопросам, связанным с организацией и проведением конференции, пишите профессору кафедры психиатрии, наркологии и психотерапии ФПКМР МИ РУДН, д.м.н. Инне Александровне Зразжевской на e-mail: ZrazhevskayaIA@list.ru либо звоните: тел.: 8 (915) 485 73 79

С уважением,  
Оргкомитет конференции

**Чтения состоятся: 8 декабря 2015 года в 11:00 в конференц-зале ГБУЗ «Психиатрическая больница №13 ДЗМ» по адресу: г. Москва, ул. Ставропольская, 27  
9 декабря 2015 года в 11:00 в актовом зале РУДН по адресу: г. Москва, ул. Миклухо-Маклая, 6**

Информация о точных датах и адресах проведения всех секций будет размещена на официальном сайте Кафедры психиатрии, наркологии и психотерапии Факультета повышения квалификации медицинских работников РУДН в разделе «Конференции»: <http://web-local.rudn.ru/web-local/kaf/rj/index.php?id=213&p=2498>





# Теоцетам

(Тиотриазолин + Пирацетам)

## Включай нервные клетки!

- Оригинальный антигипоксикант
- Восстанавливает энергетику нейронов и их функциональную активность в условиях ишемии
- Улучшает функции нервной системы и качество жизни неврологических пациентов<sup>1-5</sup>

### ТИОТРИАЗОЛИН®

Оригинальный цитопротектор, благодаря уникальному механизму действия в условиях гипоксии поддерживает метаболизм клеток, восстанавливает их энергетику и функцию за счет накопления АТФ<sup>1</sup>



### ПИРАЦЕТАМ

Потенцирует действие Тиотриазолина на нервную систему<sup>2</sup>

1). Инструкция по медицинскому применению препарата Теоцетам. 2). Инструкция по медицинскому применению препарата Тиотриазолин. 3). Дзяк Л.А., Голик В.А. Эффективность Теоцетама в лечении дисциркуляторных энцефалопатий вследствие атеросклеротического поражения церебральных артерий. НМиФ 2004 №10-11. 4). Ковальчук В.В. Использование нейрцитопротекторов для повышения эффективности реабилитации пациентов после инсульта. Неврология, нейропсихиатрия, психосоматика. 2014;(1):30-34. 5). Антонова А.А., Чижова К.Е., Шоломов И.И. Применение препарата Теоцетам у пациентов, перенесших инфаркт головного мозга в бассейне левой средней мозговой артерии. Неврологический вестник 2014 т.XLVI, вып. 1;86-88. Информация для медицинских и фармацевтических работников. Полная информация содержится в инструкции для медицинского применения препарата. Теоцетам отпускается по рецепту врача. Регистрационный номер ЛП 001761 от 02.07.2012 (таблетки), ЛП 001618 от 02.04.2012 (ампулы).



## ХРОНИКА



Участники симпозиума

Одной из наиболее обсуждаемых на конференции проблем явились животрепещущие вопросы диагностики и терапии сосудистых заболеваний головного мозга, чему были посвящены очень важные и полезные с практической точки зрения доклады одного из наиболее авторитетных специалистов в данной области профессора А.И. Федина, ведущего ангионевролога С.-Петербурга профессора В.А. Сорокоумова, главного невролога Северо-Западного федерального округа профессора Е.Р. Баранцевича, главного невролога Челябинской области Г.Н. Бельской, а также профессоров П.Р. Камчатнова и В.В. Ковальчука.

Большой резонанс вызвал тематический симпозиум, прошедший при поддержке фармацевтической компании «ПОЛИСАН»: «Инсульт. Как повысить эффективность терапии?», в рамках которого прозвучал интересный и полезный доклад главного невролога Северо-Западного федерального округа профессора Е.Р. Баранцевича.

Свой доклад на тему «Рациональная энергетическая коррекция при ОНМК» он начал с характеристики нервной ткани, протекающих в ней особенностей энергетического обмена. Далее Е.Р. Баранцевич рассказал участникам конференции о том, что различные зоны мозга в разной степени чувствительны к гипоксии.

Профессор отметил, что с точки зрения патофизиологии достаточно сложно провести принципиальную грань между острыми и хроническими нарушениями мозгового кровообращения, потому что если для острого нарушения мозгового кровообращения можно выделить зону ядра, влияя на которую действительно уже нельзя, и зону ишемической полутени, то для хронической недостаточности мозгового кровообращения с той или иной степенью допущения все мозговое вещество представляет собой своеобразную зону полутени с измененным кровотоком и измененным метаболизмом.

Е.Р. Баранцевич обратил внимание врачей, что на самом деле структурно-функциональным элементом нервной ткани является не только нейрон, но и нервно-васкулярная единица — астроцит-нейрон-капилляр-эндотелий, что также является крайне важным для функционирования нервной ткани. Поэтому крайне важно заниматься вопросами эндотелиальной дисфункции. Эндотелий является своеобразным органом, весящим около двух килограммов. Докладчик подчеркнул, что энергетический метаболизм важен не только для нейронов и глии, но и для микрососудов. Поэтому универсальные механизмы повреждения требуют универсаль-

ной защиты, и такие препараты, как Цитофлавин, которые перекрывают многие звенья патогенеза, обеспечивают универсальную защиту.

Докладчик отметил, что основное внимание

Большой резонанс вызвал тематический симпозиум, прошедший при поддержке фармацевтической компании «ПОЛИСАН»: «Инсульт. Как повысить эффективность терапии?», в рамках которого прозвучал интересный и полезный доклад главного невролога Северо-Западного федерального округа профессора Е.Р. Баранцевича.

специалистов заострено на цикле Кребса, но есть огромное количество других циклов, которые связаны с промежуточным обменом, и те препараты, о которых всегда говорят, как о препаратах, оказывающих энергопродуктивное действие, в том числе и Цитофлавин, имеют совершенно разные точки приложения. «У многих препаратов одна точка приложения, тогда как, например, у Цитофлавина их более трех».

Множество вопросов, прозвучавших после доклада, свидетельствовали об актуальности этой области среди клиницистов разных специальностей, так как не всегда появляется такая уникальная возможность в доступной форме узнать о фармакодинамике, фармакокинетике и взаимодействии лекарственных средств.

Цитофлавин является многокомпонентным энергетическим препаратом. В состав препарата входят два метаболита (янтарная кислота и инозин) и два кофермента-витамина — рибофлавин мононуклеотид (витамин В<sub>2</sub>) и никотинамид (витамин РР). Компоненты препарата оказывают взаимопотенцирующее метаболитное и энергетическое действие, активируют сукцинатдегидрогеназу, увеличивают содержание ГАМК в головном мозге, ингибируют реакции окислительного стресса. Все это в конечном итоге приводит к оптимизации цикла трикарбоновых кислот, способствуя быстрому ресинтезу АТФ и предотвращая прогрессирование постишемического энергодифицита.

Далее профессор продемонстрировал участникам конгресса различные исследования, в которых была доказана эффективность и

безопасность Цитофлавина. Так, у больных с острым периодом инсульта на достаточно большом количестве пациентов и с использованием большого количества шкал показано, что при использовании Цитофлавина уменьшается и неврологический дефицит, а по данным визуализации регистрируется более полное сохранение вещества мозга. Цитофлавин способствует коррекции астено-неврологического синдрома, уменьшает проявления тревожно-депрессивного расстройства, снижает когнитивный дефицит. У пациентов с хронической ишемией мозга показано, что на фоне мягкого стимулирующего сбалансированного действия Цитофлавина снижались не только астенизация и тревога, но и улучшались когнитивные показатели. Препарат назначается в дозе 10 мл в сутки. Е.Р. Баранцевич отметил, что в дозировке 10 мл 1 раз в сутки при хронической ишемии мозга препарат оказывает не только антиастеническое действие, но и позитивно влияет на когнитивные функции, а также появляется такой интересный феномен, как цветные сны. Поскольку для Цитофлавина возможно активирующее действие, чтобы не было нарушений сна, нежелателен прием после 18 часов.

В продолжение своего доклада Е.Р. Баранцевич продемонстрировал врачам уровни изменения кровотока в мозговой ткани. Так, на первом критическом уровне находится большинство

зон вещества головного мозга при хронической ишемии мозга. Второй критический уровень может быть виден при хронической ишемии, но чаще всего проявляется при острых нарушениях. А вот третий критический уровень, как правило, является зоной нейтрального фактора, и на этом уровне уже практически ничего нельзя сделать. Подводя итог вышесказанному, профессор обратил внимание врачей на то, что

«существует реабилитационный потенциал не только организма, но и органа и ткани и задача врача помочь этому реабилитационному потенциалу».

Изюминкой и в то же время практической значимостью отличалось выступление профессора кафедры скорой помощи Северо-Западного государственного медицинского университета, главного токсиколога Ленинградской области В.В. Афанасьева (Санкт-Петербург) и доцента кафедры неврологии и нейрохирургии Первого СПбГМУ им. И.П. Павлова Е.Л. Пугачевой (С.-Петербург), посвященное фармакокинетическим правилам назначения нейроцитопротекторов при инсульте.

Доклад В.В. Афанасьева запомнился участникам конгресса своей интересной подачей: Василий Владимирович приводил различные

реальные клинические примеры, в которых особое место уделял назначаемой терапии. В каждом конкретном случае профессор разбирал с врачами, почему «не работала» или была неэффективной та или иная комбинация препаратов, а затем пошагово демонстрировал как, почему и какую комбинацию препаратов лучше назначить.

В начале доклада В.В. Афанасьев рассказал участникам симпозиума о том, как и в какой последовательности правильно назначать те или иные препараты с точки зрения фармакологии. Профессор продемонстрировал кинетическую кривую и те показатели, которые должны интересовать клинициста, а именно: Dmax, период полувыведения и др.

Клинический пример, который привел В.В. Афанасьев, был о пациенте 47 лет, который в алкогольном опьянении упал со спуска, получил компрессионный перелом, доставлен родственниками с выраженным болевым синдромом, нижним парапарезом, гипертонусом мышц и т.д. На третьи сутки у него развился алкогольный абстинентный синдром легкой степени тяжести. Профессор сообщил, что основная тактика, которая должна была быть применена у этого пациента, — это борьба с ишемией, отеком и болью. На первом этапе борьбы с ишемией пациенту был назначен инфузионный раствор Ремаксол, который является гепатопротектором. Пациентам такого профиля профессор порекомендовал добавить к гепатопротекторам препараты, усиливающие гликолиз, и, в частности, Цитофлавин.

Далее Василий Владимирович в доступной для нефармакологов форме продемонстрировал участникам конгресса фармакодинамику всех препаратов, которые были назначены этому пациенту, механизм и точки приложения этих препаратов, после чего стала понятной комбинация и последовательность назначения всей терапии.

Множество вопросов, прозвучавших после доклада, свидетельствовали об актуальности этой области среди клиницистов разных специальностей, так как не всегда появляется такая уникальная возможность в доступной форме узнать о фармакодинамике, фармакокинетике и взаимодействии лекарственных средств.

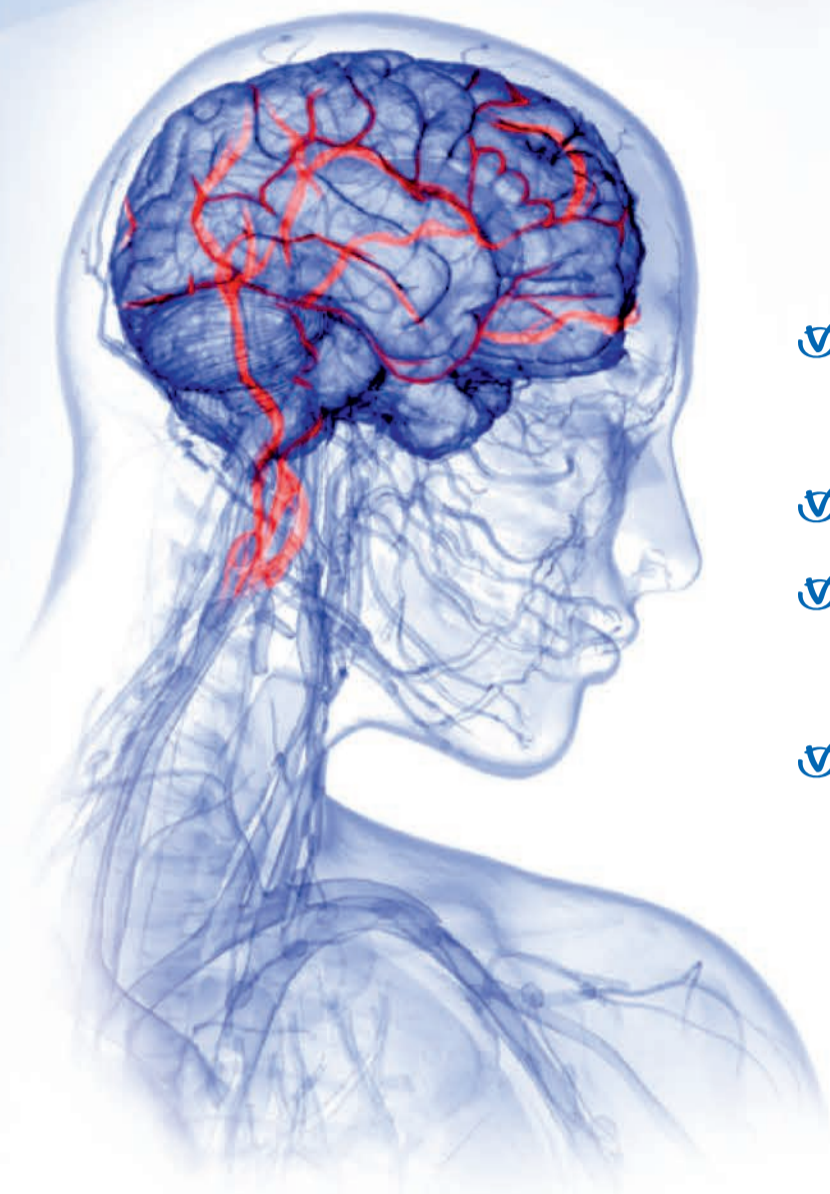
Особое внимание слушателей во второй день конференции вызвал оригинальный доклад главного эпилептолога г. Гамбурга (Германия) профессора Б. Пюста, а также выступление профессора А.Б. Данилова (г. Москва), остановившегося на особенностях управления стрессом.

Значительный интерес слушателей вызвали совместное пленарное заседание «Пушкинской осени»: «Реабилитация. Что мы можем сделать для повышения уровня социально-бытовой адаптации и улучшения качества жизни неврологических пациентов?» и заседание Всероссийской школы реабилитологии ассоциации врачей амбулаторной реабилитации. Модератор данного совместного заседания председатель Общества реабилитологов Санкт-Петербурга, руководитель Центра медицинской реабилитации профессор В.В. Ковальчук особо отметил актуальность проблемы реабилитации в современных условиях, обозначил острые моменты и вопросы общей организации реабилитации и проведения ее отдельных видов, а также подчеркнул наметившуюся положительную динамику в организации и развитии реабилитации в Санкт-Петербурге в последние годы, связав данные позитивные изменения с активной деятельностью и энтузиазмом главного специалиста по реабилитации Санкт-Петербурга А.М. Сараны.

Закрывая конференцию, В.В. Ковальчук сердечно поблагодарил всех докладчиков, всех делегатов, приехавших из разных регионов России и зарубежных стран, а также спонсоров конференции и выразил надежду на сохранение и в дальнейшем традиции организации и проведения «Пушкинской осени». ■



# ЦИТОФЛАВИН®



## ГАРМОНИЧНАЯ НЕЙРОПРОТЕКТИВНАЯ КОМПОЗИЦИЯ

- ✓ Уменьшает объем ишемического поражения и снижает смертность при инсульте
- ✓ Уменьшает уровень инвалидизации
- ✓ Достоверно улучшает физические и бытовые составляющие качества жизни пациентов, перенесших инсульт
- ✓ Вызывает быстрое и устойчивое улучшение качества жизни больных с хронической ишемией мозга



## СХЕМА ПРИЁМА ЦИТОФЛАВИНА

Цитофлавин амп. 10 мл. №5 и №10. Насыщающая доза: 90-100 кап./мин. в течение 20 минут.

ПОКАЗАНИЯ	ПЕРИОД ЗАБОЛЕВАНИЯ	СХЕМА ПРИЁМА	ДЛИТЕЛЬНОСТЬ КУРСА
ОНМК	Острая фаза	10 мл 2 раза в сутки, в/в капельно на 200 мл. 5% р-ра глюкозы или 0,9% р-ра натрия хлорида	10 дней
	Ранний восстановительный период	10 мл 1 раз в сутки, в/в капельно на 200 мл. 5% р-ра глюкозы или 0,9% р-ра натрия хлорида	10 дней
Хроническая ишемия мозга	Декомпенсация	10 мл 2 раза в сутки, в/в капельно на 200 мл. 5% р-ра глюкозы или 0,9% р-ра натрия хлорида	10 дней
	Субкомпенсация	10 мл 1 раз в сутки, в/в капельно на 200 мл. 5% р-ра глюкозы или 0,9% р-ра натрия хлорида	10 дней
	Поддерживающая терапия	2 таблетки 2 раза в день за 30 минут до еды. Не позднее 18 часов	25 дней





# ПРОФЕССОР Е.М. БУРЦЕВ — ОСНОВАТЕЛЬ ОТЕЧЕСТВЕННОЙ ВОЗРАСТНОЙ АНГИОНЕВРОЛОГИИ



Е.М. Бурцев

Евгений Михайлович Бурцев (1937–1999) родился в Иванове в семье служащих. После окончания с отличием в 1961 году лечебного факультета Ивановского медицинского института в течение двух лет работал заведующим Хотимильской сельской участковой больницы Южского района Ивановской области. С 1963 года он был аспирантом, а с 1966 года — ассистентом кафедры нервных болезней ИГМИ. В этом же году в Московском НИИ психиатрии МЗ РСФСР Евгений Михайлович защитил кандидатскую диссертацию на тему «Исследование в динамике некоторых показателей функционального состояния коры надпочечников у больных с нарушением мозгового кровообращения». В феврале 1967 года ему присуждена ученая степень кандидата медицинских наук. С октября 1969 до марта 1972 года он работал заместителем декана лечебного факультета. В декабре 1973 года утвержден в ученом звании доцента по кафедре нервных болезней.

В октябре 1975 года Е.М. Бурцев защитил докторскую диссертацию на тему «Нарушения мозгового кровообращения в молодом возрасте», в мае 1976 года ему присуждена ученая степень доктора медицинских наук.

В октябре 1976 года он избран по конкурсу заведующим кафедрой нервных болезней Иркутского государственного медицинского института. В марте 1978 года ему присвоено ученое звание профессора.

В октябре 1987 года Евгений Михайлович вернулся в альма-матер, а в январе 1988-го он избран ректором ИГМИ. В марте того же года Е.М. Бурцев занял должность профессора кафедры нервных болезней ИГМИ, а в апреле избран по конкурсу на должность заведующего кафедрой неврологии, реабилитации и ортопедии факультета усовершенствования врачей. С именем Евгения Михайловича связано еще одно событие, определившее приоритеты кафедры, академии и ивановской медицины в целом. В 1989 году впервые в истории здравоохранения нашего региона кафедра начала подготовку дипломированных специалистов-нейрохирургов.

В 1991 году Бурцев Е.М. избирается по конкурсу заведующим единой кафедрой неврологии и нейрохирургии.

В стенах ИГМИ способности Е.М. Бурцева как организатора и общественного деятеля проявились особенно ярко. Под его руководством существенно улучшилось состояние материальной и учебной базы, созданы научно-исследовательский центр, институт «Здоровье семьи» под эгидой ЮНЕСКО, консультативная поликлиника и многопрофильная клиника академии, основным научным направлением которой и сейчас остается изучение патогенеза ранних форм це-

реброваскулярной патологии и гипертонической болезни и разработка мер по их профилактике. Он организовал факультеты высшего сестринского образования и довузовской подготовки, филиал академии в г. Владимире.

Одной из важных задач своей работы Евгений Михайлович считал сохранение и приумножение традиций Ивановской неврологической школы, заложенных ее основателями — выдающимися деятелями отечественной медицины Н.М. Иценко и Р.А. Ткачевым.

Благодаря тесным контактам Евгения Михайловича с ведущими неврологическими центрами Москвы, Санкт-Петербурга, Самары, Казани, Нижнего Новгорода, Перми, Новосибирска и других городов России, а также ближнего и дальнего зарубежья (Белоруссия, Украина, Узбекистан, ФРГ, Китай, США) происходил бурный обмен опытом, внедрялись новые методы инструментальной диагностики, консервативного и хирургического лечения ранних форм cerebrovasкулярных заболеваний.

Он организовал в Иванове многочисленные научные форумы, в том числе VI Всероссийский съезд неврологов (1990), Всероссийскую учебно-методическую конференцию заведующих кафедрами нервных болезней медицинских вузов (1989), юбилейную конференцию «Проблемы неврологии и нейрохирургии», посвященную 60-летию кафедры нервных болезней ИГМИ (1994), конференцию «Проблемы нейрогенетики, ангионеврологии, нейротравматологии», посвященную 100-летию со дня рождения профессора Р.А. Ткачева (1999).

За годы работы Е.М. Бурцева значительно увеличилось число программных исследований в рамках международного сотрудничества академии с США, Германией, Швейцарией, Швецией, Англией, Италией и другими странами.

Евгений Михайлович создал новое научное направление в клинической неврологии — возрастную ангионеврологию, рассматривающую в единстве физиологию и патологию мозгового кровообращения в антен- и перинатальном периодах, младенческом, дошкольном, подростковом возрасте, а затем у молодых взрослых, вопреки существовавшим ранее представлениям о развитии инсультов только у лиц пожилого и старческого возраста. Он выделил ведущие этиологические факторы возникновения инсультов у детей — гипоксия и асфиксия новорожденного, церебральные васкулиты, заболевания крови, пороки сердца.

Им изучена роль сосудистого фактора в происхождении ряда распространенных патологических состояний — доброкачественной внутричерепной гипертензии у детей, эпилепсии, отдаленных последствий закрытой черепно-мозговой травмы. Предложена клиническая характеристика многих хронических cerebrovasкулярных заболеваний — болезни Гаккебуша — Гейера — Геймановича, сосудистого паркинсонизма, болезни Бинсвангера, сосудистых деменций, постинсультных состояний.

Он предложил современную классификацию дисциркуляторной энцефалопатии, выделив во второй стадии хронической ишемии мозга клинически скрытый и явный нейропсихологический дефект, считая, что это необходимо обязательно учитывать при экспертной оценке стойкой утраты трудоспособности, в первую очередь у лиц, сферой деятельности которых является интеллектуальная и административно-руководящая работа.

Разработанные Е.М. Бурцевым методы ма-

тематического моделирования и прогнозирования состояния сосудистой реактивности позволили существенно повысить эффективность лечения больных с церебральными ишемиями.

В январе 1993 года он избран членом-корреспондентом Российской академии медицинских наук. С 1994 года являлся академиком и членом президиума Академии медико-технических наук. С 1995 года — действительный член Нью-Йоркской академии наук.

На кафедре ежегодно проходили подготовку 3–5 аспирантов, 5 клинических ординаторов, 10 интернов, обучались студенты лечебного и педиатрического факультетов, слушатели факультета последипломного образования врачей (сертификационные циклы, циклы специализации, повышения квалификации).

В это же время в помощь врачам и студентам изданы лекции («Мигрень», «Аневризмы мозговых сосудов»), методические рекомендации («Антагонисты кальция в лечении ишемических поражений головного мозга»). Выпущены сборники научных трудов «Проблемы неврологии и нейрохирургии», (1994), «Проблемы нейрореабилитации» (1996), «Проблемы нейрогенетики, ангионеврологии, нейротравматологии» (1999).

В 1995 году вышло в свет руководство для врачей «Ангионеврология детского возраста» В.М. Трошина, Е.М. Бурцева, В.Д. Трошина, в 1998 году — трехтомное руководство «Основы неврологии», написанное Е.М. Бурцевым, В.Д. Трошиным, О.В. Трошиным.

В 1997 году Е.М. Бурцев выступил организатором многопрофильной клиники ИвГМА, включающей консультативную поликлинику, неврологическое (30 коек), терапевтическое (30) и педиатрическое отделения.

Е.М. Бурцев — автор более 320 научных работ, в том числе восьми монографий, которые стали настольными книгами не только для неврологов, но и для терапевтов, педиатров, организаторов здравоохранения, представителей теоретической медицины. Отличительной особенностью его научных трудов была глубина содержания при простоте, лаконичности и доступности изложения.

Наиболее известными из них являются «Основные механизмы адаптации» (1993), руководство для врачей «Ангионеврология детского возраста» (1995), «Нарушение мозгового кровообращения у лиц молодого возраста» (1978). Последняя работа при выходе произвела фурор в научных кругах России и за рубежом. За написание монографии «Отдаленный период военной черепно-мозговой травмы» ему присуждена премия им. В.М. Бехтерева (ноябрь 1987).

Е.М. Бурцев являлся заместителем председателя Всероссийского научного общества неврологов, вице-президентом Международной ассоциации неврологов Германии и СНГ, а также ассоциации «Здоровье миру», главным редактором журнала «Вестник Ивановской медицинской академии», членом редакционной коллегии «Журнала неврологии и психиатрии им. С.С. Корсакова», членом редакционных советов журналов «Новости медицины и фармакологии», «Владимирский медицинский журнал».

Под его руководством выполнены 6 докторских и 22 кандидатские диссертации. За время его работы все ведущие кафедры стали возглавляться профессорами и докторами наук. По инициативе Е.М. Бурцева в академии открыт диссертационный совет по защите докторских диссертаций по неврологии и педиатрии, председателем которого он являлся, а также диссер-

тационный совет по защите кандидатских диссертаций по акушерству и гинекологии.

Многогранная научно-педагогическая деятельность Евгения Михайловича отмечена почетными званиями «Заслуженный деятель науки РФ» (1991) и «Почетный работник высшего образования» (1997) и рядом правительственных и международных наград. В 1998 году Указом Президента РФ он награжден орденом Дружбы, а в 1997 году в Швейцарии ему вручена международная награда «Эртсмейкер» («Человек, определяющий лицо планеты») в номинации «За мудрость и гибкость политики управления».

Е.М. Бурцев много сил и энергии отдавал заботе о больных, инвалидах, пожилых людях, нуждающихся в медицинской и материальной помощи. В 1989 году он организовал и возглавил ивановское отделение Российского фонда «Милосердие и здоровье».

Тяжелая болезнь в мае 1999 года прервала жизненный и профессиональный путь Евгения Михайловича Бурцева.

В памяти всех, кто был ему близок, он остался многогранной, незаурядной личностью — обладал феноменальной памятью, свободно владел английским языком, был начитан, увлекался классической музыкой и театром. Он всегда был исключительно доброжелательным и справедливым, простым в общении, обладал тонкой интуицией и всегда с оптимизмом смотрел в будущее. Примером для коллег были его ответственность, обязательность, дисциплинированность, требовательность к себе. В нем сочетались ум и талант, эрудиция и интеллигентность — эти качества составляли его индивидуальность.

Цереbrovasкулярная патология была и остается основной проблемой научных исследований, проводимых на двух кафедрах неврологии и нейрохирургии. В память об учителе в Иванове организуется ежегодная межрегиональная научно-практическая конференция «Бурцевские чтения», в которой участвуют как ведущие неврологи России, так и молодые исследователи. ■

*А.Е. Новиков, завкафедрой неврологии и нейрохирургии ИПО ИвГМА  
В.В. Линьков, завкафедрой неврологии и нейрохирургии ИвГМА*



Аспирант Е.М. Бурцев за работой





## ДИССЕРТАЦИОННАЯ ОРБИТА

**Суровцева А.В.** Совершенствование тактики ведения рассеянного склероза у детей. Автореферат кандидатской диссертации. Санкт-Петербург.  
[http://vak.ed.gov.ru/az/server/php/filer.php?table=vak\\_idc&fld=autoref&key\[\]=206017](http://vak.ed.gov.ru/az/server/php/filer.php?table=vak_idc&fld=autoref&key[]=206017)

**Медведева Е.Л.** Нейротрофические факторы в сыворотке крови больных рассеянным склерозом при различных вариантах лечения препаратами, изменяющими течение рассеянного склероза. Автореферат кандидатской диссертации. Пермь.  
[http://vak.ed.gov.ru/az/server/php/filer.php?table=vak\\_idc&fld=autoref&key\[\]=203684](http://vak.ed.gov.ru/az/server/php/filer.php?table=vak_idc&fld=autoref&key[]=203684)

**Магомедова Р.М.** Клинико-генетическое исследование прогрессирующих мышечных дистрофий в популяции Республики Дагестан. Автореферат кандидатской диссертации. Москва.  
[http://vak.ed.gov.ru/az/server/php/filer.php?table=vak\\_idc&fld=autoref&key\[\]=207888](http://vak.ed.gov.ru/az/server/php/filer.php?table=vak_idc&fld=autoref&key[]=207888)

**Кветковская А.А.** Состояние экстракраниальных сосудов и особенности течения ишемической болезни сердца у больных с сосудистой мозговой недостаточностью: аспекты комплексной диагностики. Автореферат кандидатской диссертации. Москва.  
[http://vak.ed.gov.ru/az/server/php/filer.php?table=vak\\_idc&fld=autoref&key\[\]=205764](http://vak.ed.gov.ru/az/server/php/filer.php?table=vak_idc&fld=autoref&key[]=205764)

**Туровская Е.Ф.** Неврогенные механизмы в патогенезе хронического болевого синдрома у пациентов с остеоартрозом. Автореферат кандидатской диссертации. Москва.  
[http://vak.ed.gov.ru/az/server/php/filer.php?table=vak\\_idc&fld=autoref&key\[\]=207473](http://vak.ed.gov.ru/az/server/php/filer.php?table=vak_idc&fld=autoref&key[]=207473)

**Буркова Е.А.** Методы интраоперационного контроля и послеоперационного восстановления больных с интрамедуллярными опухолями. Автореферат кандидатской диссертации. Москва.  
[http://vak.ed.gov.ru/az/server/php/filer.php?table=vak\\_idc&fld=autoref&key\[\]=208471](http://vak.ed.gov.ru/az/server/php/filer.php?table=vak_idc&fld=autoref&key[]=208471)

**Киреева Е.С.** Послеоперационное восстановление пациентов при декомпрессивных вмешательствах по поводу шейной спондилогенной миелопатии (клинико-нейрофизиологическое исследование). Автореферат кандидатской диссертации. Москва.  
[http://vak.ed.gov.ru/az/server/php/filer.php?table=vak\\_idc&fld=autoref&key\[\]=208466](http://vak.ed.gov.ru/az/server/php/filer.php?table=vak_idc&fld=autoref&key[]=208466)

## ЦИТАТЫ, АФОРИЗМЫ, МЕДИЦИНСКИЙ ЮМОР

Врач: «Вы мочились?»  
Больной: «Нет».  
Врач: «Утку дать?»  
Больной после длительной паузы: «Ну, дайте, только небольшой кусочек».

\*\*\*

Доктор, помогите — моя жена не может заснуть до 6 часов утра.  
— И что же она делает все это время?  
— Меня ждет...

\*\*\*

Лежат в маме два эмбриона, один спрашивает другого:  
«Как ты думаешь, есть ли жизнь после беременности?»  
«Не знаю, — отвечает другой, — оттуда еще никто не возвращался».

\*\*\*

Идут испытания нового лекарства. Пациенты поделены на две группы — опытную и контрольную. Один из пациентов приходит к врачу:  
— Доктор, почему вы заменили мой препарат?  
Доктор (очень осторожно):  
— А что заставляет вас думать, что я его заменил?  
— Понимаете, раньше, когда я кидал эти таблетки в унитаз, они плавали, а теперь вдруг стали тонуть.

\*\*\*

Больной жалуется врачу: — У меня это... вот... ну, как называется, когда забываешь?  
— Долги?

\*\*\*

На приеме у врача:  
— Сколько вам лет, больной?  
— 38.  
— Вы курите?  
— Завязал.  
— Пьете?  
— Завязал.  
— С женщинами как?  
— Завязал.  
— Так-с.. Напишем «ОРЗ».  
— Почему ОРЗ?  
— Очень Рано Завязал.

Конференция посвящается 105-летию учреждения Российской противоэpileптической Лиги и 140-летию со дня рождения первого нейрохирурга России профессора Л.М. Пуссела

### ЭПИЛЕПТОЛОГИЯ В СИСТЕМЕ НЕЙРОНАУК

17-18 ДЕКАБРЯ 2015  
Санкт-Петербург,  
гостиница «Парк Инн Пулковская»

**НАУЧНАЯ ТЕМАТИКА**

- История эпилепсии
- Эпидемиология эпилепсии
- Этиология и патогенез эпилепсии
- Клинические и психосоциальные аспекты эпилепсии
- Психические расстройства при эпилепсии
- Гендерные и возрастные аспекты эпилепсии
- Фармакотерапия и нелекарственные методы лечения эпилепсии
- Хирургические методы лечения эпилепсии

**ОРГАНИЗАТОРЫ**

- Российское общество психиатров
- Всероссийское общество неврологов
- Санкт-Петербургское Бехтеревское психиатрическое общество
- Санкт-Петербургская ассоциация неврологов
- Санкт-Петербургский НИИПНИ им. В.М. Бехтерева
- РНХИ им. проф. А.Л. Поленова
- ВМедА им. С.М. Кирова
- Институт мозга человека им. Н.П. Бехтеревой
- СПбОО «Человек и его здоровье»

УЧАСТИЕ В КАЧЕСТВЕ СЛУШАТЕЛЯ БЕСПЛАТНОЕ

Подробная информация - на сайте [www.congress-ph.ru/event/epileptolog15](http://www.congress-ph.ru/event/epileptolog15)

В РАМКАХ КОНФЕРЕНЦИИ СОСТОИТСЯ ВЫСТАВКА ПРОДУКЦИИ ВЕДУЩИХ КОМПАНИЙ, ПРОИЗВОДЯЩИХ ОБОРУДОВАНИЕ И ПРЕПАРАТЫ ДАННОГО НАПРАВЛЕНИЯ, ПРОДАЖА МЕДИЦИНСКОЙ ЛИТЕРАТУРЫ

welcome@congress-ph.ru  
www.congress-ph.ru  
(812) 380 31 55; (812) 380 31 56

ОРГАНИЗАЦИОННЫЙ ПАРТНЕР  
«International Congress Service» (ООО «ICS»)

## Редакционная коллегия

*Главный редактор*

**А.И. Федин**, д.м.н., профессор

*Зам. гл. редактора*

**Э.Ю. Соловьева**, д.м.н.

*Отв. секретарь*

**А.В. Федотова**, к.м.н.

*Отв. секретарь*

**К.Р. Бадаля**

**Е.Р. Баранцевич**, д.м.н., профессор

**А.Н. Белова**, д.м.н., профессор

**В.В. Белопасов**, д.м.н., профессор

**Г.Н. Бельская**, д.м.н., профессор

**А.Н. Боголепова**, д.м.н., профессор

**А.Н. Бойко**, д.м.н., профессор

**П.Н. Власов**, д.м.н., профессор,

**К.В. Воронкова**, д.м.н., профессор

**В.Л. Голубев**, д.м.н., профессор

**В.Н. Григорьева**, д.м.н., профессор

**Б.М. Доронин**, д.м.н., профессор

**С.А. Живолупов**, д.м.н., профессор

**В.П. Зыков**, д.м.н., профессор

**Г.А. Иваничев**, д.м.н., профессор

**Г.Е. Иванова**, д.м.н., профессор

**Л.А. Калашникова**, д.м.н., профессор

**П.Р. Камчатнов**, д.м.н., профессор

**Е.В. Костенко**, д.м.н.

**О.В. Курушина**, д.м.н., профессор

**В.Б. Ласков**, д.м.н., профессор

**С.В. Лобзин**, д.м.н., профессор

**М.Ю. Мартынов**, д.м.н., профессор

**М.М. Одинак**, д.м.н., профессор,

член-корреспондент РАН

**В.А. Парфенов**, д.м.н., профессор

**И.Е. Повереннова**, д.м.н., профессор

**С.В. Прокопенко**, д.м.н., профессор

**Л.И. Рейхерт**, д.м.н., профессор

**Л.В. Стаховская**, д.м.н., профессор

**И.Д. Стулин**, д.м.н., профессор

**Е.Г. Филатова**, д.м.н., профессор

**Д.Р. Хасанова**, д.м.н., профессор

**Л.В. Чичановская**, д.м.н.

**Н.А. Шамалов**, д.м.н.

**Э.З. Якубов**, д.м.н., профессор

Адрес редакции: 111539, Москва,

Вешняковская улица, д. 23

Городская клиническая больница № 15

г. Москвы. Кафедра неврологии.

тел./факс: +7 (495) 370-00-11

E-mail: [fedin@rsmu.ru](mailto:fedin@rsmu.ru),

[fedin@neuronews.ru](mailto:fedin@neuronews.ru)

Информационный портал

[WWW.NEURONEWS.RU](http://WWW.NEURONEWS.RU)

Отдел рекламы:

тел.: 8 (499) 409-43-45

E-mail: [reklama@neuronews.ru](mailto:reklama@neuronews.ru)

Газета зарегистрирована

в Федеральной службе по надзору в сфере

связи, информационных

технологий и массовых коммуникаций

(Роскомнадзор)

Свидетельство о регистрации

СМИ ПИ № ФС77-55293

Запрещается полное или частичное

воспроизведение редакционных

материалов, опубликованных в газете

«Неврьюс. Новости неврологии,

без письменного согласия редакции.

Подписано в печать: 25.11.2015

Заказ № 10550 Тираж 10 000 экз.

**Если вы хотите получить свой бесплатный номер газеты, пожалуйста, заполните свои данные (ФИО и почтовый адрес) и пришлите нам заявку по e-mail: [info@neuronews.ru](mailto:info@neuronews.ru)**







# Нолодатак®

флупиртин



Основа успеха  
комплексной<sup>1</sup> терапии  
боли в спине

- Обезболивает и предотвращает хронизацию боли<sup>2</sup>
- Нормализует повышенный мышечный тонус<sup>2</sup>
- Последовательно сочетается с НПВП<sup>3</sup>
- Не обладает ulcerогенным действием<sup>4</sup>



Информация для медицинских и фармацевтических работников. РУ ЛП-002822 от 14.01.2015. На правах рекламы

 **акрихин**  
Люди заботятся о Людях

ОАО « АКРИХИН »  
142540, Россия, Московская область  
Ногинский район, г. Старая Купавна  
ул. Кирова, дом 29, тел.: (495) 702 - 95 - 03

1. Стандарт медицинской помощи больным люмбаго с ишиасом, болью внизу спины. Утвержден приказом МЗ и СР РФ от 24 декабря 2007 г. N 797.  
2. Инструкция по применению лекарственного препарата Нолодатак®  
3. Worz R, Mueller-Schwefe G., Stroehmann I, Zeuner W, et al. Back pain: Guidelines for drug therapy Fortschr Med.2000;142(5):27-33)  
4. П.П.Камчатнов, Г.С. Сальникова Рациональные подходы к ведению пациента с хронической болью в спине. Consilium Medicum, 2011, 2