

Четвертая Международная Школа «Инновации в клинической неврологии»

19-22 апреля 2018 года в Судак (Крым) состоялась Четвертая Международная русскоязычная Школа по лицензированной сертификационной программе постдипломного образования: «**Инновации в клинической неврологии**».

В рамках Школы был организован симпозиум «Роль нейротрофических факторов в мобилизации восстановительных процессов после ОНМК». Докладчики обобщили свой опыт реабилитации пациентов на ранних и последующих этапах после ОНМК. Во вступительном слове



Александр Анисимович Скоромец обратил внимание слушателей, что история успешной реабилитации — это и история применения Глиатилина, который уже 25 лет используется на всех этапах

реабилитации после инсульта и других повреждений головного мозга. «Юбилей Глиатилина» отмечен важным событием — новые лекарственные формы: Глиатилин, раствор для приёма внутрь и Глиатилин, ампулы 3 мл для внутривенного и внутримышечного введения, уже в России, и могут быть назначены пациентам.

Доклад профессора И.А. Вознюка «Нейромедиаторный баланс при остром церебральном повреждении» начался с описания изменений головного мозга при острой церебральной ишемии. Выделяются две области — ядро инфаркта и область «ишемической полутени». Важно то, что если не проводить терапию, зона «ишемической полутени» в ближайшее время может стать «зоной некроза».



Любое тяжёлое состояние человеческого организма сопровождается сдвигом баланса ацетилхолинергической и адренергической систем, следствием которого являются разрушительные адренергические реакции. Естественной защитой в такой ситуации служит трофогенное (саногенетическое) влияние активизированных холинергических систем.

Ацетилхолин (Ацх) широко представлен в различных отделах нервной системы, обеспечивает двигательные и когнитивные функции.

В условиях «катастрофы» при низкой доступности холина и/или повышенной потребности в ацетилхолине фосфолипиды нервных клеток становятся источником холина, что в ещё большей степени усугубляет разрушение мембран.

Использование экзогенного холина не изменяет концентрацию ацетилхолина в нервных клетках в физиологических условиях, но увеличивает синтез ацетилхолина в условиях высокой потребности в нем со стороны нервных клеток.

Для ранней реабилитации пациентов уже 25 лет используется Глиатилин, раствор для внутривенного и внутримышечного введения.

Глиатилин является донором Ацх — восстанавливает связи между нейронами — останавливает глутаматный каскад. Устраняя дефицит холина, глиатилин уменьшает объём инфарктной зоны. Глиатилин обладает пробуждающим эффектом — повышает уровень сознания при сопоре и коме. Глиатилин также является донором фосфатидилхолина — защищает мембраны клеток, уменьшает отёк и тем самым также уменьшает объём инфарктной зоны.

В российском многоцентровом исследовании ГЛИА было показано (с помощью измерения методом МР-спектроскопии уровня лактата в тканях головного мозга — маркера актуальной гипоксии), что степень ишемии тканей мозга в группе пациентов, принимавших Глиатилин, значимо снижалась к 5-м суткам. Особенно важный результат был получен при морфометрии области

ишемического поражения — анализ карт МРТ (T1, T2, DWI) позволил констатировать значительное уменьшение области зоны инфаркта в аффецированном бассейне к 30-м суткам острого заболевания в группе пациентов, защищенных инфузионной терапией с применением Глиатилина.

В совокупности, в этом мультицентровом исследовании, была наглядно продемонстрирована нейропротекторная роль Глиатилина.

В докладе проф. С.Н. Янишевского «Клинические цели для нейропластичности при сосудистой патологии головного мозга» автором было отмечено, что у пациентов, перенесших острый инсульт, среди причин ранней инвалидизации ли-



дируют двигательные и координаторные расстройства, а у больных с хроническим нарушением мозгового кровообращения на первый план выступает снижение интеллектуально-мнестического потенциала.

И для тех, и для других пациентов крайне важно провести эффективную реабилитацию. В основе реабилитации — нейропластичность. Нейропластичность — способность нервной системы изменять свою структуру и функцию на протя-

Только Глиатилин переносит 40,5% метаболически защищенного холина через гематоэнцефалический барьер



жении всей жизни. Утверждение, что, «нервные клетки не восстанавливаются» было опровергнуто ещё в конце XIX века. Нейрогенез существует! Но только в середине XX века работы по нейрогенезу J. Altman были с благосклонностью приняты научной общественностью.

Для стимуляции нейропластических процессов следует стабилизировать нейротрансмиссию, то есть восстановить баланс нейромедиаторов, который нарушается при гипоксии.

Основную роль в защите и восстановлении клеток головного мозга и их функции играет Холино — реактивная система (ХРС), медиатором которой является ацетилхолин (Ацх). Дефицит Ацх характерен для повреждений головного мозга любого генеза. Это происходит не только по причине гипоксии, избыточного метаболизма и повышенной потребности в Ацх, но и по причине некоторых назначенных пациенту лекарств (например, карбамазепина).

Глиатилин является оригинальным эффективным донором Ацх, препарат соответствует всем критериям «идеального метаболического нейропротектора» — эффективно проникает через ГЭБ (на 40,5% благодаря уникальной фосфатной форме); быстро включается в синтез необходимых соединений (максимум концентрации в крови достигается через 20 минут после введения) — метаболизирует до холина, из которого за 1 биохимическую реакцию образуется Ацх, и фосфатидилхолина — необходимого компонента клеточных мембран; действует на пресинаптическом уровне, что более выгодно для восстановления нейрональной передачи; не имеет периферических нежелательных явлений.

Помимо этого, холин способствует синтезу сурфактанта, то есть снижается риск респираторного дистресс-синдрома, а значит, и вероятность пневмонии у пациента.

Данные многоцентровых исследований, как российских, так и международных, доказали, что Глиатилин способствует решению всех задач, которые стоят перед врачом на пути эффективной реабилитации пациентов.

Тем более интересно появление в России новых лекарственных форм Глиатилина — в частности, раствора для приёма внутрь, который удобен для тех пациентов, которые не могут принимать капсулы по тем или иным причинам.

Как всегда, огромный интерес вызвал доклад **Профессора Василия Владимировича Афанасьева «Подводные камни нейроцитопротекции»**

Докладчик рассказал о рецепторной теории применения препаратов, о разумных комбинациях нейроцитопротекторов для эффективной реабилитации пациента после нарушений мозгового кровообращения, привёл клинические примеры.

Профессор дал определение препаратам нейропротекторам — это нейротропные, центрального действия препараты с метаболическим компонентом действия, способные снижать интенсивность патохимических реакций гипоксии.



В частности, докладчик обратил внимание слушателей, что для терапии пациентов с ОНМК, хронической ишемией мозга, сердечной недостаточностью и другими тяжёлыми состояниями очень важно усиливать холинергические процессы, поскольку ацетилхолин является не только антагонистом глутамата, избыточная активация которого при повреждениях мозга усугубляет тяжесть состояния пациента, но и участником промежуточного обмена веществ, обеспечивающего энергетические синтезы.

Профессор отметил, что Глиатилин не имеет равных в устранении холинергической недостаточности при инсульте, поскольку действует пресинаптически, и его применение создаёт возможность манёвра — разработке эффективных комбинаций с препаратами других фармакологических групп. Такой фармакологический профиль Глиатилина делает его одним из лучших препаратов для нейрореабилитации, особенно у коморбидных пациентов.

Помимо Симпозиума, посвящённого проблемам нейропротекции, на школе прозвучали интересные доклады на тему постинсультной депрессии (проф. В.А. Михайлов) и реабилитации пациентов с хронической болью (проф. Е.В. Мельникова).

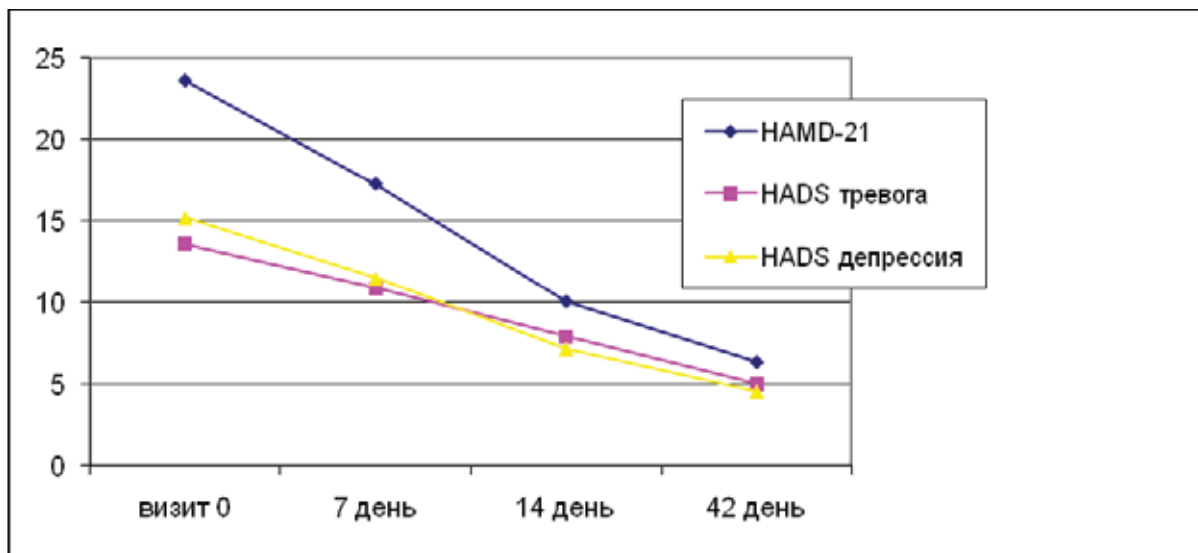
Проф. Михайлов Владимир Алексеевич «Постинсультная депрессия. Патогенез и лечение»

В лечении и реабилитации пациентов, перенесших инсульт, основное внимание традиционно уделяется коррекции очагового неврологиче-



Редукция симптомов тревоги и депрессии к 42 дню терапии Триттико*

Различия между значениями в фоне и на 7 день, а также на 7 и 14 день, 14 и 42 день лечения достоверны ($p < 0,001$).



*В.А. Михайлов с соавт. «Клинические и нейрофизиологические характеристики нарушений сна у больных с тревожными расстройствами и способы их коррекции». 2013

ского дефицита, прежде всего восстановлению двигательных функций и речи.

В Москве на Конгрессе по инсульту в ноябре 2017 года широко обсуждалась проблема психических расстройств при инсульте, ведущее место среди которых принадлежит постинсультной депрессии.

Смертность пациентов, страдающих постинсультной депрессией вполнину выше. Риск смерти при сочетании инсульта и депрессии выше в 2,6 раза. Лечение депрессии способно предотвратить 11% инсультов. (по данным Е.И. Гусева и А.Н. Боголеповой) Максимальная частота депрессий — до 70% в сроки 3-6 месяцев после инсульта.

Факторы риска постинсультной депрессии:

В анамнезе психическое расстройство, женский пол, возраст до 70 лет, тяжесть инсульта, выраженность вызванной инсультом инвалидизации.

В опубликованном в 2017 году метаанализе 10 антидепрессантов и плацебо на материале 707 пациентов 12 клинических исследований, проведенных в различных странах мира, показано, что одними из наиболее эффективными антидепрессантами (из числа применяемых в России) при лечении постинсультной депрессии являются пароксетин, сертралин, тразодон, наименее эффективным — флуоксетин.

Диссомния при инсультах возникает в 45-75% случаев. Изменение структуры сна при инсульте имеет важное прогностическое значение и связано с показателями выживаемости. Так, если структу-

ра сна сохранена, выживаемость пациентов 89%, если отсутствует стадия быстрого сна, то выживаемость — 50%. Восстановление структуры ночного сна на фоне терапии сочетается с повышением выживаемости пациентов до 100%, даже при отсутствии динамики неврологических проявлений.

Это было показано в исследованиях препарата Триттико, проведенных в НМИЦ ПН имени В.М. Бехтерева при участии коллег-сомнологов из Москвы. **Триттико не только эффективно купировало тревожно-депрессивную симптоматику, но и полностью восстанавливал структуру ночного сна с первой недели терапии.** К окончанию периода наблюдения произошёл полный регресс инсомнии. Триттико применялся в средней суточной дозе от 150 до 300 мг.

По данным А.А. Скоромца и В.В. Ковальчука, Триттико показал наивысший коэффициент эффективности среди антидепрессантов и анксиолитиков, применяемых для пациентов, перенесших инсульт. У пациентов, применявших Триттико не только купировались психо-эмоциональные расстройства, но и улучшился неврологический статус и повысилась мотивация к терапии.

Триттико, в отличие от трициклических антидепрессантов, способствует сохранению когнитивных функций.

Всё вышесказанное: эффективное купирование тревожно-депрессивных расстройств, восстановление структуры ночного сна имеет (прямое положительное влияние на выживаемость пациентов), сохранение когнитивного статуса, — дела-

ет Триттико препаратом выбора при терапии постинсультной депрессии.

Профессор Елена Валентиновна Мельникова «Современные аспекты терапии болевого синдрома: рекомендации экспертов»

Е.В. Мельникова выделила основные Принципы реабилитации при хроническом болевом синдроме.

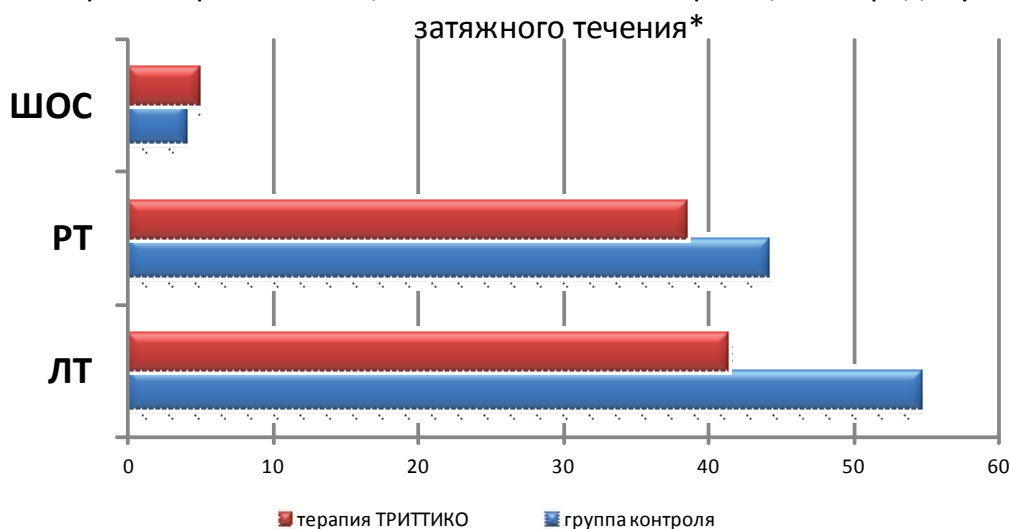
- Биопсихосоциальная модель инвалидности и пациента,
- Пациент-центрированный принцип (понимание интересов и приоритетов пациента),
- Проблемно-ориентированный (использование реабилитационного диагноза),
- Мультидисциплинарный принцип.



ТРАЗОДОН ЭФФЕКТИВЕН В ТЕРАПИИ ТРЕВОЖНО-ДЕПРЕССИВНЫХ СОСТОЯНИЙ НА ФОНЕ ХРОНИЧЕСКОЙ БОЛИ.

Нормализация показателей к 21 дню

Терапия Триттико пациентов с пояснично-крестцовым радикулитом

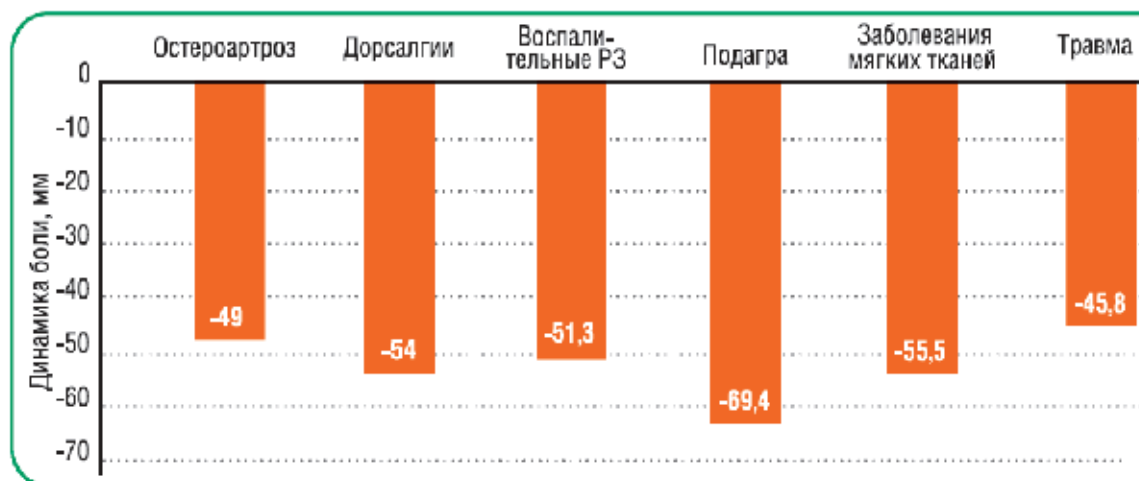


ШОС – шкала оценки состояния
РТ – реактивная тревожность
ЛТ – личностная тревожность

- ✓ На фоне терапии Триттико сроки госпитализации достоверно уменьшились в среднем на 2 дня
- ✓ В группе Триттико, в отличие от контрольной, снизились показатели симпатикотонии, что повысило эффективность реабилитации

* Коваленко А.П., 2008

Эффективность Артрозилен в исследовании КУЛОН у 4609 пациентов с различными острыми и хроническими заболеваниями



- У большинства пациентов не было эффекта от других НПВП
- Пациенты оценивают эффект 2х недель терапии Артрозиленом как хороший и очень хороший

Каратеев А.Е. Факторы, влияющие на эффективность обезболивающей терапии. Эффективная фармакотерапия Неврология и психиатрия, 48/2013 № 5, 32-39

Профессор рассказала о создании мультидисциплинарных бригад специалистов по реабилитации пациентов с хронической болью, о целях и задачах таких образований.

Далее докладчик описала принципы терапии пациентов, начиная с рекомендаций по изменению образа жизни и продолжая немедикаментозными и медикаментозными методами.

Были указаны маркеры назначения антидепрессантов при хронических болях:

«Наличие хронической боли любого происхождения и любой локализации (головная боль, боль в спине, фибромиалгия...) и/или нейропатической боли (диабетическая полинейропатия, тригеминальная невралгия, централь-

ная боль...) даже без верификации депрессии. (Verdu et al., Drugs 2008; 68 (18); 2611-2632)

Были представлены данные об эффективности терапии Триттико у пациентов с хроническим болевым синдромом- нормализация показателей по шкалам тревоги и депрессии и повышении мотивации пациентов к реабилитационным мероприятиям.

Профессор подробно рассказала о современных рекомендациях по назначению НПВП пациентам с хронической болью. На примере Артрозилен была продемонстрирована эффективность различных лекарственных форм препарата (инъекционных, местных, в виде капсул) у пациентов с остеоартрозом, ревматоидным артритом на разных стадиях заболеваний.