

# ТОЛЬКО Дипроспан®

бетаметазон



## Быстрое и длительное подавление воспаления

Регистрационный номер: П № 013528/01-040708.

**Показания к применению.** Лечение у взрослых состояний и заболеваний, при которых ГКС-терапия позволяет добиться необходимого клинического эффекта (необходимо учитывать, что при некоторых заболеваниях ГКС-терапия является дополнительной и не заменяет стандартную терапию). Заболевания костно-мышечной системы и мягких тканей, в т.ч. ревматоидный артрит, остеоартроз, бурситы, анкилозирующий спондилит, эпикондилит, радикулит, кокцигодия, ишиалгия, люмбаго, кривошея, ганглиозная киста, экзостоз, фасциит, заболевания стоп. Аллергические заболевания, в т.ч. бронхиальная астма, сенная лихорадка (поллиноз), аллергический бронхит, сезонный или круглогодичный ринит, лекарственная аллергия, сывороточная болезнь, реакции на укусы насекомых. Дерматологические заболевания, в т.ч. атопический дерматит, монетовидная экзема, нейродермиты, контактный дерматит, выраженный фотодерматит, крапивница, красный плоский лишай, инсулиновая липодистрофия, гнездная алоpecia, дискоидная красная волчанка, псориаз, келоидные рубцы, обыкновенная пузырчатка, герпетический дерматит, кистозные угри. Системные заболевания соединительной ткани, включая системную красную волчанку, склеродермию, дерматомиозит, узелковый периартериит. Гемобласты (паллиативная терапия лейкоза и лимфом у взрослых, острый лейкоз у детей). Первичная или вторичная недостаточность коры надпочечников (при обязательном одновременном применении минералокортикоидов). Другие заболевания и патологические состояния, требующие системной ГКС-терапии (адреногенитальный синдром, язвенный колит, регионарный илеит, синдром мальабсорбции, поражения слизистой глаза при необходимости введения препарата в конъюнктивальный мешок, патологические изменения крови при необходимости применения ГКС, нефрит, нефротический синдром). **Способ применения и дозы.** Внутримышечные, внутрисуставные, околосуставные, интрабурсальные, внутрикожные, внутритканевые и внутрисуставные инъекции. Режим дозирования и способ введения устанавливаются индивидуально, в зависимости от показания, тяжести заболевания и реакции пациента. **Противопоказания:** повышенная чувствительность к бетаметазону или другим компонентам препарата, или другим ГКСП; системные микозы; внутривенное или подкожное введение; при внутрисуставном введении: нестабильный сустав, инфекционный артрит; введение в инфицированные поверхности и в межпозвоночное пространство. **Побочное действие.** Частота развития и выраженность побочных эффектов, как и при применении других ГКС, зависят от величины используемой дозы и длительности применения препарата. Эти явления обычно обратимы и могут быть устранены или уменьшены при снижении дозы. Гипернатриемия, повышение выделения калия, увеличение выведения кальция, гипокалиемический алкалоз, задержка жидкости в тканях; хроническая сердечная недостаточность, повышение артериального давления; мышечная слабость, стероидная миопатия, потеря мышечной массы, усиление миастенических симптомов при тяжелой псевдопаралитической миастении, остеопороз, компрессионный перелом позвоночника, асептический некроз головки бедренной или плечевой кости, патологические переломы трубчатых костей, разрывы сухожилий, нестабильность суставов (при повторных внутрисуставных введениях); эрозивно-язвенные поражения ЖКТ с возможной последующей перфорацией и кровотечением, панкреатит, метеоризм, икота; нарушение заживления ран, атрофия и истончение кожи, петехии, экхимозы, повышенная потливость, дерматит, стероидные угри, стрии, склонность к развитию пиодермии и кандидоза, снижение реакции при проведении кожных тестов; судороги, повышение внутричерепного давления с отеком диска зрительного нерва, головокружение, головная боль; эйфория, изменения настроения, депрессия, повышенная раздражительность, бессонница; нарушение менструального цикла, вторичная надпочечниковая недостаточность, синдром Иценко-Кушинга, снижение углеводной толерантности, стероидный сахарный диабет или манифестация латентного сахарного диабета, повышение потребности в инсулине или пероральных сахароснижающих препаратах, нарушение внутриутробного развития, задержка роста и полового развития у детей; задняя субкапсулярная катаракта, повышение внутриглазного давления, глаукома, экзофтальм; в отдельных случаях – слепота (при введении препарата в области лица и головы); отрицательный азотный баланс (из-за катаболизма белка), липоматоз (в т.ч. медиастинальный и эпидуральный липоматоз, которые могут вызвать неврологические осложнения), повышение массы тела; анафилактические реакции, шок, ангионевротический отек, снижение артериального давления; редко – гиперили гипопигментация, подкожная и кожная атрофия, асептические абсцессы, прилив крови к лицу после инъекции (или внутрисуставного введения), нейрогенная артропатия. **Форма выпуска:** суспензия для инъекций по 1 мл в ампулах. **Условия хранения.** В недоступном для детей и защищенном от света месте, при температуре не выше 25 °С. Не замораживать! Полную информацию о препарате Дипроспан см. в Инструкции по Применению.



За дополнительной информацией обращаться  
в ООО «Шеринг-Плау», часть MSD:  
Россия, 119049, Москва, ул. Шаболовка, д. 10, корп. 2  
Тел.: +7 (495) 916-7100, факс: +7 (495) 916-7094

SP-PR-DIP 05-03-2010

# СИЛА ДВИЖЕНИЯ

## БЫСТРАЯ И ДЛИТЕЛЬНАЯ СИЛА ДЕЙСТВИЯ<sup>1,2</sup>

В клиническом исследовании оценки быстроты эффекта при острой боли

- Быстрый обезболивающий эффект уже через **24 минуты**<sup>1,2,a</sup>
- Длительный обезболивающий эффект до **24 часов**<sup>1,2,a</sup>



быстро  
24 мин / 24 часа  
длительно

## ЗАРЕГИСТРИРОВАННЫЕ ПОКАЗАНИЯ ПРЕПАРАТА АРКОКСИА® В РОССИИ<sup>2</sup>

Остеoarтроз	60 мг
Ревматоидный артрит	90 мг
Анкилозирующий спондилит	90 мг
Острый подагрический артрит	120 мг <sup>b</sup>

Приведенные дозы для каждого показания соответствуют максимальным рекомендуемым суточным дозам.

<sup>b</sup>Препарат АРКОКСИА® 120 мг следует использовать только для купирования острой боли; длительность терапии при этом не должна превышать 8 суток<sup>2</sup>.

## 1 РАЗ В СУТКИ

# Аркоксия®

(эторикоксиб, MSD)

<sup>a</sup>В рандомизированное, двойное слепое, параллельное исследование различных доз с плацебо- и активным контролем было включено 398 пациентов, мужчин и женщин, в возрасте 16 лет и старше, страдавших болевым синдромом умеренной и выраженной интенсивности после экстракции двух или более 111 моляров, в том числе минимум один из которых был частично ретенирован. Пациенты получали препарат АРКОКСИА® в дозах 60 мг (n = 75), 120 мг (n = 76), 180 мг (n = 74) и 240 мг (n = 76) 1 раз в сутки, ибупрофен в дозе 400 мг 1 раз в сутки (n = 48) или плацебо (n = 49). Первичной конечной точкой исследования являлось полное купирование боли через 8 часов после приема препаратов.

### Сокращенная инструкция по медицинскому применению препарата АРКОКСИА®

ТОРГОВОЕ НАЗВАНИЕ: АРКОКСИА®. МНН: эторикоксиб. СОСТАВ: на 1 таблетку: эторикоксиб 60 мг, 90 мг, 120 мг. ФАРМАКОЛОГИЧЕСКИЕ СВОЙСТВА: Нестероидный противовоспалительный препарат (НПВП). Эторикоксиб является селективным ингибитором ЦОГ-2, в терапевтических концентрациях блокирует образование простагландинов и обладает противовоспалительным, анальгезирующим и жаропонижающим действием. Селективное подавление ЦОГ-2 эторикоксибом сопровождается уменьшением выраженности клинических симптомов, связанных с воспалительным процессом, при этом отсутствует влияние на функцию тромбоцитов и слизистую оболочку желудочно-кишечного тракта. ПОКАЗАНИЯ К ПРИМЕНЕНИЮ: Симптоматическая терапия: остеоартроза, ревматоидного артрита, анкилозирующего спондилита, болей и воспалительной симптоматики, связанной с острым подагрическим артритом. СПОСОБ ПРИМЕНЕНИЯ И ДОЗЫ: Внутрь, независимо от приема пищи, запивая небольшим количеством воды. Остеoarтроз: Рекомендуемая доза составляет 60 мг один раз в день. Ревматоидный артрит и анкилозирующий спондилит: Рекомендуемая доза составляет 90 мг один раз в день. Острый подагрический артрит: Рекомендуемая в остром периоде доза составляет 120 мг один раз в день. Продолжительность использования препарата в дозе 120 мг составляет не более 8 дней. Следует использовать минимальную эффективную дозу минимально возможным коротким курсом. Средняя терапевтическая доза при болевом синдроме составляет однократно 60 мг в день. ПРОТИВОПОКАЗАНИЯ: Повышенная чувствительность к какому-либо компоненту препарата; полное или неполное сочетание бронхиальной астмы, рецидивирующего полипоза носа или околоносовых пазух и непереносимости ацетилсалициловой кислоты и других НПВП (в т.ч. в анамнезе); эрозивно-язвенные изменения слизистой желудка или 12-перстной кишки, активное желудочно-кишечное кровотечение; цереброваскулярное или иное кровотечение; воспалительные заболевания кишечника (болезнь Крона, неспецифический язвенный колит) в фазе обострения; гемофилия и другие нарушения свертываемости крови; выраженная сердечная недостаточность (NYHA II-IV); выраженная печеночная недостаточность (более 9 баллов по шкале Чайлд-Пью) или активное заболевание печени; выраженная почечная недостаточность (клиренс креатинина менее 30 мл/мин), прогрессирующие заболевания почек, подтвержденная гиперкалиемия; период после проведения аортокоронарного шунтирования; заболевания периферических артерий, цереброваскулярные заболевания, клинически выраженная ишемическая болезнь сердца; стойко сохраняющиеся значения артериального давления, превышающие 140/90 мм рт. ст. при неконтролируемой артериальной гипертензии; беременность, период грудного вскармливания; детский возраст до 16 лет. С ОСТОРОЖНОСТЬЮ: Язвенные поражения ЖКТ в анамнезе, наличие инфекции *Helicobacter pylori*, пожилой возраст, длительное использование НПВП, частое употребление алкоголя, тяжелые соматические заболевания, дислипидемия/гиперлипидемия, сахарный диабет, артериальная гипертензия, отеки и задержка жидкости, курение, клиренс креатинина менее 60 мл/мин, сопутствующий прием некоторых препаратов (антикоагулянты, антиагреганты, пероральные глюкокортикостероиды и др.). У пациентов с печеночной недостаточностью (5-9 баллов по шкале Чайлд-Пью) рекомендуется не превышать суточную дозу 60 мг. ОСОБЫЕ УКАЗАНИЯ: Прием препарата АРКОКСИА® требует тщательного контроля артериального давления, а также показателей функции печени и почек. Не следует применять препарат одновременно с другими НПВП. Применение препарата может отрицательно влиять на фертильную функцию у женщин и не рекомендуется женщинам, планирующим беременность. В период лечения необходимо соблюдать осторожность при вождении автотранспорта и занятии другими потенциально опасными видами деятельности, требующими повышенной концентрации внимания и быстроты психомоторных реакций. ПОБОЧНОЕ ДЕЙСТВИЕ (ниже перечислены наиболее важные варианты проявления побочного действия препарата): Эпигастральная боль, тошнота, диарея, диспепсия, метеоризм; головная боль, головокружение, слабость; сердцебиение, повышение АД; экхимозы; отеки, задержка жидкости; гриппоподобный синдром; повышение «печеночных» трансаминаз. ФОРМА ВЫПУСКА: Таблетки, покрытые пленочной оболочкой 60 мг, 90 мг, 120 мг. По 2, 4, 7 или 14 таблеток в блистер из пленки ПВХ и алюминиевой фольги. По 1 или 2 блистера в картонной пачке вместе с инструкцией по применению. УСЛОВИЯ ХРАНЕНИЯ: Хранить при температуре не выше 30°C. Хранить в недоступном для детей месте. СРОК ГОДНОСТИ: 2 года. Не использовать препарат по истечению срока годности. УСЛОВИЯ ОТПУСКА ИЗ АПТЕК: По рецепту врача. ФИРМА-ПРОИЗВОДИТЕЛЬ: «Мерк Шарп и Доум Б.В.», Нидерланды. Представительство в России «Мерк Шарп и Доум Идея, Инк.»

Литература: 1. Malmstrom K, Sapre A, Coughlin H, et al. Etoricoxib in ash to pain associated with dental surgery: a randomized, double-blind, placebo- and active comparator-controlled dose-ranging study. *Clin Ther.* 2004; 26(5):667-679. 2. Данные компании MSD. Перед назначением препарата АРКОКСИА® пожалуйста, ознакомьтесь с полной инструкцией по медицинскому применению, в особенности с разделами, посвященными противопоказаниям и мерам предосторожности.

# НЕЙРОКС

Этилметилгидроксипиридина сукцинат

100 мг/2мл №10

250 мг/5мл №5

## КИСЛОРОДНЫЙ КОКТЕЙЛЬ ДЛЯ МОЗГА И СЕРДЦА

- Антиоксидант
- Антигипоксант

Утвержден в стандарт  
медицинской помощи  
больным с инсультом\*\*



\* Утвержден распоряжением Правительства РФ от 30 сентября 2009 г. №2135-р под группировочным названием этилметилгидроксипиридина сукцинат.

\*\* Утвержден приказом Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации от 1 августа 2007 г. №513 под группировочным названием этилметилгидроксипиридина сукцинат.

 **cotek**

# НЕВРОЛОГИЯ ПСИХИАТРИЯ ПСИХОСОМАТИКА

# НЕЙРО

## НАУЧНЫЙ РУКОВОДИТЕЛЬ

акад. РАМН Н.Н. Яхно

## ГЛАВНЫЙ РЕДАКТОР

д.м.н., проф. В.А. Парфенов

## Заместитель главного редактора

к.м.н., доцент Н.Л. Зуйкова

## РЕДАКЦИОННАЯ КОЛЛЕГИЯ

д.м.н., проф. Г.Н. Бельская (Челябинск)

д.м.н., проф. А.Е. Бобров (Москва)

к.м.н., доцент А.М. Бурно (Москва)

д.м.н., проф. П.Н. Власов (Москва)

д.м.н., проф. Т.Г. Вознесенская (Москва)

к.м.н. Л.И. Волкова (Екатеринбург)

д.м.н., проф. С.И. Гаврилова (Москва)

д.м.н. В.В. Захаров (Москва)

д.м.н., проф. А.С. Кадыков (Москва)

д.м.н., проф. В.Б. Ласков (Курск)

А.Г. Меркин (Москва)

д.п.н., проф. Ю.В. Микадзе (Москва)

к.м.н. Е.М. Наркевич (Москва)

д.м.н., проф. Е.В. Ощепкова (Москва)

д.м.н. И.С. Преображенская (Москва)

д.м.н. А.П. Рачин (Смоленск)

д.м.н., проф. Л.В. Ромасенко (Москва)

д.м.н., проф. Н.А. Тювина (Москва)

д.м.н., проф. А.В. Фонякин (Москва)

## SCIENCE EDITOR

Acad. RAMS N.N. Yakhno

## EDITOR-IN-CHIEF

Prof. V.A. Parfenov, MD

## Deputy Editor-in-Chief

N.L. Zuykova, PhD

## EDITORIAL BOARD

Prof. G.N. Belskaya, MD (Chelyabinsk)

Prof. A.E. Bobrov, MD (Moscow)

A.M. Burno, PhD (Moscow)

Prof. A.V. Fonyakin, MD (Moscow)

Prof. S.I. Gavrilova, MD (Moscow)

Prof. A.S. Kadykov, MD (Moscow)

Prof. V.B. Laskov, MD (Kursk)

A.G. Merkin (Moscow)

Prof. Y.V. Mikadze, MD (Moscow)

E.M. Narkevich, PhD (Moscow)

Prof. E.V. Oschepkova, MD (Moscow)

I.S. Preobrazhenskaya, MD (Moscow)

A.P. Rachin, MD (Smolensk)

Prof. L.V. Romasenko, MD (Moscow)

Prof. N.A. Tyuvina, MD (Moscow)

Prof. P.N. Vlasov, MD (Moscow)

L.I. Volkova, PhD (Ekaterinburg)

Prof. T.G. Voznesenskaya, MD (Moscow)

V.V. Zakharov, MD (Moscow)

# 3

2010

Предпечатная подготовка: ООО «ИМА-ПРЕСС»

Адрес редакции:

123104, Москва, а/я 68, ООО «ИМА-ПРЕСС»

Телефон: (495) 941-99-61, 721-48-20

e-mail: info@ima-press.net

При перепечатке материалов ссылка на журнал обязательна. Мнение редакции может не совпадать с точкой зрения авторов публикуемых материалов. Ответственность за содержание рекламы несут рекламодатели.

Журнал представлен в Научной электронной библиотеке <http://www.elibrary.ru> и на сайте Российского общества по изучению головной боли <http://headache-society.ru/zhurnalyi/index.php>

Журнал зарегистрирован Федеральной службой по надзору в сфере связи и массовых коммуникаций.

ПИ № ФС 77-35 419 от 20 февраля 2009 г.

Неврология, нейропсихиатрия, психосоматика,  
2010, №3, 1–92.

Отпечатано в типографии «Деком».

Тираж 3000 экз.

**Л Е К Ц И Я**

*Д.В. Артемьев*

Лечение болезни Паркинсона в молодом возрасте .....	6
---	---

*А.С. Кадыков, Н.В. Шахпаронова*

Дисциркуляторная энцефалопатия: алгоритм диагностики и лечения у больных с артериальной гипертензией .....	12
--	----

*М.В. Замерград*

Основные проблемы диагностики и лечения вестибулярного головокружения .....	17
---	----

*Е.В. Подчуфарова*

Дискогенная пояснично-крестцовая радикулопатия .....	22
--	----

*Н.В. Вахнина*

Хроническая пояснично-крестцовая боль: диагностика и лечение .....	30
--	----

**О Б З О Р Ы**

*Д.Л. Нефедьева, Д.Р. Хасанова, Г.Р. Вагапова*

Нарушения углеводного обмена и ишемический инсульт .....	35
--	----

*В.А. Парфенов*

Факторы риска повторного ишемического инсульта и его профилактика .....	40
---	----

**О Р И Г И Н А Л Ь Н Ы Е И С С Л Е Д О В А Н И Я И М Е Т О Д И К И**

*Е.Д. Белоусова*

Российское наблюдательное исследование эффективности и переносимости Депакин Хроно в качестве первой монотерапии парциальной эпилепсии .....	47
--	----

*Е.Д. Белоусова, А.Ю. Ермаков*

Применение Депакин Хроносфера в качестве первой монотерапии для лечения эпилепсии у детей .....	52
---	----

*Д.Г. Слюндин, А.С. Ливанов, В.В. Анучин,  
А.Г. Меркин, И.Г. Бобринская, Е.В. Гугова*

Особенности психопатологических проявлений при криминальных отравлениях клозапином .....	57
--	----

*Е.А. Толкач*

Личностные характеристики пациентов с соматизированным расстройством .....	64
--	----

*В.А. Парфенов, Т.Г. Фатеева, О.В. Косивцова*

Клинический опыт применения Цераксона при ишемическом инсульте .....	67
--	----

*О.В. Гребенюк, Н.С. Новикова, В.М. Алифирова, Н.Г. Катаева,  
М.В. Светлик, А.А. Бурлаков, Е.К. Гребенюк*

Особенности вегетативной регуляции сердечной деятельности у пациентов с нейрорефлекторными синкопальными состояниями .....	72
--	----

**Ф А Р М А К О Т Е Р А П И Я**

*С.Е. Хатькова*

Лечение спастичности после инсульта .....	76
---	----

*М.Л. Кукушкин*

Хроническая боль .....	80
------------------------	----

*Я.И. Левин*

Инсомния: клинический опыт применения золпидема (Санвал) .....	87
--	----

Д.В. Артемьев  
Первый МГМУ им. И.М. Сеченова

## Лечение болезни Паркинсона в молодом возрасте

Рассматриваются особенности диагностики и лечения паркинсонизма у пациентов молодого и среднего возраста. Подчеркивается, что болезнь Паркинсона (БП) с ранним началом отличается рядом особенностей механизма развития, клинической картины и течения, реакцией на противопаркинсонические препараты, прогнозом. Обсуждаются показания к назначению различных групп противопаркинсонических препаратов и общие принципы ведения пациентов молодого и среднего возраста. Подчеркивается ключевая роль незерголиновых агонистов дофаминовых рецепторов в лечении больных БП. Рассматриваются подходы к коррекции немоторных симптомов БП и современные показания к нейрохирургическому лечению.

**Ключевые слова:** болезнь Паркинсона, лечение, молодой возраст, агонисты дофаминовых рецепторов.

**Контакты:** Дмитрий Валерьевич Артемьев [artemevd@mtu-net.ru](mailto:artemevd@mtu-net.ru)

### TREATMENT OF PARKINSON'S DISEASE AT A YOUNG AGE

D. V. Artemyev

I. M. Sechenov First Moscow State Medical University

The paper considers the specific features of the diagnosis and treatment of parkinsonism in young and middle-aged patients. It is stressed that early-onset Parkinson's disease (PD) shows a number of the specific features of the mechanism responsible for the development, clinical picture, and course, as well as a response to antiparkinsonian agents, and prognosis. Indications for the use of different groups of antiparkinsonian drugs and the basic principles of management in young and middle-aged patients are discussed. Emphasis is laid on the key role of non-ergoline dopamine receptor agonists in the treatment of patients with PD. Approaches to correcting the non-motor symptoms of PD and current indications for neurosurgical treatment are considered.

**Key words:** Parkinson's disease, treatment, young age, dopamine receptor agonists.

**Contact:** Artemyev Dmitry Valeryevich [artemevd@mtu-net.ru](mailto:artemevd@mtu-net.ru)

#### Распространенность, причины и особенности паркинсонизма в молодом возрасте

Болезнь Паркинсона (БП) традиционно относится к нейрогериатрическим заболеваниям, тем не менее у 5% пациентов первые симптомы БП отмечаются в возрасте до 40 лет. При этом у заболевших в период от 20 до 40 лет почти четверть случаев синдрома паркинсонизма обусловлена не БП, а различными моногенными вариантами паркинсонизма или других наследственных мультисистемных нейродегенеративных заболеваний (табл. 1). В популяции моложе 20 лет (ювенильный паркинсонизм) доля наследственных форм паркинсонизма превышает 80%. Поэтому у пациентов с ранним началом паркинсонизма (до 40 лет) проводится особенно тщательный и объемный диагностический поиск для выявления истинной этиологии заболевания. В первую очередь должны быть исключены наиболее курабельные состояния, такие как болезнь Вильсона и ДОФА-чувствительная дистония.

БП с ранним началом отличается механизмом развития, а также клинической картиной и течением, реакцией на противопаркинсонические препараты, прогнозом [1]. Дебютными симптомами нередко могут быть фокальные дистонии стопы и кисти, болевые синдромы (чаще в виде миофасциальных синдромов области плечевого пояса или головной боли напряжения), аффективные расстройства тревожно-депрессивного характера, синдром «беспокойных ног», нарушения сна [2]. У таких пациентов при нерациональном лечении гораздо чаще и быстрее развиваются лекарственные дискинезии и тяжелые моторные флюктуации.

В то же время прогноз в отношении когнитивных функций и ожидаемой продолжительности жизни у них лучше, чем у больных пожилого и старческого возраста.

#### Лечение

В основе современной стратегии лечения БП лежит соблюдение ряда важнейших принципов:

- возможно более раннее начало и непрерывность терапии;
- стремление к обеспечению постоянной дофаминергической стимуляции;
- рациональный выбор и оптимальное сочетание лекарственных препаратов с учетом как моторных, так и немоторных проявлений заболевания;
- ориентация на качество жизни и уровень самообслуживания;
- использование возможностей физиотерапии и психотерапии;
- рациональное применение методов функциональной нейрохирургии.

На протяжении последних 30 лет активно изучались возможности нейропротекции как основного патогенетического метода лечения, позволяющего если не приостановить, то хотя бы замедлить темпы прогрессирования заболевания. В ряде экспериментальных работ получены веские аргументы в пользу нейропротекторных свойств агонистов дофаминовых рецепторов (АДР) и ингибиторов MAO типа B (MAO-B) [3, 4]. Тем не менее, более масштабные клинические испытания пока не смогли предоставить однозначных доказательств их протективного действия. В то же время исследования, сопоставлявшие

Таблица 1. Дифференциальный диагноз паркинсонизма

<b>I. Идиопатический (первичный) паркинсонизм – БП</b>
<b>II. Моногенные варианты семейного паркинсонизма (PARK2, PARK6, PARK8 и др.)</b>
<b>III. Вторичный паркинсонизм</b>
<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Лекарственный (нейролептики, препараты раувольфии, <math>\alpha</math>-метилдофа, антагонисты кальция, препараты лития, ингибиторы обратного захвата серотонина и др.)</li> <li>2. Токсический (МФТП, марганец, окись углерода, сероуглерод, цианиды, метанол, фосфорорганические соединения, нефтепродукты и др.)</li> <li>3. Постгипоксический</li> <li>4. Энцефалитический (прогрессирующие последствия летаргического энцефалита Экономо, острая стадия вирусных энцефалитов с последующим регрессом, СПИД, нейроборрелиоз и др.)</li> <li>5. Травматический (тяжелая черепно-мозговая травма, энцефалопатия боксеров)</li> <li>6. При объемных процессах (опухоль, абсцесс, гумма, туберкулема в области базальных ганглиев или черной субстанции)</li> <li>7. При обструктивной или нормотензивной гидроцефалии</li> <li>8. Сосудистый: двусторонние инфаркты в области базальных ганглиев и/или лобных долей односторонний инфаркт или кровоизлияние в области базальных ганглиев множественные лакунарные инфаркты диффузное ишемическое поражение белого вещества (болезнь Бинсвангера) инфаркт или кровоизлияние в области среднего мозга</li> </ol>
<b>IV. Паркинсонизм в рамках других дегенеративных заболеваний с поражением экстрапирамидной системы</b>
<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Множественные системные атрофии: стриатонигральная дегенерация оливопонтоцеребеллярная дегенерация</li> <li>2. Прогрессирующий надъядерный паралич (болезнь Стила–Ричардсона–Ольшевского)</li> <li>3. Кортикобазальная дегенерация</li> <li>4. Деменция с тельцами Леви</li> <li>5. Болезнь Вильсона–Коновалова</li> <li>6. Болезнь Гентингтона (ювенильный вариант болезни Вестфала)</li> <li>7. Болезнь Фара (идиопатическая кальцификация базальных ганглиев)</li> <li>8. Нейроакантоцитоз</li> <li>9. Болезнь Крейтцфельда–Якоба</li> <li>10. Болезнь Мачадо–Джозефа (спиноцеребеллярная атаксия 3-го типа)</li> <li>11. Болезнь Галлервордена–Шпатца</li> <li>12. Болезнь Сегавы (ДОФА-чувствительная дистония)</li> <li>13. X-сцепленный синдром «паркинсонизм–дистония» (Lubag)</li> <li>14. Паллидарная, паллидо-нигральная и паллидо-люйсо-нигральная дегенерация</li> <li>15. Гемипаркинсонизм–гемиатрофия</li> <li>16. Паркинсонизм–БАС–деменция</li> <li>17. Лобно-височная деменция</li> <li>18. Болезнь Альцгеймера</li> <li>19. Другие</li> </ol>

результаты раннего и отсроченного назначения дофаминергических препаратов, достоверно продемонстрировали преимущества раннего начала терапии в отношении как динамики неврологических симптомов, так и влияния на качество жизни.

Задачей симптоматической терапии БП является не только восполнение дофаминовой недостаточности, но и обеспечение стабильной стимуляции дофаминовых рецепторов, максимально приближенной к естественным условиям. Пренебрежение этим правилом приводит к ускоренному развитию лекарственных дискинезий и флюктуаций, особенно у молодых больных.

Существуют следующие пути восполнения дефицита дофамина:

- 1) препараты леводопы – метаболический предшественник дофамина;
- 2) АДР – непосредственно стимулируют рецепторы дофамина;
- 3) ингибиторы МАО-В – уменьшают распад дофамина в синапсах;

4) ингибиторы катехол-о-метилтрансферазы – уменьшают катаболизм леводопы и применяются только совместно с леводопосодержащими препаратами.

Помимо дофаминергических препаратов, в лечении БП используются средства, подавляющие избыточную холинергическую активность – холинолитики – и снижающие активность глутаматергической системы – препараты амантадина.

Выбор препарата для первоначального лечения определяется возрастом больного, формой заболевания и уровнем необходимой повседневной активности. Помимо объективной оценки выраженности двигательных симптомов, необходимо учитывать и субъективные факторы, включающие личность больного, его психологические установки, социальный статус и особенности работы [1, 5].

Лечение предпочтительно начинать с монотерапии, постепенно увеличивая дозу препарата до оптимальной (метод титрования дозы). Если после достижения максимальной терапевтической дозы в течение 1 мес нет улучшения или лекарство плохо переносится, необходимо заменить препарат. Если препарат оказывает отчетливый, но недостаточный эф-