



НЕ СТОИТ БОЛЬШЕ ЖДАТЬ ОБОСТРЕНИЙ!

↓ 61%

относительного риска развития  
обострений рассеянного склероза  
в год по сравнению с интерфероном бета-1a в/м<sup>1</sup>

#### Краткое описание ГИЛЕНИЯ®

**Лекарственная форма.** Финголимод, капсулы 0,5 мг. **Показания.** Ремиттирующий рассеянный склероз (РС) – для уменьшения частоты клинических обострений болезни и снижения риска прогрессирования нетрудоспособности. **Дозы и способ применения.** Рекомендуемая доза препарата составляет одна капсула 0,5 мг внутрь 1 раз в сутки. Эффективность и безопасность применения препарата Гиления® у детей и подростков в возрасте до 18 лет не установлены. Коррекции дозы препарата у пациентов с нарушениями функции почек не требуется. Коррекции дозы препарата у пациентов с нарушениями функции печени легкой степени тяжести не требуется. Применение препарата Гиления® у пациентов с нарушениями функции печени тяжелой степени тяжести (класс Ф по классификации Чайлд-Пью) противопоказано. Пациенты старше 65 лет – коррекции дозы препарата у пациентов данной категории не требуется, однако лечение следует проводить с осторожностью (риск применения препарата у пациентов старше 65 лет ограничен). **Противопоказания.** > Выявленный иммунодефицитный синдром. > Повышенный риск оппортунистических инфекций, в т.ч. у иммунокомпрометированных пациентов, получающих иммуносупрессивную терапию в настоящее время или в прошлом. > Активные фазы тяжелых инфекций, хронических инфекций (гепатиты, туберкулез). > Выявленные злокачественные новообразования в активной фазе за исключением базально-клеточного рака кожи. > Нарушение функции печени тяжелой степени (класс Ф по классификации Чайлд-Пью). > Гиперчувствительность к финголимоду или любому другому компоненту препарата. > Беременность и период грудного вскармливания. **Безопасность применения препарата Гиления® у детей и подростков в возрасте до 18 лет не установлена.** **Предосторожности.** Необходимо проводить ЭКГ исследование перед приемом первой дозы препарата и в конце 6-часового периода наблюдения после приема первой дозы. Необходимо измерять АД и ЧСС каждый час в течение 6-часового периода наблюдения. Поведение такого же мониторинга деятельности сердечно-сосудистой системы, как и после приема первой дозы, в случае перерыва терапии > хотя бы на 1 день в течение первых 2х недель терапии, > более чем на 7 дней на 3-й или 4-й неделе лечения, > более чем на 2 недели после того, как лечение продолжалось более месяца. В случае возникновения симптомов брадикардии или атриоventрикулярной блокады 2 степени и выше или если через 6 часов после приема препарата ЧСС соответствует самому низкому значению в течение всего периода наблюдения или ЧСС <45 ударов в минуту, следует при необходимости должны быть проведены соответствующие мероприятия с целью коррекции данного нарушения, обеспечено наблюдение за пациентом вплоть до купирования данного состояния. В случае, когда по данным ЭКГ мониторинга через 6 часов после приема первой дозы интервал QTc на ЭКГ составляет >500 мсек, наблюдение за пациентом необходимо продолжить в условиях стационара по меньшей мере до утра следующего дня. При необходимости продолжения стационарной терапии в период мониторинга после приема первой дозы наблюдение за пациентом необходимо продолжить в условиях стационара по меньшей мере до утра следующего дня. После приема второй дозы препарата Гиления® у таких пациентов необходимо повторить все мероприятия, как и после приема первой дозы препарата. В связи с риском развития серьезных нарушений ритма препарат Гиления® не следует применять у пациентов с АВ-блокадой 2 степени типа Mobitz II или выше, синдромом слабости синусового узла или синоатриальной блокадой, симптоматической брадикардией или повторными эпизодами синкопальных состояний в анамнезе. Поскольку выраженная брадикардия может быть перенесена пациентами с ишемической болезнью сердца, инфарктом миокарда в анамнезе, хронической сердечной недостаточностью, оставшейся сердца в анамнезе, цереброваскулярными заболеваниями, неконтролируемой артериальной гипертензией или тяжелым нелеченным синдромом апноэ во сне, препарат Гиления® не следует применять у таких пациентов. Поскольку применение препарата Гиления® приводит к снижению частоты сердечных сокращений (ЧСС) и, таким образом, к удлинению интервала QT, препарат Гиления® не следует применять у пациентов с существенным удлинением интервала QT (QTc > 470 мс (мужчины) или > 450 мс (женщины)) или у пациентов с факторами риска удлинения интервала QT, в частности гипокалиемией, гипомагниемией или врожденным удлинением интервала QT. При необходимости применения препарата у пациентов данной категории необходима консультация кардиолога перед началом терапии для выбора оптимального мониторинга сердечной деятельности, возможно до утра следующего дня. Не рекомендуется применять препарат Гиления® у пациентов, принимающих бета-адреноблокаторы, блокаторы «медленных» кальциевых каналов, снижающие ЧСС, а также другие средства, снижающие ЧСС (в связи с ограниченным опытом одновременного применения данных препаратов, а также риском развития выраженной брадикардии и блокады сердца). У таких пациентов перед применением препарата Гиления® необходима консультация кардиолога относительно возможности перехода на терапию препаратом, не снижающим ЧСС, или проведение соответствующего мониторинга (продолженное наблюдение в условиях стационара по меньшей мере до утра следующего дня после приема первой дозы препарата). После приема первой дозы, уменьшение ЧСС начинается в течение часа с минимальным снижением в течение 6 часов. Сердечный ритм возвращается к исходному уровню спустя 1 месяц регулярного приема препарата. Учитывая возможность дополнительного угнетающего влияния на иммунную систему, следует соблюдать осторожность при применении финголимода вместе с противовирусными средствами, иммуномодуляторами, иммуносупрессантами в т.ч. глюкокортикостероидами. Подготовительность лечения глюкокортикостероидами и их дозу при одновременном применении с финголимодом следует корректировать, основываясь на клинических данных. При применении препарата Гиления® возможно применение краткосрочных курсов глюкокортикостероидов (длительностью до 5 дней). Пациенты, не имеющих в анамнезе документально подтвержденных данных о перенесенной ветряной оспе или вакцинации против Varicella zoster (VZV), до начала терапии обследуются для выявления антител к VZV. В случае отсутствия антител к вирусу VZV следует провести полный

курс вакцинации до начала терапии препаратом. При этом начало лечения препаратом следует отложить на 1 месяц для развития полного иммунного ответа на вакцинацию. Инфекция: количество лимфоцитов в периферической крови снижается в течение терапии препаратом и остается сниженным в течение 2 месяцев после прекращения терапии препаратом. Перед началом терапии препаратом следует получить результат общеклинического анализа крови с лейкоцитарной формулой, выполненного на протяжении последних 6 месяцев, предшествующих началу терапии, или после отмены предшествующей терапии. Необходимо отложить начало лечения препаратом у пациентов с тяжелым инфекционным заболеванием в активной фазе до разрешения данного состояния. Во время лечения препаратом Гиления®, а также в течение 2 месяцев после окончания терапии у пациентов с симптомами инфекционного процесса необходимо проводить эффективные диагностические и терапевтические мероприятия. При развитии тяжелых инфекций на фоне терапии препаратом Гиления® необходимо прекратить. Возобновить лечение препаратом Гиления® следует только если польза от терапии превышает возможный риск. В пострегистрационном периоде отмечены случаи развития прогрессирующей мультифокальной лейкоэнцефалопатии (ПМЛ). Следует сохранять настороженность в отношении клинических симптомов или данных МРТ, которые позволяют предположить развитие ПМЛ. При подозрении на ПМЛ следует приостановить лечение препаратом Гиления® до исключения диагноза ПМЛ. В пострегистрационном периоде отмечены случаи развития криптококкового менингита. При развитии симптомов, позволяющих заподозрить развитие данного состояния, следует провести соответствующие диагностические мероприятия. При подтверждении диагноза следует начать соответствующее лечение. На фоне терапии препаратом Гиления® возможно развитие отека макулы, особенно у пациентов с наличием увета в анамнезе и сопутствующим сахарным диабетом. Рекомендуется проводить офтальмологическое обследование до лечения, в первые 3-4 месяца, затем регулярно у пациентов из группы риска. В случае развития отека макулы лечение препаратом следует прекратить. Рекомендован контроль активности «чужеродных» трансминаз и концентрации билирубина на протяжении 6 месяцев, предшествующих началу терапии препаратом. Необходимо провести исследование активности «чужеродных» ферментов у пациентов с симптомами нарушения функции печени, и при выявлении повышения печени прекратить прием препарата. При подозрении на синдром обструкции желчных протоков (желтуха) или при развитии желтухи следует прекратить прием препарата. В связи с длительным периодом получения катаракты и катарактогенности следует соблюдать осторожность при приеме терапии данными препаратами на лечение препаратом Гиления® из-за риска развития суммарного угнетающего воздействия на иммунную систему. Применение препарата Гиления® после прекращения терапии алантуоидом не рекомендовано, за исключением случаев, когда ожидаемая польза превышает возможный риск. У пациентов, получающих лечение препаратом, отмечено развитие базально-клеточной карциномы кожи. Следует проявлять осторожность в отношении развития базально-клеточной карциномы. **Взаимодействие.** Не рекомендуется одновременное применение препарата Гиления® с антибактериальными препаратами (в т.ч. кларитромицин, эритромицин) или III класса (например, амлодипин, нитроглицерин, оланопат). Не рекомендуется начинать терапию финголимодом на фоне лечения бета-адреноблокаторами, блокаторами «медленных» кальциевых каналов, снижающими сердечный ритм (верапамил, дилтиазем, нибардин и др.) а также другими препаратами, способствующими снижению ЧСС (например, дигоксин). Следует соблюдать осторожность при применении противовирусных препаратов, иммуносупрессантов (в т.ч. глюкокортикостероидов) и иммуномодуляторов во время и спустя 2 месяца после окончания терапии. Следует соблюдать осторожность при приеме терапии у пациентов, ранее получавших лекарственные препараты, подавляющие иммунную систему, такие как катаракты, герпесвирус, или микоспоридии. Не следует проводить иммунизацию живыми аттенуированными вакцинами. Во время терапии препаратом, а также в течение 2х месяцев после прекращения лечения финголимодом вакцинация другими вакцинами может быть менее эффективной. **Побочное действие.** **Очень часто (>10%):** инфекции, вызванные вирусом гриппа, синусит, головная боль, диарея, боль в спине, повышение активности «чужеродных» ферментов, кашель. **Часто (1-10%):** бронхит, опоясывающий лишай, отрубевчатый лишай, базально-клеточная карцинома, брадикардия, головокружение, мигрень, эритема, экзема, кожный зуд, увеличение концентрации триглицеридов в плазме крови, оралитис, нечеткость зрения, повышение артериального давления, лимфоцитоз. **Часто (0,1-1%):** пневмония, макулярный отек. **Редко (0,01-0,1%):** синдром обструктивной задержки эякуляции. Частота нежелательных реакций гиперчувствительности, включая сыпь, крапивницу и ангионевротический отек при начале терапии препаратом, тошнота. В пострегистрационном периоде отмечены случаи развития оппортунистических инфекций, вызванных, в т.ч. вирусом (varicella Zoster virus, JC-вирус, вызывающий развитие прогрессирующей мультифокальной лейкоэнцефалопатии, herpes simplex virus), грибами (криптококками в т.ч. криптококковый менингит) или бактериями (например, аттипичные микобактерии). Избирочные случаи полной спонтанно разрешающейся АВ-блокады наблюдались в течение 6 часов после приема препарата.

NOVARTIS PHARMA AG, ШВЕЙЦАРИЯ, ПРОИЗВЕДЕНА NOVARTIS PHARMA ШТЕЙН AG, ШВЕЙЦАРИЯ, NOVARTIS PHARMA AG, SWITZERLAND, MANUFACTURED BY NOVARTIS PHARMA STEIN AG, SWITZERLAND.

1. Jeffrey A. Cohen et al. Fingolimod versus intramuscular interferon in patient subgroups from TRANSFORMS. J Neurol. 2013 August; 260(8): 2023–2032. Только для медицинских и фармацевтических работников. Для распространения в местах проведения медицинских или фармацевтических выставок, семинаров, конференций и иных подобных мероприятий

NOVARTIS  
PHARMACEUTICALS

ООО «Новartis Фарма»: 125315, Ленинградский проспект, дом 72, корп. 3  
Тел.: +7 (495) 967 1270; факс: (495) 967 12 68, www.novartis.ru

РУ ЛСР-008272/10-170810



МЕДИЦИНСКИЙ  
СОВЕТ

2015 | №10

НАУЧНО-ПРАКТИЧЕСКИЙ ЖУРНАЛ ДЛЯ ВРАЧЕЙ



МЕДИЦИНСКИЙ СОВЕТ • №10 (2015) • НЕВРОЛОГИЯ/РЕВМАТОЛОГИЯ

468230/Gil/modul/11.2015/20000



# Копаксон®-Тева

## БЕЗ ПОТЕРЯННЫХ ДНЕЙ, ДЛЯ ПОЛНОЦЕННОЙ ЖИЗНИ



Копаксон®-Тева рекомендован для терапии пациентов с высоким риском развития клинически достоверного рассеянного склероза, и у которых был зафиксирован однозначно диагностированный первый клинический эпизод; для снижения частоты рецидивов у амбулаторных пациентов с ремиттирующей формой рассеянного склероза (РС).<sup>[1]</sup>

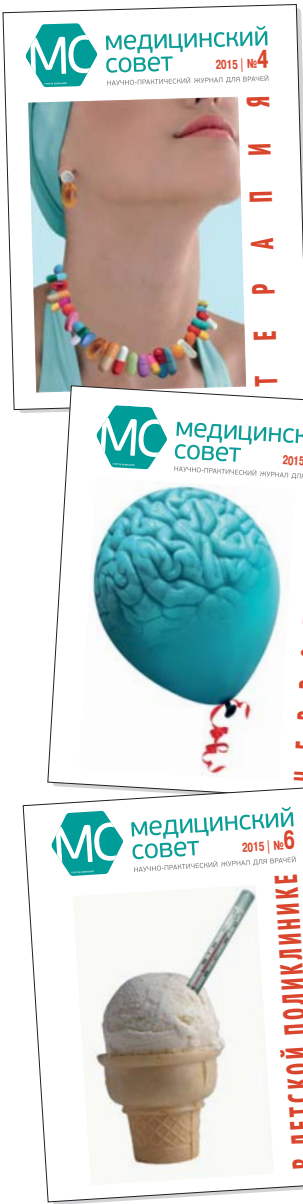
Ознакомьтесь с полной инструкцией по медицинскому применению препарата Копаксон®-Тева. Препарат отпускается по рецепту.



Общество с ограниченной ответственностью «ТЕВА»  
Россия, 115054, г. Москва, ул. Валуевская, д. 35  
Тел.: +7 495 644 2234  
Факс: +7 495 644 2235  
www.teva.ru

1. Ford C, Goodman AD, Johnson K et al. Mult Scler. 2010;16(3):342-350.  
COP-RU-00001-DOK-16072016

Реклама



## ПОДПИСНАЯ КАМПАНИЯ НА 2016 год

**«МЕДИЦИНСКИЙ СОВЕТ»** – профессиональный журнал для практикующих врачей различных специальностей. Периодичность выхода – **18 номеров в год**.  
Стоимость годовой подписки на 2016 год – **6 534 руб.**  
Стоимость подписки на I полугодие 2016 года – **3 630 руб.**

Вы можете оформить подписку на журнал в любом почтовом отделении России по каталогам:  
«Газеты, Журналы» Агентства «Роспечать» индексы 48562, 70223  
«Пресса России» индекс 27871  
«Каталог российской прессы Почта России» индекс 35610

**ПОДПИСКУ МОЖНО ОФОРМИТЬ**

у официальных дилеров:

**Ремедиум Северо-Запад**  
тел. в г. Санкт-Петербурге: (812) 971-72-13,  
**RMBC-Поволжье**  
тел. в г. Н. Новгороде: (8312) 30-22-63

у наших партнеров – альтернативных подписных агентств:

**ООО «Информнаука»**,  
тел. (495) 787-38-73, 152-54-81,  
www.informnauka.com  
**ООО «Деловые издания»**,  
тел. (495) 685-59-78  
**ООО «Деловая пресса»**, г. Киров,  
тел. (8332) 37-72-03  
**ЗАО «МК-Периодика»**,  
тел. (495) 672-70-89

**ООО «Урал-пресс»**,  
(филиалы в 52 регионах России),  
тел. (495) 789-86-36,  
www.ural-press.ru  
**ЗАО «Руспресса»**,  
тел. (495) 729-47-00  
тел. (495) 651-82-19  
**ЗАО «Прессинформ»**,  
тел. (812) 786-58-29

По всем интересующим вопросам обращайтесь в отдел подписки

- по телефону (495) 780-34-25;
- по факсу: (495) 780-34-26;
- по email: [podpiska@remedium.ru](mailto:podpiska@remedium.ru)

**Льготная подписка со скидкой**  
через Интернет: [www.remedium.ru](http://www.remedium.ru), [www.med-sovet.pro](http://www.med-sovet.pro),  
на выставках и семинарах  
e-mail: [podpiska@remedium.ru](mailto:podpiska@remedium.ru)

СЧЕТ № МС/900-16				
№	Наименование товара	Ед. измерения	Кол-во	Цена, руб.
1	Подписка на журнал «Медицинский совет» №1–18 (январь – декабрь) 2016 год	комплект	1	6 534,00
Итого				6 534,00
Без налога (НДС)				–
Сумма к оплате				6 534,00
К оплате: три тысячи шестьсот тридцать рублей 00 коп.				
			уководитель предприятия  (Косарева Т.В.)	

ОБРАЗЕЦ ЗАПОЛНЕНИЯ ПЛАТЕЖНОГО ПОРУЧЕНИЯ		
Получатель: ИНН7718825272\771801001 000 «Ремедиум»	р/счет	40702810938290019569
Банк получателя: ОАО «Сбербанк России» г. Москва	БИК	044525225
	К/Сч. №	30101810400000000225

Архив журнала доступен на сайте [www.med-sovet.pro](http://www.med-sovet.pro)





1 раз в день

# Азилект

разагилин 1 мг

Расширяя возможности

TEVA

**20** лет в России  
улучшая здоровье людей,  
мы делаем их счастливыми

ООО «Тева»  
Россия, 115054, Москва, ул. Валовая, д. 35  
Тел. +7 495 644-22-34, Факс +7 495 644-22-35/36  
[www.teva.ru](http://www.teva.ru)

1 раз в день  
**Азилект**  
разагилин 1 мг

Реклама. Информация для специалистов здравоохранения. Отпускается по рецепту. Необходимо ознакомиться с полным текстом инструкции по медицинскому применению. Регистрационное удостоверение: ЛСР-003820/08 от 19.05.2008.

AZIL-RU-00013- DOK-PHARM-08102017



# Закключение Совета экспертов «Современные подходы к выбору комбинированной терапии на развернутой стадии болезни Паркинсона»

30 июня 2015 г., Москва

Болезнь Паркинсона (БП) – одно из наиболее часто встречающихся нейродегенеративных заболеваний пожилого возраста, распространенность которого составляет 120–160 случаев на 100 000 населения. Согласно ориентировочным расчетам, с учетом половозрастного состава населения в России численность пациентов с БП составляет более 200 000 больных, при этом ежегодно заболевание возникает у 12 000–20 000 новых пациентов.

За последние 50 лет в связи с применением новых противопаркинсонических лекарственных средств, а также общим улучшением условий жизни, продолжительность жизни больных увеличилась в среднем на 5 лет. Однако смертность пациентов с БП, особенно с поздним началом болезни, остается примерно в 2 раза выше, чем в той же возрастной группе населения. Известно, что ранняя диагностика и оптимальное лечение БП, во многом определяющие прогноз заболевания, требуют специальных навыков и определенного опыта у врачей, что, в свою очередь, диктует необходимость в организации системы специализированной помощи этой категории больных. Такая система может включать создание в регионах России кабинетов (центров) по оказанию помощи пациентам с экстрапирамидной патологией, а также систематическую подготовку и повышение квалификации работающих в них специалистов.

Общие подходы к базисной терапии БП на протяжении многих лет не претерпели принципиальных изменений, и препараты леводопы по-прежнему рассматриваются как наиболее эффективные противопаркинсонические средства. Однако на фоне их длительного применения развиваются флуктуации и дискинезии, значительно нарушающие качество жизни больных и затрудняющие проведение длительной фармакотерапии. Вероятность развития этих осложнений напрямую зависит от дозы леводопы, которую принимает пациент, длительности леводопатерапии, возраста начала болезни и ряда других факторов. Короткий период полужизни леводопы в организме на фоне нарастающей денервации стриатума приводит к пульсирующей стимуляции дофаминовых рецепторов, что, в свою очередь, обуславливает возникновение флуктуаций и дискинезий.

Согласно стандартам лечения БП в учреждениях первичной медико-санитарной помощи при БП, утвержденным Минздравом РФ, клиническими рекомендациям Европейской федерацией неврологических обществ (EFNS), и Международного общества двигательных расстройств (MDS), Американской академии неврологии (AAN), лекарственные препараты из группы ингибиторов МАО-В могут назначаться как в качестве монотерапии на начальной стадии БП, так и в комбинации с препаратами, содержащими леводопу, на развернутой стадии заболевания. В основу этих рекомендаций легли результаты масштабных плацебо-контролируемых многоцентровых исследований, обладающие высоким уровнем доказательности А.

Участники Совета экспертов считают что:

1. В значительной части регионов России БП диагностируется несвоевременно, недостаточно широко используются современные возможности фармакотерапии, что приводит к снижению качества оказываемой помощи и, как следствие этого, – к ухудшению качества жизни пациентов, увеличению нагрузки на их родственников и общество в целом, увеличению расходов государства в связи с комплексом проблем, связанных с оказанием помощи на поздней стадии заболевания.

2. В силу трудности ранней диагностики и терапии заболевания ведение больных БП требует организации специализированной помощи, включающей создание во всех регионах России кабинетов по оказанию помощи пациентам с экстрапирамидной патологией. Специалисты, работающие на базе федеральных учреждений под эгидой Национального общества по изучению БП и расстройств движений, обладают наибольшим опытом ведения таких больных, но функционирование веду-

щих центров также требует поддержки в связи с необходимостью обновления оборудования, повышения квалификации, поддержки научно-образовательных программ.

3. Необходимо более активно проводить образовательные программы для врачей-неврологов по экстрапирамидным расстройствам, в том числе используя дистанционные методы обучения, которые направлены на внедрение в практику современных стандартов терапии БП.

4. Необходимо использовать современные подходы, максимально реализующие потенциал леводопы-терапии. Для реализации этого потенциала необходимо максимально раннее назначение ингибитора МАО-В (разагилин), так как: комбинация ингибитора МАО-В (разагилин) с препаратами леводопы позволяет увеличивать длительность действия дофамина, в том числе образованного из леводопы, таким образом повышая ее эффективность; комбинация ингибитора МАО-В (разагилин) с препаратами леводопы на развернутой стадии заболевания позволяет снизить назначаемую пациенту для поддержания его подвижности дозу леводопы; комбинация ингибитора МАО-В (разагилин) с препаратами леводопы при появлении флуктуаций позволяет уменьшить длительность периодов «выключения» (который является одним из основных факторов инвалидизации пациентов) и увеличить длительность периодов «включения»; комбинация леводопы с ингибитором МАО-В (разагилин) снижает риск развития застываний при ходьбе.

5. Лечение БП должно максимально учитывать потребности больных в соответствии с достижениями современной фармакотерапии и реализацией программ реабилитации пациентов на развернутых и поздних стадиях БП.

В СОВЕЩАНИИ СОВЕТА ЭКСПЕРТОВ, СОСТОЯВШЕМСЯ  
30 ИЮНЯ 2015 г., ПРИНЯЛИ УЧАСТИЕ:

**Иллариошкин Сергей Николаевич** – д-р мед. наук, профессор, заместитель директора по научной работе ФГБНУ «Научный центр неврологии»;

**Левин Олег Семенович** – д-р мед. наук, профессор, заведующий кафедрой неврологии ГБОУ ДПО «Российская медицинская академия постдипломного образования»;

**Федорова Наталья Владимировна** – д-р мед. наук, профессор кафедры неврологии ГБОУ ДПО «Российская медицинская академия постдипломного образования»;

**Литвиненко Игорь Вячеславович** – д-р мед. наук, профессор, начальник кафедры нервных болезней Военно-медицинской академии им. С.М. Кирова;

**Катунина Елена Анатольевна** – д-р мед. наук, профессор кафедры неврологии и нейрохирургии Российского национального исследовательского медицинского университета им. Н.И. Пирогова;

**Жукова Наталья Григорьевна** – д-р мед. наук, профессор кафедры неврологии Т государственного медицинского университета;

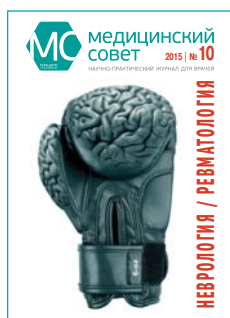
**Похабов Дмитрий Владимирович** – д-р мед. наук, профессор кафедры нервных болезней и традиционной медицины ГОУ ВПО «Красноярский государственный медицинский университет им. В.Ф. Войно-Ясенецкого»

**Артемьев Дмитрий Валерьевич** – канд. мед. наук, доцент кафедры неврологии, сотрудник Центра Экстрапирамидных заболеваний ГБОУ ДПО «Российская медицинская академия постдипломного образования»

Экспертный совет организован ООО «Тева».  
Материал подготовлен при поддержке компании ООО «Тева».  
За дополнительной информацией обращаться:  
ООО «Тева» Россия, 115054, город Москва, улица Валуева, дом 35  
Тел.: +7.495.6442234, факс: +7.495.6442235 www.teva.ru

AZIL-RU-000111-DOK-06102017





№10 2015

■ **НОВОСТИ. ОТКРЫТИЯ И СОБЫТИЯ** ..... 4

■ **ЦЕРЕБРОВАСКУЛЯРНЫЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ**

**М.Ю. ВОЛОДЮХИН, Д.Р. ХАСАНОВА, Т.В. ДЁМИН, Б.И. ЗАГИДУЛЛИН, Ш.Г. МУСИН, М.Р. ШАРАФУТДИНОВ**  
Внутриартериальная реперфузионная терапия у пациентов с острым ишемическим инсультом. .... 6

■ **КОГНИТИВНЫЕ НАРУШЕНИЯ И ДЕМЕНЦИЯ**

**В.В. ЗАХАРОВ, Н.В. ВАХНИНА, Д.О. ГРОМОВА, А.А. ТАРАПОВСКАЯ**  
Диагностика и лечение когнитивных нарушений после инсульта ..... 14

**Л.М. АНТОНЕНКО, В.А. ПАРФЕНОВ**  
Когнитивные и эмоциональные нарушения в среднем возрасте: вопросы диагностики и лечения ..... 22

**А.Н. БОГОЛЕПОВА**  
Модифицируемые факторы риска и современные подходы к терапии деменции. .... 28

**М.В. НЕСТЕРОВА**  
Когнитивные расстройства при артериальной гипертензии. .... 34

■ **ГОЛОВНАЯ БОЛЬ И ГОЛОВОКРУЖЕНИЕ**

**В.А. ГОЛОВАЧЕВА, В.А. ПАРФЕНОВ**  
Триптаны в лечении мигрени ..... 39

■ **НЕЙРОДЕГЕНЕРАТИВНЫЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ**

**В.Л. ГОЛУБЕВ**  
Атипичный паркинсонизм. Лекция. .... 45

■ **ПАРОКСИЗМАЛЬНЫЕ РАССТРОЙСТВА**

Эпилепсия у мужчин: грани проблемы ..... 50  
*Беседа с д.м.н., профессором кафедры нервных болезней лечебного факультета Московского государственного медико-стоматологического университета им. А.И. Евдокимова П.Н. Власовым*

■ **НЕРВНО-ПСИХИЧЕСКИЕ РАССТРОЙСТВА**

**Е.А. КОРАБЕЛЬНИКОВА**  
Лечение инсомний у больных с невротическими расстройствами. .... 54

■ **ДЕМИЕЛИНИЗИРУЮЩИЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ**

**Н.Ю. ЛАЩ**  
Новые возможности глатирамера ацетата для лечения ремитирующего рассеянного склероза ..... 60

**Е.В. ПОПОВА, М.В. МЕЛЬНИКОВ, А.Н. БОЙКО, В.В. МУРУГИН, М.В. ПАЩЕНКОВ**  
Вопросы тактики ведения больных с труднокурабельным ремитирующим рассеянным склерозом. .... 63

■ **ТЕРАПИЯ БОЛИ**

**А.Н. БАРИНОВ**  
Диагностика и лечение тазовой боли. .... 66

■ **РЕВМАТОЛОГИЯ**

**Г.В. ЛУКИНА, Я.А. СИГИДИН**  
Ингибитор тирозин-киназы тофацитиниб. Вопросы безопасности. .... 77

■ **ПРАКТИКА**

**А.Э. ТАЛЫПОВ, М.Ю. МЯТЧИН, Н.С. КУКОВА, Ю.С. ИОФФЕ, А.Ю. КОРДОНСКИЙ**  
Медикаментозная нейропротекция в остром периоде черепно-мозговой травмы средней степени тяжести. ... 82

■ **ДИССЕРТАНТ**

**М.А. ГИНЗБЕРГ, Е.Ю. ВАРЛАМОВА, В.В. РЫЖКО, Н.А. СУПОНЕВА, М.А. ПИРАДОВ**  
Клинико-нейрофизиологическое исследование хронической демиелинизирующей полиневропатии, ассоциированной с моноклональной секрецией. .... 93