

УДК 616.857:612.13-08

Калашиников В. И.

Харьковская медицинская академия  
последипломного образования (г. Харьков)**ЦЕРЕБРАЛЬНАЯ ГЕМОДИНАМИКА ПРИ РАЗЛИЧНЫХ ВАРИАНТАХ  
МИГРЕНОЗНОГО ПРИСТУПА**

На сегодняшний день одним из наиболее распространенных видов первичной головной боли является мигрень, распространенность которой в популяции достигает 20—25 %. Диагностика и дифференцированное лечение мигренозных приступов являются актуальными задачами современной неврологии. Применение метода доплерографии в оценке состояния церебральной гемодинамики у данных пациентов способно уточнить особенности патогенетических механизмов при различных вариантах мигренозного приступа.

Цель исследования: изучение состояния церебральной гемодинамики в фазе приступа у больных с мигренью.

Было обследовано 23 пациента в возрасте от 20 до 35 лет (мужчин — 9, женщин — 14). Больные были распределены на 2 группы: 1 группа — 13 больных с приступами по типу мигрени без ауры. В группу 2 были включены 10 пациентов с мигренозными приступами по типу мигрени с аурой. Контрольную группу составили 20 испытуемых соответствующего пола и возраста.

Состояние мозговой гемодинамики изучали при помощи транскраниального доплеровского аппарата «Ангиодин» производства фирмы БИОСС (Москва, Россия). Исследовали показатели линейной скорости кровотока (ЛСК), а также индексы резистентности (RI) во внутренних сонных (ВСА), средних мозговых (СМА), наружных сонных (НСА), позвоночных (ПА) артериях.

Исследование скоростных показателей (ЛСК) в церебральных артериях выявили следующие закономерности.

У больных обеих групп показатели ЛСК и RI по ВСА не отличались от нормативных показателей, также не отличались от нормы показатели RI по ПА в обеих группах, в 1-й группе показатели кровотока по СМА несколько превышали аналогичные в контрольной группе ( $65,7 \pm 8,1$  см/с), при этом значения RI были ниже нормативных ( $0,62 \pm 5,5$ ). У пациентов 2-й группы отмечалось снижение скоростных показателей в СМА ( $58,4 \pm 6,3$  см/с), ПА ( $29,8 \pm 7,3$  см/с), при увеличении в данной группе значений RI по СМА ( $0,84 \pm 7,3$ ), также в данной группе у большинства пациентов (58,9 %) отмечались асимметрии скорости потока (25—30 %) в СМА и ПА. Скоростные параметры и показатели RI в НСА были снижены в обеих группах, ( $0,68 \pm 5,2$  в 1-й группе и  $0,67 \pm 8,3$  во 2-й группе), что, вероятно, связано с их расширением в момент приступа.

Церебральная гемодинамика в средних мозговых артериях при мигренозном приступе характеризуется паттерном вазоспазма при мигрени без ауры и паттерном затрудненной перфузии при мигрени с аурой. Особенностью гемодинамики при мигренозном приступе является избыточное кровенаполнение наружных сонных артерий.

Допплерографическая оценка исследований церебральной гемодинамики является обоснованным в клинико-функциональном исследовании различных вариантов мигренозного приступа.

УДК 616.858-008.6:615.214.8

И. Н. Карabanь, Н. В. Карасевич  
ГУ «Институт геронтологии им. Д. Ф. Чеботарева  
НАМН Украины» (г. Киев)**ПРИМЕНЕНИЕ ПРАМИПЕКСОЛА НА ПОЗДНИХ СТАДИЯХ  
БОЛЕЗНИ ПАРКИНСОНА**

Стратегия дофаминергической терапии остается ведущей на всех стадиях клинического течения болезни Паркинсона (БП). Ведущую роль в развитии многочисленных осложнений длительной терапии леводопасодержащими препаратами и, в частности, двигательных флюктуаций и дискинезий играет нарушение непрерывной тонической стимуляции постсинаптических ДА-рецепторов в условиях дробного приема леводопы и формирование их денервационной гиперчувствительности. В связи с этим применение агониста ДА-рецепторов Прамипексола является патогенетически обоснованным, поскольку препарат отличается высокой селективностью действия в отношении D2-рецепторов, обладает наиболее выраженным сродством к D3-рецепторам.

Цель исследования: Изучить эффективность влияния Прамипексола (Мирапекса) на леводопа-индуцированные двигательные осложнения у больных БП. Обследовано 46 больных

БП, со стадией заболевания 2,0—3,0 по Хену — Яру в возрасте 48—62 года, с продолжительностью заболевания от 5 до 8 лет. Средняя суточная доза препаратов леводопы на момент включения в исследование равнялась  $731,6 \pm 125,8$  мг. У всех больных наблюдался феномен «истощения действия разовой дозы», наличие периодов «включения-выключения», двухфазная дискинезия. Мирапекс назначали в средней дозе 1,5—2,0 мг/сутки в течение 30 дней. Оценку эффективности лечения проводили по динамике показателей унифицированной шкалы оценки БП (UPDRS), шкалы Бэка, Спилбергерга, теста Лурия, с помощью оценки процесса перекисного окисления липидов (ПОЛ).

На фоне лечения Мирапексом отмечено уменьшение суммарного балла по разделу I UPDRS (на 10 %), повседневной активности по разделу II (на 23,4 %), динамика двигательных функций по разделу III (16,1 %), значительное уменьшение двигательных флюктуаций и леводопа-индуцированных дискинезий по IV разделу (на 18,5 %), сокращение ежедневного периода «выключения» в среднем на 1,6 часа. К концу 4-й недели лечения суммарный моторный балл UPDRS снижался с  $96,6 \pm 4,1$  до  $79,8 \pm 6,5$  ( $p < 0,05$ ), уменьшалась выраженность и амплитуда тремора покоя. Установлено позитивное влияние Мирапекса на нейропсихологические и эмоционально-аффективные нарушения. Так, уменьшение выраженности депрессии наблюдалось у 62 % пациентов, при этом тяжесть депрессии уменьшилась с  $15,2 \pm 2,3$  до  $10,4 \pm 1,8$  баллов ( $p < 0,01$ ). Антидепрессивный эффект Мирапекса отмечался на 10—15 день лечения при дозе 1,0—1,5 мг/сутки. Положительная динамика клинических симптомов под влиянием Мирапекса совпала в 64,2 % наблюдений с улучшением показателей ПОЛ/АОС, увеличением активности СОД (с  $2,33 \pm 0,26$  до  $3,81 \pm 0,42$ ,  $p < 0,01$ ) и антиоксидантного фактора (с  $850,7 \pm 155,2$  до  $1077,0 \pm 141,4$ ,  $p < 0,05$ ).

Показана высокая эффективность Мирапекса у больных с выраженными стадиями БП. Показана способность агониста ДА-рецепторов Мирапекса снижать моторные осложнения, вызванные многолетней леводопа-терапией, в связи с чем препарат рационально применять у больных БП как патогенетически значимое средство в комплексном лечении заболевания. Пациентам, длительно принимающим Мирапекс (прамипексол) с положительной динамикой, целесообразно рекомендовать новую форму препарата — Мирапекс пролонгированного действия с пролонгированным освобождением в той же суточной дозе 1 раз в день утром. Можно полагать, что этот препарат в самое ближайшее время займет достойное место в стратегии лечения БП, позволяя эффективно контролировать клинические симптомы заболевания, предотвращать или отсрочивать развитие осложнений хронической леводопа-терапии.

УДК 616.858-008.6-071-092

И. Н. Карabanь, Н. В. Карасевич  
ГУ «Институт геронтологии им. Д. Ф. Чеботарева  
НАМН Украины» (г. Киев)**ВОЗМОЖНОСТИ КЛИНИКО-СТАБИЛОМЕТРИЧЕСКОГО АНАЛИЗА  
ПОСТУРАЛЬНЫХ НАРУШЕНИЙ У ПАЦИЕНТОВ  
С БОЛЕЗНЬЮ ПАРКИНСОНА**

Снижение устойчивости вертикальной позы является одним из наиболее частых симптомов клинической картины при болезнях движения и, в частности, при болезни Паркинсона (БП). Нарушение пострального контроля является одним из наиболее инвалидизирующих симптомов болезни Паркинсона, поскольку увеличивает возможность падений как при стоянии, так и при движении больных, что приводит к увеличению их функциональной зависимости и снижению качества жизни. Механизмы нарушения постральной стабильности при болезни Паркинсона до сих пор до конца не установлены.

Существует мнение, что постральная неустойчивость при болезни Паркинсона может быть связана с нарушением программирования подготовительных установочных позных реакций в связи с поражением базальных ганглиев, а также с наличием ригидности, акинезии и временной задержкой движений центрального генеза. Существует также достаточно обоснованная гипотеза, согласно которой развитие постральной неустойчивости связано с вовлечением в патологический процесс недофаминергических структур, которые ответственны за регуляцию пострального контроля.

Считают, что нарушение ходьбы следует рассматривать как самостоятельное проявление БП, которое имеет особый патогенез, требует специфического подхода к коррекции и по праву может считаться пятым кардинальным признаком паркинсонизма, наряду с брадикинезией, ригидностью, тремором покоя