

Всемирный день болезни Паркинсона в Украине

11 апреля, г. Киев

Ежегодно 11 апреля по инициативе ВОЗ отмечается Всемирный день болезни Паркинсона (БП). В клинических центрах, где занимаются лечением этого заболевания, стало традицией проводить в этот день встречи с пациентами и их родственниками.



European Unity Walk в Амстердаме. Фото с официального сайта EPDA

В столице встреча традиционно проходила в актовом зале Института геронтологии НАМН Украины, на базе которого работает отдел экстрапирамидной патологии нервной системы, а с 1994 года – клинический Центр паркинсонизма, где пациенты, страдающие этим заболеванием, могут пройти всестороннюю диагностику и получить адекватную специализированную помощь. Заведующая отделом, президент Украинской ассоциации по борьбе с паркинсонизмом, доктор медицинских наук, профессор Ирина Николаевна Карабань проводит встречу уже не первый год, но, как всегда, находит слова поддержки для больных и членов их семей, успевает за короткое время общения ответить на все интересующие вопросы.



Профессор И.Н. Карабань дарит главе Киевской ассоциации больных и инвалидов с болезнью Паркинсона А.С. Тютюнник футболку с логотипом European Unity Walk

Программа киевской встречи была сконцентрирована вокруг недавнего события в Амстердаме (Нидерланды). 28 сентября 2012 г. отмечалось 20-летие Европейской ассоциации болезни Паркинсона (European Parkinson's Disease Association, EPDA). Эта мощная общественная организация объединяет 45 национальных ассоциаций Европы и стоит на защите прав и интересов более 1,2 млн пациентов с БП. В задачи EPDA входит повышение информированности общества и властей о проблеме БП, повышение доступности специализированной медицинской помощи людям с БП, содействие поиску новых возможностей лечения, в том числе в вопросах финансирования научных и прикладных исследований в этой области медицины. Активность EPDA отмечается в высших политических кругах европейских стран: вопросы, которые поднимает организация, выносятся на рассмотрение Европарламента. В день юбилея EPDA в красочном парадном шествии по главным улицам Амстердама приняли участие

более 1000 людей с БП, членов их семей, медиков, социальных работников, журналистов, которые специально приехали из разных европейских стран. Масштаб мероприятия наглядно демонстрирует активную позицию европейцев в отношении актуальных проблем здравоохранения. Профессор И.Н. Карабань продемонстрировала видеозапись о марше European Unity Walk и материалы с этого мероприятия.

В Украине пациенты с БП, преимущественно люди пожилого возраста на пенсии, долгое время оставались в тени забвения общества и государства. Но сегодня определенный оптимизм вселяет деятельность отечественных общественных организаций. Украинская ассоциация по борьбе с паркинсонизмом, которая объединяет больных БП и специалистов, занимающихся этой проблемой, с 1997 года является членом EPDA. В зале присутствовала глава Киевской ассоциации больных и инвалидов с болезнью Паркинсона Алла Семеновна Тютюнник, которая сама страдает этим заболеванием более 20 лет, но остается энтузиастом защиты прав и интересов членов организации.

Психолог киевского центра паркинсонизма, кандидат медицинских наук Стелла Владимировна Литовченко рассказала о важности сохранять душевное равновесие и оптимизм в преодолении трудностей, с которыми сталкиваются больные и их близкие.

В перерыве методист ЛФК Нина Николаевна Кожарина провела с пациентами небольшое занятие.



Физкультурная пауза с методистом ЛФК Н.Н. Кожариной

После выступлений участникам были розданы пособия по ЛФК и питанию при БП. Но самое важное, что унесли с собой пациенты и их близкие, – это ощущение заботы и внимания, которого им так часто не хватает.

Новости

Диагностическая значимость нарушения обоняния при болезни Паркинсона

В последние годы появляется все больше доказательств того, что расстройство обоняния могут быть ранним симптомом развития болезни Паркинсона (БП). Оценка обонятельной функции – неинвазивный метод исследования, однако он является затратным по времени, что затрудняет его использование в клинической практике и в эпидемиологических исследованиях. Целью настоящей работы было изучить значимость оценки обоняния в качестве вспомогательного инструмента в диагностике БП, а также идентифицировать специфические запахи, использование которых позволило бы сократить время ольфакторного исследования.

Методы. С помощью 16 палочек Sniffin'Sticks обонятельную функцию оценили у 148 пациентов с БП и 148 здоровых добровольцев. Вероятность расстройства обоняния рассчитывали в моделях пропорциональных рисков.

Результаты. Нормальная функция обоняния (идентификация >12 запахов) среди больных БП встречалась значительно реже по сравнению с группой контроля (16,8 vs 31,1% соответственно). В среднем пациенты с БП правильно идентифицировали семь запахов, в то время как здоровые добровольцы – двенадцать. Тяжесть БП достоверно коррелировала с расстройством обоняния (на каждую единицу по классификации Hoehn & Yahr относительный риск 1,87; 95% доверительный интервал 1,26-2,77). Кроме того, у пациентов с БП возрастные нарушения обоняния были выражены сильнее. Наибольшая разница в идентификации запахов между больным БП и пациентами контрольной группы отмечена для запахов кофе, перченой мяты и аниса. Процент ошибочного классифицирования составил 22,4%, если применялись все 16 запахов, и практически столько же (23,8%) – при использовании только трех вышеуказанных запахов.

Выводы. Исследование обонятельной функции является полезным вспомогательным инструментом в диагностике БП. Использование всего трех запахов – кофе, перченой мяты и аниса – позволяло с высокой точностью дифференцировать пациентов с БП от здоровых добровольцев, что может облегчить более широкое применение этого метода в рутинной клинической практике.

Casjens S., Eckert A., Woitalla D. et al. Diagnostic value of the impairment of olfaction in Parkinson's disease. *PLoS One*. 2013; 8 (5): e64735.

Влияние ротиголина на специфические немоторные симптомы болезни Паркинсона: post hoc анализ исследования RECOVER

Немоторные симптомы БП вносят значительный вклад в ухудшение состояния здоровья пациентов. RECOVER – рандомизированное контролируемое исследование ротиголина с трансдермальной системой доставки – стало первым проспективным контролируемым клиническим испытанием, в котором использовалась шкала немоторных симптомов NMSS в качестве эксплоративного метода для оценки влияния терапии на немоторные проявления БП. По сравнению с плацебо ротиголин улучшал общую оценку NMSS, а также такие ее домены, как «сон/общая слабость» и «настроение/апатия». Настоящий post hoc анализ был проведен с целью более подробного описания влияния ротиголина на сон/общую слабость и настроение/апатию.

Методы. Пациентов с БП и выраженными моторными нарушениями, наблюдающимися в ранние утренние часы, рандомизировали для получения ротиголина в форме трансдермального пластыря (1-16 мг/сут) или плацебо. Дозу препарата титровали до оптимальной на протяжении 1-8 нед с последующим поддержанием в течение 4 нед. Оценку по NMSS проводили исходно и в конце лечения. Post hoc анализ выполняли для отдельных доменов шкалы «сон/общая слабость» и «настроение/апатия».

Результаты. Из 287 рандомизированных пациентов данные NMSS были доступны у 267 больных (178 – в группе ротиголина и 89 – в группе плацебо). В пределах домена «сон/общая слабость» была зафиксирована статистически значимая разница в пользу ротиголина по одному из пяти пунктов: «общая слабость (усталость) или отсутствие энергии» (p<0,0001). В пределах домена «настроение/апатия» ротиголин продемонстрировал достоверный положительный эффект по четырем из семи пунктов: «утрата интереса к окружающему» (p<0,0001), «утрата интереса к совершению различных действий» (p<0,0001), «ощущение грусти или подавленности» (p<0,001) и «затруднение в получении удовольствия» (p<0,05).

Выводы. Ротиголин в форме трансдермального пластыря может улучшать немоторные симптомы БП, такие как общая слабость, депрессия, ангедония и апатия. Для подтверждения результатов данного post hoc анализа необходимы дальнейшие проспективные контролируемые исследования.

Ray Chaudhuri K., Martinez-Martin P., Antonini A. et al. Rotigotine and specific non-motor symptoms of Parkinson's disease: Post hoc analysis of RECOVER. *Parkinsonism Relat Disord*. 2013; 19 (7): 660-665.

Взаимосвязь между симптомами депрессии и синдромом беспокойных ног в двух проспективных исследованиях

В срезовых популяционных исследованиях были получены указания на существенную связь между депрессией и синдромом беспокойных ног (СБН), тем не менее временные взаимоотношения между данными заболеваниями (т.е. какое из них является первичным) на сегодня изучены недостаточно. Целью настоящего исследования было проверить гипотезу о том, что в общей популяции наличие клинически значимых депрессивных симптомов (КЗДС) является фактором риска развития СБН, и наоборот.

Методы. Проанализированы когорты двух независимых проспективных исследований с репрезентативными, стратифицированными по возрасту случайными выборками – Dortmund Health Study (DHS; n=1312/1122, включено/завершили наблюдение; медиана наблюдения 2,1 года) и Study of Health in Pomerania (SHIP; n=4308/3300; медиана наблюдения 5 лет). СБН оценивали в обоих исследованиях на момент включения и в динамике наблюдения в соответствии со стандартными минимальными критериями СБН. Наличие КЗДС в исследовании DHS определяли с помощью шкалы депрессии Центра эпидемиологических исследований (оценка ≥16 баллов) только на момент включения, а в исследовании SHIP – с помощью Мюнхенского композитного международного диагностического скрининга как на момент включения, так и в динамике наблюдения.

Результаты. После поправки на пол, возраст, уровень образования, индекс массы тела, курение, физическую активность и различные сопутствующие заболевания

наличие КЗДС на момент включения достоверно ассоциировалось с последующим развитием СБН в обоих исследованиях (DHS: ОР 1,65; 95% ДИ 1,09-3,44; SHIP: ОР 2,37; 95% ДИ 1,65-3,40). В свою очередь, в исследовании SHIP наличие СБН на момент включения было независимым фактором риска появления КЗДС (ОР 1,82; 95% ДИ 1,1-3,0).

Выводы. Наличие КЗДС является значимым фактором риска развития СБН. В то же время связь между этими двумя нозологиями может быть двусторонней, поскольку наличие СБН было независимым предиктором развития КЗДС.

Szentkiralyi A., Volzke H., Hoffmann W. et al. The relationship between depressive symptoms and restless legs syndrome in two prospective cohort studies. Psychosom Med. 2013; 75 (4): 359-365.

Эффективность и переносимость ротиголина в форме трансдермального пластыря в лечении синдрома беспокойных ног в условиях рутинной клинической практики в Германии

Цель исследования – оценить эффективность и переносимость ротиголина у пациентов с умеренным и тяжелым СБН в условиях рутинной клинической практики в Германии.

Методы. В ходе 3-месячного неинтервенционного исследования эффективность лечения оценивали по шале RLS-6, при этом основными переменными были тяжесть симптомов при засыпании (домен 2) и на протяжении ночи (домен 3). Данные получали исходно и в конце лечения. Оценка безопасности включала регистрацию побочных эффектов.

Результаты. Ротиголин получали 684 пациента, исследование полностью завершили 418 больных (61%). В статистический анализ вошли 564 пациента, из них 106 лечение было назначено впервые и 458 ранее получали дофаминергическую терапию. Средняя доза ротиголина составила $2,4 \pm 1,4$ мг/сут. Ротиголин улучшал все домены RLS-6 (среднее изменение по сравнению с исходной оценкой $-2,4 \pm 3,6$ и $-2,7$ для доменов 2 и 3 соответственно), при этом наиболее выраженное улучшение отмечено для дневных симптомов в покое (домен 4; $-2,8 \pm 3,2$). Побочные эффекты были типичными для дофаминергической терапии и трансдермальных лекарственных форм. Пациенты, которым лечение назначалось впервые, обычно начинали терапию с дозы 1 мг/сут (85%; 90/106), а у больных, уже получавших лечение, стартовая доза составляла 1 мг/сут (50%; 227/454) или 2 мг/сут (40%; 183/454). Большинство пациентов, ранее получавших монотерапию леводопой (57%), прамипексолом (84%) или ропиниролом (78%), с началом терапии ротиголином от этих препаратов отказались.

Выводы. В рутинной клинической практике ротиголин демонстрирует высокую эффективность и хорошо переносится.

Stiasny-Kolster K., Berg D., Hofmann W.E. et al. Effectiveness and tolerability of rotigotine transdermal patch for the treatment of restless legs syndrome in a routine clinical practice setting in Germany. Sleep Med. 2013; 14 (6): 475-481.

Влияние средиземноморской диеты на риск инсульта, когнитивных нарушений и депрессии: результаты метаанализа

Цель метаанализа – количественно объединить результаты всех исследований, в которых изучалась связь между приверженностью к средиземноморской диете и риском инсульта, депрессии, когнитивных нарушений и БП.

Методы. В метаанализ включали исследования, в которых сообщались показатели ОР для ассоциации между средиземноморской диетой и риском развития вышеуказанных заболеваний. Поиск проводили в PubMed до 31 октября 2012 г. Для анализа использовали показатели ОР, максимально скорректированные по сопутствующим факторам. Отдельно анализировали умеренную и высокую приверженность к средиземноморской диете.

Результаты. В метаанализ вошли 22 исследования (инсульт изучался в 11, депрессия – в 9, когнитивные нарушения – в 8 и БП – в 1 исследовании). Высокая приверженность к средиземноморской диете стабильно ассоциировалась со сниженным риском инсульта (ОР 0,71; 95% ДИ 0,57-0,89),

депрессии (ОР 0,68; 95% ДИ 0,54-0,86) и когнитивных нарушений (ОР 0,60; 95% ДИ 0,43-0,83). Умеренная приверженность также ассоциировалась со сниженным риском депрессии и когнитивных нарушений, однако протекторный тренд в отношении инсульта был минимальным. Анализ подгрупп показал, что профилактический эффект высокой приверженности к средиземноморской диете распространялся, в частности, на ишемический инсульт, легкое когнитивное расстройство, болезнь Альцгеймера и деменцию в целом. Метаанализ выявил, что протекторное действие высокой приверженности было более выраженным у мужчин. В отношении депрессии профилактический эффект высокой приверженности не зависел от возраста, в то время

как защитное действие умеренной приверженности с возрастом уменьшалось.

Выводы. Приверженность к средиземноморской диете может снижать риск развития ряда заболеваний головного мозга. Результаты метаанализа имеют большую практическую значимость, учитывая тенденцию к постарению населения во многих странах мира.

Psaltopoulou T., Sergentanis T.N., Panagiotakos D.B. et al. Mediterranean diet and stroke, cognitive impairment, depression: A meta-analysis. Ann Neurol. Опубликовано онлайн 30 мая 2013 г.

Подготовил Алексей Терещенко

Препарат для лікування всіх стадій ідіопатичної хвороби Паркінсона

СКОРОЧЕНА ІНФОРМАЦІЯ ПРО ПРЕПАРАТ НЕУПРО®

Регістраційне посвідчення. UA/9279/01/01, UA/9279/01/02, UA/9279/01/03, UA/9279/01/04.

Склад. 1 пластырь містить 2 мг, 4 мг, 6 мг або 8 мг ротиголіну. Лікарська форма. Терапевтична система трансдермальна. Фармакологічна група. Стимулятори дофамінових рецепторів: Ротиголін. Протипаркінсонічні засоби. Код АТС N04B C09.

Показання. Монотерапія ідіопатичної хвороби Паркінсона на ранній стадії без застосування леводопи або в комбінації з леводопою, в тому числі у випадку лікування захворювання на пізній стадії, коли ефект монотерапії леводопою зникає.

Протипоказання. Гіперчутливість до активної речовини або до будь-якого іншого компонента препарату, вагітність, період годування груддю, дитячий вік. Проведення магнітно-резонансної томографії (МРТ) або кардіоверсії.

Спосіб застосування та дози. Препарат застосовують один раз на день. Необхідно використовувати пластырь приблизно в один і той же час щодня. Пластырь наклеюють на поверхню шкіри протягом 24 годин, а потім змінюють новим пластырем, закріпивши його на інше місце. Монотерапія ідіопатичної хвороби Паркінсона на ранній стадії (без застосування леводопи). Починають з мінімальної одноразової щоденної дози в 2 мг/24 години, потім щотижня підвищують дозування на 2 мг/24 години до досягнення ефективною дози. Для більшості пацієнтів ефективна доза досягається через 3-4 тижні і становить 6 мг/24 години – 8 мг/24 години відповідно. Максимальна доза – 8 мг/24 години. Лікування ідіопатичної хвороби Паркінсона на пізній стадії (у комбінації з леводопою). Мінімальна одноразова щоденна доза 4 мг/24 години, дозування підвищується щотижня на 2 мг/24 години до досягнення ефективною дози. Для більшості пацієнтів ефективна доза досягається через 3-7 тижнів і становить 8 мг/24 години – 16 мг/24 години відповідно. Максимальна доза – 16 мг/24 години. Застосування у людей з печінковою та нирковою недостатністю. Немає потреби у корекції дози при легкому або помірному ступені печінкової недостатності, а також у пацієнтів з різним ступенем ниркової недостатності. Не застосовувати у випадку важкого ступеня печінкової недостатності.

Метод застосування. Пластырь наклеюють на чисту, суху, нежужкажену ділянку шкіри передньої ділянки стінки живота, плеча або передпліччя, передньої або зовнішньої поверхні стегна, бокову поверхню поперекової зони. Необхідно уникати повторного нанесення пластыря на одне й те ж місце протягом 14 днів.

Побічні реакції. Близько 10% пацієнтів, які отримували лікування препаратом, відмічали такі негативні побічні реакції, як нудота, запаморочення, сонливість, реакції у місці закріплення пластыря. Вони зазвичай слабкі або помірні за ступенем вираженості і не потребують відміни препарату, навіть якщо лікування тривале.

Застосування в період вагітності або годування груддю. Препарат не застосовують у період вагітності та припиняють прийом у період годування груддю.

Категорія відпуску. За рецептом. Повну інформацію про препарат Неупро® містить інструкція для медичного застосування.

Посилання:

1. Інструкція по медичному застосуванню препарату Неупро®.
2. Elshoff J-P, Sawello W, Braun M, Horstmann R. Stable rotigotine plasma concentrations over 24 hours in patients with early-stage Parkinson's disease after once-daily transdermal administration of rotigotine [Neupro®] [abstract]. Neurology. 2006;66(suppl2):A293.
3. Elshoff J-P, Sawello W, Braun M, Horstmann R. Stable rotigotine plasma concentrations over 24 hours in patients with early-stage Parkinson's disease after once-daily transdermal administration. Poster presented at: 58th Annual Meeting of the American Academy of Neurology; April 1, 2006; San Diego, CA.
4. Giladi N, Badenhorst F, Boroojerdi B. Effects of rotigotine transdermal patch on early morning and night time motor function in patients with Parkinson's disease [abstract]. Eur J Neurol. 2007;14(suppl1):P1144.
5. Giladi N, Mar-Ki, Badenhorst F et al. for the SP926 Study Group. Effects of rotigotine transdermal patch on early morning motor function, sleep quality, and daytime sleepiness in patients with idiopathic Parkinson's disease. Results of a multicenter, multinational trial. Poster presented at: 10th Congress of the European Federation of Neurological Societies; September 2-5, 2006; Glasgow, UK.
6. Le Witt PA, Lyons KE, Pahwa R, for the SP650 Study Group. Advanced Parkinson disease treated with rotigotine transdermal system: PREFER study. Neurology. 2007; 68:1262-1267.

Інформація для публікації у виданнях, призначених для медичних та фармацевтичних працівників.



Отримати додаткову інформацію про препарат Ви можете у Представництві «ЮСБ» в Україні: 04070, м. Київ, вул. Г. Сковороди, 19. Тел. +380 44 492 94 74, Факс +380 44 492 94 75. RTG-PRM-015240_082012



- Підтримує стабільні рівні ротиголіну у плазмі крові протягом 24 годин^{2,3}
- У дослідженнях RECOVER та PREFER у хворих на ранніх та розгорнутих стадіях спостерігалось^{4,5,6}:
 - зменшення вранішньої акінезії та поліпшення сну
 - скорочення OFF* періоду та подовження ON*, без інвалідизуючих дискінезій
 - зменшення немоторних проявів хвороби Паркінсона (депресії, апатії, болю)
- Режим дозування 1 раз на день¹

Нанесення пластыря на шкіру



* OFF/ON – періоди виключення/включення

Подовжене вивільнення 24 години