

Перспективы применения α-адреноблокаторов при болезни Паркинсона

В ходе одного из докладов, сделанных в рамках II Международного инновационного симпозиума «YaltaNeuroSummit 2010: сучасні аспекти практичної неврології» (16-18 сентября, г. Ялта), заведующая отделом экстрапирамидной патологии нервной системы с Центром паркинсонизма ГУ «Институт геронтологии НАМН Украины», доктор медицинских наук, профессор Ирина Николаевна Карabanь напомнила об основных классах противопаркинсонических препаратов и поделилась своим мнением относительно целесообразности применения α-адреноблокатора ницерголина в лечении болезни Паркинсона (БП).

— Распространенность БП в украинской популяции возрастает и на сегодняшний день составляет 35 на 100 тыс. населения. Чаще всего заболеванием страдают люди старше 60 лет, однако встречаются случаи БП и у лиц моложе 40 лет.

К числу противопаркинсонических средств относят 6 классов лекарственных препаратов:

- препараты, содержащие леводопу;
- агонисты дофаминовых рецепторов (АДР);
- антихолинергические средства;
- препараты амантадина;
- ингибиторы моноаминоксидазы типа В (ИМАО-В);
- ингибиторы катехол-О-метилтрансферазы (КОМТ).

Леводопасодержащие препараты традиционно составляют золотой стандарт терапии БП, однако их прием ассоциируется с различными нежелательными явлениями, а также с риском развития двигательных флуктуаций и лекарственных дискинезий.

Новым шагом в заместительной терапии БП стал синтез препаратов леводопы пролонгированного действия, которые уменьшают волнообразные концентрации лекарственного вещества и обеспечивают более длительный эффект (до 8 ч). В настоящее время рекомендуется сочетанное применение как традиционных, так и пролонгированных и быстрорастворимых форм препаратов леводопы.

Действие АДР направлено на повышение сниженной дофаминергической активности, которое обуславливается непосредственным влиянием препарата на постсинаптические рецепторы в подкорковых ганглиях. В настоящее время группу АДР рассматривают как базовую в общей стратегии лечения БП на всех ее стадиях, особенно у пациентов молодого возраста, ориентированных на более длительную,

многолетнюю перспективу противопаркинсонической терапии. Суточную индивидуальную дозу АДР подбирают медленно, увеличивая ее в течение нескольких недель, для предотвращения нежелательных явлений. Эта группа препаратов также обладает нейропротекторным действием.

При низкой эффективности фармакотерапии, наличии флуктуаций, не поддающихся медикаментозной коррекции, прибегают к хирургическим методам лечения.

Важно напомнить, что в комплекс патогенетической терапии не входят вазоактивные средства и препараты, улучшающие метаболизм мозга.

Ницерголин был синтезирован в 1960 г. и в 1972 г. разрешен к клиническому применению. По химической структуре он представляет собой аналог алкалоидов спорыньи. Препарат оказывает α-адреноблокирующее действие и проявляет спазмолитическую активность в отношении церебральных и периферических сосудов. Спектр фармакотерапевтической активности ницерголина чрезвычайно широк (табл.).

Исследования показали, что ницерголин является патогенетически значимым в комплексной терапии пациентов со многими нейродегенеративными заболеваниями. В частности, при болезни Альцгеймера данный препарат повышает содержание ацетилхолина, селективно ингибирует ацетилхолинэстеразу, уменьшает отложение β-амилоида. В клиническом исследовании терапия ницерголином в дозе 60 мг/сут в течение 4 нед у пациентов с болезнью Альцгеймера статистически достоверно снижала оценку психического статуса по MMSE (Mini Mental State Examination) по сравнению с плацебо (Saletu et al., 1997).

В другом исследовании изучалась эффективность 6-месячного лечения ницерголином по сравнению с плацебо у 196 пациентов с деменцией легкой и средней степени тяжести (Nappi et al., 1997). Препарат значительно уменьшил выраженность когнитивной дисфункции, апатии и аффективных расстройств, а также улучшил соматические функции и межличностные отношения пациентов.

На базе центра паркинсонизма ГУ «Институт геронтологии НАМН Украины» проводилось исследование, целью которого служила оценка эффективности курсового приема препарата ницерголина Ницерיום 30 уно® в составе комплексной терапии БП. Всего в исследование

включили 21 пациента с БП в возрасте от 49 до 75 лет. Средняя длительность заболевания составила 6 лет. Помимо базисной терапии, пациенты принимали Ницерיום 30 уно® в дозе 30 мг/сут на протяжении 25 дней.

В ходе исследования был проведен анализ скорости кровотока по общей сонной артерии с помощью ультразвуковой доплерографии у пациентов, у которых максимальная систолическая частота по общей сонной артерии составила 2,5 кГц, что является границей возрастной нормы. Установлено, что после курсового приема ницерголина этот показатель увеличился с 1,96 до 2,2 кГц. Диастолическая частота кровотока повысилась с 0,6 до 0,7 кГц. Аналогичные изменения кровотока отмечались по всем исследуемым сосудам — внутренней сонной, средней мозговой и надблоковой артериях с максимальной положительной динамикой по внутренней сонной и средней мозговой артериях. Исследование также показало уменьшение коэффициента асимметрии кровотока по основным артериям головного мозга. Кроме того, после приема ницерголина уменьшалась частота выявления III типа ЭМГ-активности и снижалась средняя амплитуда мышц в покое, что является показателем выраженности акинетикоригидного синдрома.

Исследователи отметили положительную динамику проявлений дисциркуляторной энцефалопатии, сопровождавшей течение БП. До начала курсового лечения препаратом Ницерיום 30 уно® 29% пациентов отмечали постоянную головную



И.Н. Карabanь

боль, а после лечения их доля уменьшилась до 10%; жалобы на общую слабость и быструю утомляемость до лечения предъявляли 14% пациентов, тогда как после курса терапии препаратом — 10%.

После курса лечения препаратом Ницерיום 30 уно® у пациентов с БП наблюдалась нормализация двигательной активности, что проявлялось улучшением походки, осанки, мимических движений и снижением выраженности акинетикоригидного синдрома, что соответствовало снижению суммарного моторного балла по унифицированной рейтинговой шкале UPDRS на 13%. Степень уменьшения выраженности депрессии по шкале Гамильтона достигла 30%.

Таким образом, это исследование показало, что курсовое назначение Ницериума 30 уно® у больных БП может нормализовать скорость мозгового кровотока и степень его асимметрии, улучшать показатели биоэлектрической активности мышц с положительной динамикой двигательной активности у пациентов на разных стадиях клинического течения заболевания.

Подготовила Ольга Татаренко



Таблица. Эффекты и механизмы действия ницерголина	
Эффект	Механизм действия
Ноотропный	Корректирует когнитивные, аффективные, соматические и поведенческие расстройства при деменции. Сокращает латентный период потенциалов, связанных с событием. Нормализует биоэлектрическую активность и информационные процессы мозга. Сокращает время реакции. Корректирует негативную психопатологическую симптоматику
Полинейромедиаторный	Оказывает α-адреноблокирующее действие. Улучшает холинергические функции при старении. Повышает обмен дофамина. Улучшает нейротрансмиссию за счет усиления обмена фосфоинозита и транслокации протеинкиназы С
Нейропротекторный	Оказывает антиоксидантное действие. Обеспечивает нейропротекцию при аноксии и гипоксии. Предупреждает нейрональный апоптоз. Повышает уровень фактора роста нервов
Метаболический	Усиливает церебральный метаболизм, включая синтез протеинов. Влияет на кальциевые каналы и обмен кальция. Способствует поддержанию постоянной концентрации магния в ЦНС и мягких тканях
Вазоактивный	Вызывает вазодилатацию. Предупреждает ишемию. Улучшает мозговой кровоток. Повышает линейную скорость кровотока. Снижает артериальное давление

Периферичний вазодилататор

НИЦЕРІУМ®
ніцерголін

Інформація для фахівця

Ніцеріум 30 УНО
№ UA/0339/01/01 від 02.02.2009
№ 51
Ніцеріум 10 мг № UA/04771-2/02
від 20.07.2008 № 499

SANDOZ
Здорові рішення