5. Sjaastad O., Salvesen R., Jansen J. et al. Cervicogenic headache a critical view on pathogenesis. *Funct Neurol* 1998;13:71—4.
 6. Sjaastad O., Joubert J., Elsas T. et al. Hemispheric and cervicogenic headache. Separate headaches or two faces of the same headache? *Funct Neurol* 1993;8:79—83.
 7. Bogduk N., Aprill C. On the nature of neck pain, discography and cervical zygapophysial joint blocks. *Pain* 1993;54:213—7.
 8. Путилина М.В., Гришин Д.В. Синдром позвоночной артерии: диагностика и терапия. *Фарматека* 2010;20:71—5.
 9. Lord S.M., Bogduk N. The cervical synovial joints as sources of post-traumatic headache. *J Musculoskel Pain* 1996;4:81—94.
 10. Осипова В.В. Головная боль напряжения: диагностика и терапия. *Вестн семейн мед* 2010;2:26—30.

11. Antonaci F., Pareja J.A., Caminero A.B. et al. Chronic paroxysmal hemicrania and hemicrania continua: anaesthetic blockades of pericranial nerves. *Funct Neurol* 1997;12:11—5.
 12. Осипова В.В. Головная боль напряжения. М.: ОГГИ, 2009;44 с.
 13. Стайнер Т.Д., Пемелера К., Йенсен Р. и др. Европейские принципы ведения пациентов с наиболее распространенными формами головной боли в общей практике. М.: ОГГИ, 2010;56 с.
 14. Табеева Г.Р., Азимова Ю.Э. Новое в лечении эпизодической головной боли напряжения. *Фарматека* 2010;20:84—90.
 15. Chaudhary A., Gupta R.L. Double blind, randomised, parallel, prospective, comparative, clinical evaluation of a combination of antispasmodic analgesic Diclofenac + Pitofenone + Fenpiverinium (Manyana vs Analgin + Pitofenone + Fenpiverinium (Baralgin) in bil-

iary, ureteric and intestinal colic. *J Indian Med Assoc* 1999;97:244—5.
 16. Diamond S., Balm T.K., Freitag F.G. Ibuprofen plus caffeine in the treatment of tension-type headache. *Clin Pharmacol Ther* 2000;68(3):312—9.
 17. Golhar K.B., Gupta R.L. Open labeled evaluation of injection Manyana (a combination of diclofenac + pitofenone + enpiverinium) in ureteric, biliary and intestinal spasm — a preliminary report. *J Indian Med Assoc* 1999;97:398—400.
 18. Packman B., Packman E., Doyle G. et al. Solubilized ibuprofen: evaluation of onset, relief, and safety of a novel formulation in the treatment of episodic tension-type headache. *Headache* 2000;40:561—7.
 19. Sparano N. Is the combination of ibuprofen and caffeine effective for the treatment of a tension-type headache? *J Fam Pract* 2001;50:10.

С.А. Румянцева¹, О.А. Сохова², Е.В. Силина³

¹РНИМУ им. Н.И. Пирогова, ²МУЗ Поликлиника № 7, Нальчик, ³Первый МГМУ им. И.М. Сеченова

Нейропротективная терапия хронической ишемии головного мозга и ишемического инсульта в восстановительном периоде, применение кавинтона

Рассмотрен вопрос о целесообразности и эффективности нейроцитопroteкции при постинсультной реабилитации — системе мероприятий, направленных на преодоление имеющихся нарушений, приспособление пациента к самообслуживанию и трудовой деятельности в новых условиях, возникших вследствие заболевания. Проанализированы данные литературы, посвященные изучению механизмов действия и клинической эффективности препарата винпоцетин (кавинтон). Собственное исследование авторов позволило положительно оценить возможности полноценной постинсультной реабилитации и показало необходимость ее длительного многомесячного и даже многолетнего проведения для достижения максимального клинического эффекта.

Ключевые слова: инсульт, хроническая ишемия, постинсультная реабилитация, нейропротекция, кавинтон.

Контакты: Софья Алексеевна Румянцева sofirum@yandex.ru

Neuroprotective therapy for chronic cerebral ischemia and ischemic stroke in the rehabilitation period; use of cavinton

S.A. Rumyantseva¹, O.A. Sokhova², E.V. Silina³

¹N.I. Pirogov Russian Research Medical University; ²Polyclinic Seven, Nalchik; ³I.M. Sechenov First Moscow State Medical University

The paper considers the expediency and efficiency of neurocytoprotection in poststroke rehabilitation, a system of measures to overcome existing disorders; a patient's adjustment to self-service and work activities under new disease-induced conditions. It analyzes the data available in the literature on studies deals with the mechanisms of action and clinical efficacy of vinpocetine (cavinton). The authors' study could positively appreciate the possibilities of adequate poststroke rehabilitation and showed the need for its long performance for many months and even many years to achieve the maximum clinical effect.

Key words: stroke, chronic ischemia, poststroke rehabilitation, neuroprotection, cavinton.

Contact: Sofia Alekseyevna Rumyantseva sofirum@yandex.ru

Актуальность проблемы

Лечение острых и хронических форм нарушения мозгового кровообращения — важная медицинская и социально-экономическая проблема. В Российской Федерации частота инсульта составляет 348 на 100 тыс. населения, 34,6% этих пациентов умирают в течение первого месяца с момента заболевания, а около 76% выживших больных становятся

тяжелыми инвалидами [1–3]. Большое число пациентов (более 1 млн), перенесших инсульт, до конца жизни нуждаются в медико-социальной помощи, что сопряжено со значительными финансовыми затратами не только для их семей, но и для государства [1].

Недостаточно эффективное лечение острых и хронических расстройств кровообращения головного мозга ведет

к ухудшению качества жизни пациентов, снижению социальной и семейной адаптации, повышению риска развития повторных нарушений мозгового кровообращения, росту смертности, сокращению продолжительности жизни пациентов [4–7]. Для более полноценной защиты клеток мозга от повреждающих воздействий прогрессирующей церебральной ишемии создаются новые группы препаратов, ведется клиническое изучение более «адресного» применения уже известных лекарственных средств.

Эффективность нейропротекторов

В качестве нейропротекторов используется большое число препаратов с различным механизмом действия. Эффективность большинства из них продемонстрирована в эксперименте, но не подтверждена в клинике. Метаболические, функциональные и морфологические особенности нервной ткани, многофакторность патогенеза, зональность и этапность острого и прогрессирующего хронического ишемического повреждения делают чрезвычайно сложной успешную нейропротективную терапию [8]. Неудача клинического применения подавляющего большинства нейропротекторов обусловлена объективными причинами. Так, позднее начало терапии в клинике в отличие от эксперимента часто приводит к постишемическим изменениям в нервной ткани [4], опережающим фармакодинамические эффекты таких препаратов. Кроме того, особенностью патофизиологического каскада при церебральной ишемии является значимый вклад реперфузии как в процесс сохранения жизнедеятельности, так и в постишемический апоптоз клеток [9]. Некоторые нейропротективные препараты плохо проникают через гематоэнцефалический барьер, не попадают в зону пенумбры и не воздействуют на эндотелий сосудистой стенки. Недостаточно эффективные дозы или кратковременные курсы ухудшают результат нейропротекции. В постинсультном периоде перенесенная тяжелая мозговая сосудистая катастрофа в ряде случаев создает условия, при которых эффект нейропротективных препаратов может быть минимальным, особенно у больных с сахарным диабетом [10], высокими показателями артериального давления (АД), сосудистой деменцией. Для оценки эффективности нейропротективных средств в клинике в отличие от эксперимента важна стандартизация групп пациентов. Крайне редко удается подобрать абсолютно идентичную группу больных с равномерным распределением признаков и случайных факторов, т.е. с совершенно идентичными размерами очагов ишемии или кровоизлияния, сопутствующей патологией, а также одинаковой индивидуальной резистентностью к гипоксии. Доказано, что индивидуальная резистентность к гипоксии часто определяет течение и исход ишемического повреждения, однако в настоящее время этот показатель вообще не учитывается при рандомизации больных, включенных в клинические исследования эффективности различных препаратов при церебральной сосудистой патологии [8, 11]. Поэтому лечение острых мозговых сосудистых событий, как и их последствий, является сложной задачей и для невролога, и для терапевта, которые наблюдают таких пациентов в повседневной клинической практике. Еще более сложной задачей становится лечение больных, перенесших острый инсульт, которое проводится в реабилитационных центрах, санаториях и очень часто на дому. В решении этой проблемы должны участвовать неврологи, терапевты, физиотерапевты, логопеды, медицинские психологи и социальные работники [12, 13].

Терапия

Основные этапы лечения больных, перенесших инсульт:

- восстановление (улучшение) нарушенных функций;
- бытовая и социальная адаптация к имеющемуся дефекту;
- профилактика повторного инсульта и других сердечно-сосудистых заболеваний;
- лечение сопутствующих заболеваний.

Поскольку реабилитационными мероприятиями в специализированных учреждениях охвачена ничтожно малая часть пациентов, перенесших инсульт, основная нагрузка по постинсультной реабилитации ложится на врачей амбулаторно-поликлинического звена.

Сложности полноценной терапии больных с церебральной ишемией, в том числе на поликлиническом этапе, обусловлены многофакторностью патогенеза ишемического инсульта и прогрессирующих постинсультных сосудистых церебральных расстройств. У таких больных обязательно использование комплексной терапии, влияющей на различные звенья ишемического каскада, который в постинсультном периоде поддерживается сохраняющейся нестабильной системной гемодинамикой, артериальной гипертензией (АГ) с кризовым течением, расстройствами системы гемостаза, эндотелиальной дисфункцией и прежде всего гипоперфузией мозговой ткани, углубляющей постишемическую нейродегенерацию [8, 11]. При ишемии мозга необходимо применение лекарственных средств, воздействующих на систему гемостаза, гипотензивных препаратов, вазодилататоров, нейрометаболических средств. Перспективно использование препаратов, препятствующих развитию глутаматной эксайтотоксичности (ПК-Мерц), антиоксидантов (цитофлавин, мексидол), лекарственных средств, оказывающих нейротрофическое действие (церебролизин), а также препаратов, достоверно повышающих уровень церебральной перфузии в микроциркуляторном русле (кавинтон). Эти препараты воздействуют на основные патогенетические механизмы развития церебральной ишемии [14, 15] и, следовательно, могут реально помочь пациентам с острыми и хроническими формами нарушения мозгового кровообращения и, как показывает клинический опыт, даже с постинсультными расстройствами различной тяжести.

При этом необходимым условием эффективной постинсультной реабилитации, помимо фармакотерапии, является длительное применение активных методов физической реабилитации [12, 16, 17]. Подбор наиболее эффективных средств для комплексного нейропротективного воздействия с учетом сложного многокомпонентного патогенеза ишемического каскада может существенно улучшить качество жизни пациентов с острой и хронической недостаточностью мозгового кровообращения [6, 8].

Применение кавинтона

Кавинтон, синтезированный почти 50 лет назад, хорошо изучен и имеет безупречную клиническую репутацию, успешно конкурируя с новыми нейропротективными препаратами. С помощью современных иммунологических, биохимических и цитохимических методов установлены молекулярные механизмы нейропротективного эффекта кавинтона: улучшение мозгового метаболизма, потребления и утилизации глюкозы и кислорода, переносимости гипоксии клетками мозга, обмена глюкозы (перевод его в энергетически более выгодное аэробное направление), увеличение

концентрации АТФ и отношения АТФ/АМФ, внутримозгового обмена норадреналина и серотонина, стимуляция восходящей норадренергической системы, антиоксидантное действие [18–31]. Кавинтон ингибирует агрегацию тромбоцитов, снижает вязкость крови, особенно при малых скоростях сдвига, нормализует деформируемость эритроцитов, способствует внутритканевому транспорту кислорода. Уникальность препарата — в его способности влиять на патогенез цереброваскулярной недостаточности, в том числе на постгипоксические расстройства церебрального метаболизма и снижение церебральной перфузии. Препарат способен повышать кровоток по церебральным сосудам среднего и мелкого калибра, избирательно увеличивать мозговой кровоток и уменьшать локальное внутрисосудистое сопротивление — так называемое напряжение сдвига. При этом кавинтон практически не влияет на системное кровообращение (АД, минутный объем, частоту сердечных сокращений и общее периферическое сопротивление) и не вызывает феномена обкрадывания. Препарат прошел свыше 100 экспериментальных и клинических испытаний с участием более 30 тыс. пациентов. Исследования, в ходе которых кавинтон продемонстрировал преимущества перед традиционными лекарственными средствами, проводились в Японии, России, США, Великобритании, Германии, Франции, Италии, Португалии [18–20, 32–44]. Достоинство препарата — сочетание высокой эффективности, хорошей переносимости, безопасности у пациентов пожилого возраста (даже при длительном применении), избирательности действия на ЦНС с отсутствием синдрома обкрадывания, взаимодействия с другими лекарственными средствами, влияния на функцию других органов, токсического действия и кумуляции. В последнее время выявлены новые эффекты кавинтона, в том числе мембраностабилизирующий, стимуляция норадренергической системы восходящей ретикулярной формации, участие в модуляции нейрональной пластичности.

В исследовании, проведенном B. Lendvai и соавт. [44], показано, что введение кавинтона вызывает активное формирование дендритических шипиков нейронов. Отдельно следует отметить положительное влияние препарата на способность к обучению и сохранению информации. D.M. Coleston и I. Hindmarch [35] отметили достоверное улучшение кратковременной памяти после перорального приема 40 мг/сут кавинтона, что позволяет отнести препарат к группе так называемых когнитивных усилителей (ноотропов).

Выраженное ноотропное действие кавинтона подтверждено в рандомизированном двойном слепом плацебоконтролируемом исследовании, в котором изучали эффективность перорального приема препарата в дозе 15; 30 и 60 мг/сут у 685 больных старше 60 лет с психоорганическим синдромом легкой или средней степени тяжести [34, 36, 39]. Улучшение состояния было выявлено у 85% больных, в том числе у 51% значительное. Лечение кавинтоном достоверно улучшало внимание и память, настроение и поведение, повышало повседневную активность и удовлетворенность жизнью.

N. Diodo и соавт. [37] изучали эффективность кавинтона у пациентов с болезнью Альцгеймера. Было подтверждено положительное влияние препарата на динамику когнитивных функций. Особо следует отметить эффективность кавинтона у пожилых пациентов, отсутствие клинически значимых лекарственных взаимодействий с препаратами других фармакологических групп. Во многих исследованиях

продемонстрирован дозозависимый эффект кавинтона. Дальнейшее изучение использования больших доз препарата и более длительных курсов лечения поможет оптимизировать выбор тактики терапии.

В последние годы благодаря хорошей переносимости и практическому отсутствию нежелательных явлений кавинтон назначают в дозе 30–50 мг/сут как парентерально, так и перорально.

В мультицентровом исследовании эффективности и безопасности кавинтона у пациентов с цереброваскулярной недостаточностью схема парентерального назначения препарата предполагала титрование дозы от 20 до 50 мг/сут в течение 7 дней с последующим переходом на пероральный прием 30 мг/сут в 3 приема. Исследование длилось 3 мес [32]. Исследуемую группу составили 159 пациентов (46 мужчин и 113 женщин) с цереброваскулярной недостаточностью в возрасте от 35 до 75 лет, находившихся на амбулаторном лечении и получавших препарат кавинтон в течение первой недели внутривенно капельно в дозе 20; 30; 40; 50; 50; 50; 50 мг/сут в разведении 500 мл физиологического раствора. В дальнейшем пациенты получали кавинтон форте перорально 30 мг/сут, разделенных на 3 приема в течение 11 нед. Помимо этого, больным исследуемой группы назначали максимально унифицированную терапию. В исследование вошли пациенты с диагностированным цереброваскулярным заболеванием, подтвержденным при компьютерной/магнитно-резонансной томографии (КТ/МРТ), с показателями по краткой шкале оценки психического статуса (КШОПС) от 24 до 28 баллов и индексом массы тела от 18 до 35 кг/м². Все пациенты, включенные в исследование, в течение всего периода наблюдения имели стабильные цифры АД. Выявлена статистически значимая разница между начальным уровнем и конечной точкой исследования (90-е сутки) по шкале КШОПС (медиана при врачебном осмотре 1:27,0 и среднее — 1:26,6, медиана при врачебном осмотре 3:28,5 и среднее — 3:28,5; $p < 0,0001$). Также выявлена статистически значимая разница в балльной оценке по КШОПС между данными первого врачебного осмотра и клинического тестирования уже на 8-е сутки наблюдения, т.е. ко времени окончания парентерального приема препарата, а также между данными второго и третьего врачебного осмотра. Среднее улучшение по КШОПС составило 2 пункта, что явилось значительной динамикой для больных с мягкими когнитивными нарушениями. При оценке качества жизни наибольшая эффективность курсового лечения кавинтоном отмечена по шкале физического функционирования опросника SF-36, шкалам ролевого функционирования, связанным с физическим и эмоциональным состоянием, жизненной активности и социального функционирования, общего состояния здоровья, психического здоровья и жизненной активности, а наименьшая — по пункту «интенсивность боли». Было выявлено статистически достоверное улучшение балльной оценки по шкалам общего клинического впечатления и общего впечатления пациента об изменениях ($p < 0,0001$). Таким образом, изучение эффективности и безопасности препарата в высоких дозах у пациентов с цереброваскулярной недостаточностью показало статистически достоверное улучшение когнитивных функций, общего состояния и качества жизни. Данный выраженный положительный эффект никогда не сопровождался достоверным снижением или повышением АД, изменением электрической активности и ритма сердца.

ЗОЛОТОЙ СТАНДАРТ ТЕРАПИИ ЭНЦЕФАЛОПАТИИ ПРИ ГИПЕРТОНИИ

- Эффективная нейрореабилитация энцефалопатии и инсульта¹
- Улучшение памяти и концентрации внимания²
- Устранение головокружения²

ИНТЕЛЛЕКТ НА МНОГО ЛЕТ

Кавинтон®

оригинальный препарат

1. Суслина З.А., Танашян М.М. и др. РМЖ, 2002, 10:25:1170–1174
2. Чуканова Е.И. «Неврология и психиатрия»; 12, 2010

ГЕДЕОН РИХТЕР

Представительство ОАО «Геден Рихтер» (Венгрия): г. Москва 119049, 4-й Добрынинский пер., д. 8,
Тел.: (495) 363-3950, Факс: (495) 363-3949, e-mail: centr@g-richter.ru www.g-richter.ru

www.kavinton.ru

Неблагоприятные побочные эффекты выявлены всего у 8,8% пациентов, вошедших в исследование, причем как в группе плацебо, так и в группе кавинтона. В многочисленных клинических исследованиях продемонстрированы эффективность и безопасность длительного применения кавинтона (до 2 лет).

Аналогичные результаты получены нами в длительном исследовании, предпринятом для оценки влияния различных видов фармакотерапии и физических методов реабилитации (лечебная физкультура — ЛФК, массаж, курсы физиотерапии — ФТ) у пациентов, перенесших инсульт. Изолированную сосудистую и нейропротективную терапию, включавшую и курсы парентерального и перорального приема кавинтона, проводили пациентам на дому и при посещении поликлиники в течение 2 лет. В исследование включено 75 пациентов, перенесших инсульт и наблюдавшихся в поликлинике № 7 Нальчика с 2005 по 2010 г. Средний возраст пациентов составлял $60,1 \pm 8,2$ года. Мужчин было 42,5%, женщин — 57,5%. Длительность наблюдения — 2 года с момента возникновения инсульта. В остром периоде инсульта 68% больных лечились в больнице, остальные 32% — на дому. У всех пациентов проводили комплексный динамический мониторинг с оценкой соматического, неврологического статуса по шкале тяжести инсульта Национального института здоровья США (National Institutes of Health — NIH), модифицированной шкале восстановления Рэнкина (МШР), индексу социальной адаптации Бартел на 1; 30; 90; 180-е сутки через 1 и 2 года после инсульта. Тяжесть инсульта по NIH (средний балл) в 1-е сутки составила $11,5 \pm 3,4$ балла. Инсульт локализовался в правом полушарии у 35 пациентов, в левом — у 25, в вертебробазилярном бассейне — у 15. Пациенты 1-й группы получали лечение только на дому. Пациенты 2-й группы после стационарного лечения наблюдались неврологом и терапевтом на дому. Пациенты 3-й группы после стационарного лечения продолжали терапию в поликлинике и на дому. Каждая груп-

па была поделена на 2 подгруппы в зависимости от метода лечения: в 1-й и 2-й группах 1-я подгруппа получала сосудистую и нейропротективную терапию (СН), 2-я подгруппа — СН и ФТ; в 3-й группе — соответственно СН и ФТ; СН, ФТ и санаторно-курортное лечение. СН включала применение таких препаратов, как кавинтон и кавинтон форте, цитофлавин, актовегин, церебролизин и пирацетам, а ФТ — ЛФК и массаж. Курсы лечения у пациентов 2-й и 3-й групп обычно продолжались 2 мес, перерыв в терапии составлял 2–3 мес. Курсы лечения у больных 1-й группы обычно были прерывистыми, длительность их составляла от 10 до 20 дней, перерывы в лечении — 4–6 мес.

Результаты исследования показали лучшее восстановление (по шкале NIH) у пациентов, получавших СН и ФТ, по сравнению с пациентами, которым назначали только СН (снижение на 3,5 и 2 балла соответственно). На фоне длительной комплексной терапии было выявлено уменьшение степени инвалидизации по МШР и индексу Бартел. Самый низкий уровень восстановления отмечен у пациентов 1-й группы. В ходе исследования пациенты 2-й и 3-й групп получали курсы терапии кавинтоном длительностью до 2 мес в дозе до 30 мг/сут, что в сочетании с другими методами реабилитации позволило добиться более выраженного клинического эффекта.

Постинсультная реабилитация направлена на преодоление имеющихся нарушений, приспособление пациента к самообслуживанию и трудовой деятельности в новых условиях, возникших вследствие заболевания, и представляет собой сложную динамическую систему мероприятий, способствующих восстановлению больного. Проведенное исследование позволило положительно оценить возможности полноценной постинсультной реабилитации и показало необходимость ее длительного многомесячного и даже многолетнего проведения для достижения максимального клинического эффекта.

ЛИТЕРАТУРА

1. Гусев Е.И., Скворцова Л.В., Стаховская Л.В. Проблема инсульта в Российской Федерации: время активных совместных действий. Журн неврол и психиатр 2007;8:4–10.
2. Скворцова В.И., Стаховская Л.В. Эпидемиология церебрального инсульта в РФ. Материалы всероссийской научно-практической конференции «Нарушения мозгового кровообращения», Иркутск, 2011;7–15.
3. Суслина З.А., Варякин Ю.Я., Верещагин Н.В. Сосудистые заболевания головного мозга: Эпидемиология. Основы профилактики. М.: МЕДпресс-информ, 2006;256 с.
4. Гусев Е.И. Скворцова В.И. Ишемия головного мозга. М.: Медицина, 2001;328 с.
5. Верещагин Н.В., Ганнушкина И.В., Суслина З.А. и др. Очерки ангионеврологии. М.: Атмосфера, 2005;368 с.
6. Скворцова В.И. Хроническая ишемия мозга. Журн бол серд и сосуд 2006;3:4–8.
7. Румянцева С.А., Силина Е.В. Энергокоррекция и качество жизни при хронической ишемии мозга. М.: Медицинская книга, 2007;60 с.
8. Румянцева С.А., Ступин В.А., Афанасьев В.В. и др. Критические состояния в клинической практике. М.: Медицинская книга, 2011;752 с.
9. Скворцова В.И. Участие апоптоза в формировании инфаркта мозга. Журн неврол и психиатр. Прил Инсульт 2001;2:12–9.
10. Ступин В.А., Румянцева С.А., Силина Е.В. Мультидисциплинарные подходы к лечению синдромов ишемии и гипоксии у больных сахарным диабетом. М.: МИА-ПРИНТ, 2011;56 с.
11. Румянцева С.А., Ступин В.А., Афанасьев В.В. и др. Второй шанс (современные представления об энергокоррекции). М.: Медицинская книга, 2010;176 с.
12. Рекомендации по ведению больных с ишемическим инсультом и транзиторными ишемическими атаками. Исполнительный комитет Европейской инсультной организации (ESO) и Авторский комитет ESO (<http://www.eso-stroke.org>). Пер. с англ. В.И. Скворцовой и Н.А. Шамалова. М.: Бионика: 2008;114 с.
13. Langhorne P, Pollock A. What are the components of effective stroke unit care? Age Ageing 2002;31:365–71.
14. Афанасьев В.В., Баранцевич Е.Р., Румянцева С.А. и др. Фармакотерапия синдромов ишемии. СПб. — М.: Юралекс, 2011;76 с.
15. Румянцева С.А., Афанасьев В.В. Патофизиологическая основа комплексной нейропротекции при ишемии мозга. Журн неврол и психиатр 2009;109(3):64–8.
16. Поляев Б.А., Иванова Г.Е., Лобов А.Н. и др. Объективные методы расширения двигательной активности больных с сосудистой патологией на стационарном этапе восстановительного лечения. Журн ЛФК и мас 2009;9:46–7.
17. Kalra L., Dale P., Crome P. Improving stroke rehabilitation. A controlled study. Stroke 1993;24:1462–7.
18. Кавинтон в эксперименте и клинической практике. Методические рекомендации. Под ред. Е.И. Гусева. М., 1998.
19. Хорват Ш. Кавинтон в терапии хронической недостаточности мозгового кровообращения. Orvosi Hetilap 2001;8:383–9.
20. Суслина З.А., Танашян М.М., Ионова В.Г. и др. Кавинтон в лечении больных с ишемическими нарушениями мозгового кровообращения. РМЖ 2003;10(25):1170–4.
21. Хаджиев Д. Нейропротективная терапия при латентных формах недостаточности мозгового кровообращения как первичная профилактика ишемического инсульта. Журн кач клин практ 2003;2:1–5.
22. Shibota M., Kakihana M., Nagaoka A. The effect of vinpocetine on brain glucose uptake

- in mice. Nip Yakurigaku Zasshi 1982;80(3):221–4.
23. Kiss B., Szporny L. On the possible role of central monoaminergic systems in the central nervous system actions of vinpocetine. Drug Dev Res 1988;14:263–79.
24. Erdo S.L., Cai N.S., Wolff J.R. et al. Vinpocetine protects against excitotoxic cell death in primary cultures of rat cerebral cortex. Eur J Pharmacol 1990;187(3):551–3.
25. Lakics V., Sebestyen M.G., Erdo S.L. Vinpocetine is a highly potent neuroprotectant against veratridin-induced cell death in primary cultures of rat cerebral cortex. Neurosci Lett 1995;185(2):127–30.
26. Miyazaki M. The effect of a cerebral vasodilator vinpocetine on cerebral vascular resistance evaluated by the Doppler ultrasonic technique in patients with cerebrovascular diseases. Angiology 1995;46(1):53–8.
27. Molnar P., Erdo S.L. Vinpocetine is potent as phenytoin to block voltage-gated Na⁺ channels in rat cortical neurons. Eur J Pharmacol 1995;273(3):303–6.
28. Erdo S.L., Molnar P., Lakics V. et al. Vincamine and vincanol are potent blockers of voltage-gated Na⁺ channels. Eur J Pharmacol 1996;314(1–2):69–73.
29. Kiss B., Karpati E. Mechanism of action of vinpocetine. Acta Pharm Hung 1996;66(5):213–24.
30. Ley Beth M. Vinpocetine: revitalize your brain with periwinkle extract. BL Publications, Detroit Lakes, MN, 2000;17.
31. Santos M.S., Duarte A.I., Moreira P.I. et al. Synaptosomal response to oxi-dative stress: effect of vinpocetine. Free Radic Res 2000;32(1):57–66.
32. Чуканова Е.И. Эффективность кавинтона в лечении пациентов с хронической недостаточностью мозгового кровообращения. Российская многоцентровая клиничко-эпидемиологическая программа «КАЛИПСО». Журн неврол и психиатр 2010;12:49–52.
33. Ebi O. Jpen-labeled phase III clinical trials with vinpocetine in Japan. Ther Hung 1985;33:41–9.
34. Fenzl E., Apecechea V., Schaltenbrand R. et al. Long-term study concerning tolerance and efficacy of vinpocetine in elderly patients suffering from a mild to moderate organic psychosyndrome in Senil Dementias: Early Detection. Eurotext 1986;580–5.
35. Coleston D.M., Hindmarch I. Possible memory-enhancing properties of vinpocetine. Drug Dev Res 1988;14:191–3.
36. Blaha L., Erzigkeit H., Adamczyk K. et al. Clinical evidence of the effectiveness of vinpocetine in the treatment of organic psychosyndrome. Human Psych 1989;4:103–11.
37. Jhal L.J., Salmon D.P., Lasker B. et al. The safety and lack of efficacy of vinpocetine in Alzheimer's disease. J Amer Geriatr Soc 1989;37(6):515–20.
38. Gaal L., Molnar P. Effect of vinpocetine on noradrenergic neurons in rat locus coeruleus. Eur J Pharmacol 1990;187(3):537–9.
39. Hindmarch L., Fuchs H., Erzigkeit H. Efficacy and tolerance of vinpocetine in ambulant patients suffering from mild to moderate organic psychosyndromes. Int Clin Psychiat 1991;6:31–43.
40. Hayakawa M. Effect on vinpocetine on red blood cell deformability in stroke patients. Arzneim Forsch 1992;42(4):425–7.
41. Bereczki D., Fekete I. A systematic review of vinpocetine therapy in acute ischemic stroke. Eur J Pharmacol 1999;55(5):349–52.
42. Gulyas B., Haldin C., Karlsson P. Brain uptake and plasma metabolism of (11C) vinpocetine: a preilimnary PET study in a cynomolgus monkey. J Neuroimaging 1999;9(4):217–22.
43. Goldstein L.B., Adams R., Becker K. et al. Primary prevention of ischemic stroke: a statement for healthcare professionals from the Stroke Council of the American Heart Association. Stroke 2001;32:280–99.
44. Lendvai B., Zelles T., Rozsa B. et al. A vinca alkaloid enhances morphological dynamics of dendritic spines of neocortical layer 2/3 pyramidal cells. Brain Res Bull 2003;59(4):257–60.

П Р А В И Л А Д Л Я А В Т О Р О В

Журнал «НЕВРОЛОГИЯ, НЕЙРОПСИХИАТРИЯ, ПСИХОСОМАТИКА» приглашает авторов к активному сотрудничеству.

Все статьи, в том числе подготовленные аспирантами и соискателями ученой степени кандидата наук по результатам собственных исследований, принимаются к печати бесплатно.

- 1** Статьи, направляемые в журнал, должны быть представлены в электронном виде с распечаткой на бумаге. Рукопись печатается на одной стороне листа шрифтом 14 через 1,5 интервала, с полями не менее 2 см (приблизительно 1800 знаков на странице).
- 2** Рукопись должна включать в себя: резюме и ключевые слова, текст, таблицы и рисунки с подписями, список литературы. После названия статьи указываются фамилия и инициалы каждого автора и учреждение, электронный адрес автора, ответственного за переписку; в конце статьи — телефоны авторов.
- 3** Для всех статей обязательно резюме на русском языке и 3—5 ключевых слов для перевода (в целом — не более 250 слов). Для оригинальных исследований резюме структурированное: цель исследования; материал и методы; результаты исследования; заключение.
- 4** Ссылки на литературу нумеруются последовательно, в порядке упоминания в тексте и обозначаются арабскими цифрами в квадратных скобках.
- 5** Фотографии должны быть в оригинале или в электронном виде в формате tiff с разрешением не менее 300 dpi (точек на дюйм).
- 6** Графики, схемы и рисунки должны быть представлены в формате Adobe Illustrator (но не MS PowerPoint или MS Excel).
- 7** К рукописи должно быть приложено сопроводительное письмо на имя главного редактора, в котором обязательно указывается, что статья ранее не была опубликована и не направлена одновременно в другой журнал; что все авторы ее одобрили и способны подтвердить достоверность представленных данных.
- 8** Все статьи, присланные в журнал, подвергаются рецензированию.

Статьи следует направлять по e-mail: info@ima-press.net или по адресу: 123104, Москва, а/я 68, Издательство «ИМА-ПРЕСС». Телефон редакции: (495) 941-99-61.

З.А. Суслина, А.В. Фоякин, Л.А. Гераскина, В.А. Шандалин
Кардионеврология: справочное руководство с обзором клинических исследований
Под ред. З.А. Суслиной и А.В. Фоякина
М.: ИМА-ПРЕСС, 2011

Новое руководство написано коллективом авторов Научного центра неврологии РАМН и посвящено актуальному интегративному направлению современной медицины — кардионеврологии.

В первой части в алфавитном порядке приведены статьи по различным аспектам смежных дисциплин, включая ангионеврологию, кардиологию, кардиохирургию, эндоваскулярную хирургию, функциональную диагностику сердечно-сосудистых заболеваний.

Во второй части дана краткая характеристика основных международных исследований, отражающих различные направления кардионеврологии и выполненных в соответствии с принципами доказательной медицины.

При подготовке руководства были использованы Национальные клинические рекомендации Всероссийского научного общества кардиологов, Европейские рекомендации по ведению больных с инсультом, рекомендации Американской ассоциации сердца и Американской ассоциации инсульта по первичной и вторичной профилактике инсульта в редакции 2011 г., основополагающие российские и зарубежные публикации, интернет-ресурсы.

Руководство адресовано врачам различных специальностей — неврологам, терапевтам, кардиологам, сердечно-сосудистым хирургам, специалистам по рентгенохирургическим методам исследования и лечения заболеваний сердца и сосудов, функциональной и ультразвуковой диагностике.

Заказ книг по телефону: 8(495) 941-99-61.

УВАЖАЕМЫЕ КОЛЛЕГИ!

Подписка на журнал

Подписной индекс — 41239

**«НЕВРОЛОГИЯ,
НЕЙРОПСИХИАТРИЯ,
ПСИХОСОМАТИКА» —**

через каталог «ПРЕССА РОССИИ».

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