больному. К сожалению, сегодня отмечается некоторый дисбаланс в рациональном распределении сил службы скорой помощи: с одной стороны, поступает значительное количество вызовов от пациентов, которым требуется плановое лечение либо купирование гипертонического криза; с другой стороны, в подавляющем большинстве случаев инфаркта миокарда больной обращается за помощью лишь спустя несколько часов, а то и дней после начала развития симптоматики, когда вопрос о восстановлении коронарного кровотока уже не является актуальным. Между тем любое промедление при остром инфаркте миокарда может оказаться фатальным: по данным мировой статистики, лишь половина пациентов с острым коронарным синдромом доживает до приезда бригады скорой помощи в связи с высоким риском развития фибрилляции желудочков и внезапной коронарной смерти.

Мы – одна из немногих в Украине бригад скорой помощи, укомплектованных современным тромболитиком Метализе® в необходимом количестве; таким образом, мы имеем возможность проводить догоспитальный тромболизис всем пациентам, которым он показан. Следует понимать, что это высокоэффективный метод лечения, позволяющий значительно уменьшить степень поражения миокарда, улучшить прогноз и выживаемость больных.

! Так, 30-дневная смертность пациентов с инфарктом миокарда, которым не проводилось восстановление коронарного кровотока, составляет около 20%. С учетом случаев догоспитальной летальности эта патология уносит жизни 67% больных. При проведении госпитального тромболизиса 30-дневная смертность снижается до 8%. Если больным острым инфарктом миокарда в условиях стационара выполняется аортокоронарное шунтирование, смертность снижается до 5%. Догоспитальный тромболизис с последующим стентированием позволяет достичь выживаемости в 96,8-96,9% случаев.

Существуют четкие показания для проведения тромболизиса, к которым относятся появление клинических симптомов острого коронарного синдрома в течение последних 6 ч; подъем сегмента ST на ЭКГ, зарегистрированной в 12 отведениях (≥0,1 мВ в ≥2 отведениях от конечностей либо >0,2 мВ в ≥2 последовательных грудных отведениях), указывающий на острый коронарный синдром, или блокада левой ножки пучка Гиса; возраст ≥18 лет. К критериям исключения относятся травмы и ранения в течение последних 2 нед; наличие язвенной болезни; геморрагический инсульт; возраст младше 18 и старше 75 лет.

За первый неполный год в г. Виннице было выполнено 16 процедур тромболизиса на догоспитальном этапе. После открытия ангиографического отделения в Винницкой городской больнице № 1 мы стали более дифференцированно подходить к возможности проведения догоспитального тромболизиса: пациентов с абсолютными показаниями к коронарографии (наличием кардиогенного шока, отеком легких, снижением насосной функции сердца), у которых тромболизис имеет меньше преимуществ по сравнению с экстренным стентированием, в условиях реанимации доставляют в отделение больницы для проведения операции. В исследовании CAPTIM, в котором сравнивали исходы при остром инфаркте миокарда у пациентов, которым проводились догоспитальный тромболизис, госпитальный тромболизис либо аортокоронарная ангиопластика, выявлено преимущество догоспитального тромболизиса с последующим стентированием, проведенным в первые 3 ч после начала симптомов. Если инфаркт миокарда развился у пациента менее 3 ч назад и Винницкая городская больница № 1 может принять его для проведения экстренного стентирования, мы стараемся госпитализировать такого больного без проведения тромболизиса. При возникновении симптомов в период от 3 до 6 ч до момента обращения за медицинской помощью, а также в случае невозможности экстренного оперативного вмешательства мы проводим пациенту догоспитальный тромболизис с целью выиграть время для последующего стентирования.

! Следует помнить, что проведение догоспитального тромболизиса может быть связано с повышенным риском кровотечений, реперфузионных аритмий, остановки кровообращения. Таким образом, тромболизис должен проводиться кардиологической или реанимационной бригадой при наличии специализированного оборудования. При проведении тромболизиса необходимы двойная антиагрегантная терапия (аспирин + клопидогрель), а также болюсное и капельное введение гепарина.

Всего за неполных 3 года специализированной бригадой проведено более 30 процедур тромболизиса, при этом показатель 30-дневной смертности у этих больных составил 2,2%, что значительно меньше такового в среднем в Украине. Одним из основных и практически единственным модифицируемым фактором возможности проведения тромболизиса является время от начала заболевания до первого медицинского контакта (не более 6 ч), поэтому на первый план выходит масштабная просветительская работа: семейный врач или участковый терапевт, осуществляющие наблюдение больных сердечно-сосудистой патологией, обязаны рассказать им о симптоматике, при появлении которой следует незамедлительно вызывать кардиологическую бригаду скорой помощи.

! К таким симптомам относится любая впервые возникшая боль за грудиной, которая может сопровождаться тошнотой, рвотой, слабостью, потливостью; иррадиировать в спину, шею, верхнюю конечность, под лопатку. Что касается пациентов со стенокардией, то согласно рекомендациям Европейской ассоциации кардиологов последнего пересмотра поводом к вызову скорой помощи является кардиальная боль, не прекращающаяся после однократного приема нитроглицерина сублингвально.

К сожалению, в последние годы отмечается значительное «омоложение» популяции больных с инфарктом миокарда: если ранее острый коронарный синдром развивался преимущественно у лиц пожилого возраста, длительно болеющих сердечно-сосудистой патологией, то сегодня все чаще приходится сталкиваться с молодыми пациентами, у которых острый коронарный синдром является первым проявлением ишемической болезни сердца.

Значительно снизить риск возникновения сердечно-сосудистых заболеваний в целом и инфаркта миокарда в частности позволяет проведение следующих профилактических мероприятий:

– ведение здорового образа жизни;
– контроль артериального давления;
– контроль уровня холестерина липопротеинов низкой плотности (ранее рекомендовалось оценивать таковой у пациентов старше 40 лет, однако в настоящее время эксперты Американской ассоциации кардиологов рекомендуют проводить исследование крови на выявления данной фракции холестерина в возрасте 10 лет, что связано с увеличением распространенности наследственных форм дислипидемии);
– отказ от курения;
– нормализация массы тела.

Подготовила ***Татьяна Канцидайло-Спринсян***
Фото автора

НЕВРОЛОГИЯ ДАЙДЖЕСТ

Продолжение двойного слепого плацебо контролируемого исследования по оценке эффективности и безопасности перампанела в качестве вспомогательной терапии у пациентов с парциальными судорожными припадками

Исследуемый противоэпилептический препарат производства японской фармацевтической компании Eisai Co. Ltd. эффективен в лечении рефрактерной парциальной эпилепсии. Такое заключение было сделано на основании результатов продолжения двойного слепого плацебо контролируемого исследования – в параллельных группах с повышением дозы по оценке эффективности и безопасности перампанела в дозе 8 и 12 мг/сут в качестве вспомогательной терапии у пациентов с парциальными судорожными припадками. Данное исследование – второй этап двух испытаний перампанела с одинаковым дизайном, целью которых является сравнение эффективности и безопасности препарата с плацебо. Результаты предыдущего исследования, в котором использовались более низкие дозы лекарства (4 и 8 мг/сут), подтвердили его преимущества перед плацебо.

В отличие от доступных на сегодняшний день препаратов для лечения эпилепсии, действие которых направлено на повышение активности тормозных путей, перампанел блокирует возбуждающие пути, ведущие к появлению судорог.

В многоцентровом рандомизированном двойном слепом плацебо контролируемом исследовании 388 пациентов с парциальной эпилепсией были распределены на 4 группы: 1-я получала плацебо, остальные 3 группы – перампанел в дозировках 2; 4 или 8 мг/сут. В течение последующих 6 нед дозу лекарственного средства увеличивали до необходимой поддерживающей дозы 8 или 12 мг/сут. Продолжительность периода поддерживающей терапии составила 13 нед. Первичной конечной точкой эффективности лечения было среднее снижение частоты припадков, которое, по итогам ITT-анализа, в группах терапии перампанелом в дозе 8 мг/сут составило 26,34%, в дозе 12 мг/сут – 34,49%, тогда как в группе плацебо – 20,95%. Отличия в отношении первичной конечной точки для групп активной терапии препаратом в дозе 8 и 12 мг/сут в сравнении с группой плацебо были статистически достоверными (p=0,0158 и 0,0261 соответственно).

Перампанел хорошо переносился пациентами. В группе плацебо исследование завершили 87% больных, в группах применения препарата в дозе 8 и 12 мг/сут таких пациентов оказалось 85 и 74% соответственно. Основной причиной прекращения участия в исследовании было развитие неблагоприятных событий, в основном головокружения и сонливости, частота которых коррелировала с дозой препарата.

Таким образом, перампанел является перспективным препаратом в лечении рефрактерной эпилепсии и представляет собой первое лекарственное средство, блокирующее возбуждающие пути.

French J. et al. AAN 2011; Abstract LBS.002

Обновлено руководство по диагностике болезни Альцгеймера

19 апреля в онлайн-версии журнала Alzheimer's & Dementia: The Journal of the Alzheimer's Association было опубликовано новое руководство по диагностике болезни Альцгеймера (БА), разработанное Национальным институтом здравоохранения США (NIH), а именно его подразделением – Национальным институтом по проблемам старения (NIA) – в сотрудничестве с Ассоциацией по проблемам болезни Альцгеймера. Это первый за последние 27 лет пересмотр клинико-диагностических критериев БА и первая обновленная версия рекомендаций по диагностике данного заболевания.

Ранее используемые критерии диагностики БА в основном касались более поздних стадий заболевания, когда симптомы деменции уже очевидны. Обновленное руководство включает информацию о всех фазах заболевания – от доклинической до стадии выраженной деменции. По словам У. Тиса (W. Thies), главного медицинского и научного сотрудника Ассоциации по проблемам болезни Альцгеймера, публикация этого руководства станет важной вехой в становлении борьбы с БА. Цель работы состоит в том, чтобы улучшить диагностику и лечение БА, а также организовать проведение исследований, благодаря которым возможно выявлять и лечить заболевание раньше и более эффективно. Это позволит большему количеству людей жить полноценной жизнью без БА или с минимальными симптомами заболевания.

Исходя из результатов последних наблюдений, NIA и Ассоциация по проблемам болезни Альцгеймера выделили три стадии БА.

• Доклиническая – стадия, на которой наблюдаются начальные изменения в мозге, в том числе накопление амилоида. При этом выраженные клинические симптомы заболевания отсутствуют. У некоторых людей скопление амилоида можно выявить с помощью позитронно-эмиссионной томографии (ПЭТ) и исследования спинномозговой жидкости, но определить риск развития деменции у таких пациентов невозможно. Нейроинтраскопическое обследование и анализ биомаркеров у больных на данном этапе рекомендуются только в целях научных исследований. Эти биомаркеры еще продолжают разрабатываться и стандартизироваться, и они не могут применяться врачами общей практики.

• Стадия легкого когнитивного расстройства проявляется в симптомах нарушения памяти, которые уже заметны и поддаются анализу, но не угрожают жизнедеятельности человека. У некоторых пациентов, имеющих данную стадию заболевания, могут нарушаться когнитивные функции.

• Деменция альцгеймеровского типа – конечная стадия БА. В руководстве также расширено понятие деменции альцгеймеровского типа. Первыми симптомами деменции альцгеймеровского типа могут быть изменения когнитивных функций, в том числе речевой, а также невозможность установления причинно-следственных связей, принятия решения и др. На данном этапе изучение биомаркеров БА можно использовать для исключения других видов деменции.

С полным текстом руководства можно ознакомиться по адресу: http://www.alzheimersanddementia.org/content/ncg

Подготовила ***Ольга Татаренко***