

Вторичная профилактика ишемического инсульта

Мозговой инсульт является одной из ведущих причин смерти и инвалидизации населения трудоспособного возраста. Ишемический инсульт (ИИ) составляет 70-85% всех инсультов.

Установлено, что на протяжении 2 лет после перенесенного сосудистого события общий риск повторного инсульта составляет 4-14%. Этот риск повышается у лиц с плохо выраженной симптоматикой очагового неврологического дефицита, а также у пациентов, которые имеют в анамнезе «молчаливые инсульты», диагностированные при помощи магнитно-резонансной томографии или компьютерной томографии. Повторные инсульты отличаются развитием серьезных соматических осложнений в остром периоде, которые нередко приводят к инвалидности или летальному исходу [1-8].

Стратегия вторичной профилактики ИИ с учетом основных патогенетических механизмов заболевания (атеротромбоза, эндотелиальной дисфункции, повышенной агрегации тромбоцитов и др.) включает определение подтипа первого инсульта, коррекцию имеющихся факторов риска, назначение антиагрегантов, статинов, при наличии показаний — назначение непрямых антикоагулянтов и проведение каротидной эндартерэктомии в максимально ранние сроки после эпизода первого инсульта или ТИА [1, 2, 4, 6, 7].

Важное место во вторичной профилактике ИИ и других кардиоваскулярных событий отводится модификации факторов риска, таких как курение, злоупотребление алкоголем, артериальная гипертензия, атеросклеротический стеноз сонных артерий, повышение уровня холестерина в крови, заболевания сердца, сахарный диабет. С этой целью применяют немедикаментозные (физическая активность, соблюдение диеты и др.) и медикаментозные методы профилактики. Проведение активных профилактических мероприятий позволяет снизить вероятность развития повторного ИИ [1-8].

! Определена прямая связь между снижением артериального давления (АД) и частотой развития повторного инсульта. Адекватная антигипертензивная терапия приводит к значительному снижению риска инсульта (на 30-40%), а также инфаркта миокарда, частоты смертельного инсульта и летальности от всех сосудистых заболеваний.

Контроль АД у пациентов после инсульта или ТИА сопряжен с достоверным снижением риска повторного инсульта. Согласно литературным данным, у пациентов, которые перенесли инсульт, АД следует снижать до уровня <120/80 мм рт. ст. Препаратами первой линии являются ингибиторы АПФ, диуретики, блокаторы рецепторов ангиотензина II. Например, в исследовании HOPE было установлено, что применение рамиприла у 1013 больных, которые перенесли инсульт или ТИА, привело к снижению риска развития инсульта, инфаркта миокарда и сосудистой смерти на 24%. Предполагается, что клинический эффект от назначения ингибиторов АПФ и блокаторов рецепторов ангиотензина II при проведении вторичной профилактики ИИ обусловлен не только их способностью снижать АД, но и присущим им антиатерогенным свойствам. Не рекомендуется значительное снижение АД больным с подозрением на гемодинамический инсульт, при наличии билатерального стеноза сонных артерий, поскольку эффективность нормализации АД у таких пациентов убедительно не доказана. В таких случаях необходима консультация сосудистого хирурга для решения вопроса о хирургическом лечении [2, 4].

С позиций доказательной медицины установлена целесообразность антитромботической терапии всем больным, которые перенесли ИИ или ТИА.

! Выбор антитромботических препаратов для вторичной профилактики инсульта должен осуществляться с учетом этиологических различий основных факторов внутрисосудистого или внутрисердечного тромбообразования. Данную группу средств следует назначать в соответствии с клиническими показаниями в дозах, эффективность и безопасность которых подтверждены в крупных контролируемых исследованиях. В настоящее время подтверждена эффективность применения таких антитромботических препаратов, как ацетилсалициловая кислота (АСК), клопидогрель, АСК в сочетании с дипиридамолом замедленного высвобождения [1-8].

АСК — наиболее хорошо изученное антитромботическое средство, которое отличается высокой эффективностью и приемлемой переносимостью. Антиагрегантный эффект АСК обусловлен необратимой блокадой циклооксигеназы 1 типа и угнетением выработки тромбоксана А₂ — мощного естественного проагреганта. Для вторичной профилактики ИИ рекомендуемая суточная доза АСК должна составлять 75-325 мг. Как показал метаанализ рандомизированных исследований, применение АСК снижает риск развития инсульта, инфаркта миокарда или сосудистой смерти в среднем на 13%. При использовании малых (75-160 мг), средних (160-325 мг) и высоких (500-1500 мг) доз АСК не выявлено различий в частоте развития инсульта [1-6].

В 10-20% случаев прием АСК связан с развитием феномена резистентности, что снижает эффективность антитромботической терапии. Имеются данные, что низкая чувствительность к АСК ассоциирована с высоким риском развития ИИ (в том числе и повторного) и инфаркта миокарда. В связи с этим перспективным является поиск путей повышения эффективности применения антиагрегантов с использованием комбинированной терапии препаратами, которые отличаются по механизму воздействия на тромбоцитарное звено гемостаза [5, 6].

Дипиридамолом применяется в комбинации с АСК для вторичной профилактики некардиоэмболического инсульта. В исследовании ESPS-1 продемонстрировали эффективность комбинации дипиридамола и АСК в предупреждения повторной острой церебральной ишемии. В последующих испытаниях (ESPS-2, ESPRIT) было подтверждено преимущество назначения комбинированной терапии (400 мг дипиридамола и 50 мг АСК) в сравнении с монотерапией АСК. Например, в испытании ESPS-2 с помощью указанной комбинации был снижен риск повторного инсульта на 37 и 18% в сравнении с плацебо и АСК. Побочные эффекты, приводящие к отмене лечения, в группе при приеме АСК и дипиридамола замедленного высвобождения регистрировались в четверти случаев. Частота геморрагических осложнений была одинаковой во всех группах. Таким образом, в целях предупреждения повторного ИИ комбинированная антитромботическая терапия дипиридамолом замедленного высвобождения и АСК оказалась более эффективной в сравнении с монотерапией АСК [1, 3, 5, 6].

Комбинированное превентивное лечение, включающее АСК и дипиридамолом

с замедленным высвобождением, может быть использовано также у пациентов, не отвечающих на терапию АСК (например, с эпизодами острой церебральной ишемии, возникшими на фоне применения АСК). Установлено, что специальная обработка дипиридамолом крови больных с каротидным стенозом, которые перенесли ИИ, сопровождается снижением экспрессии протромбиназных комплексов и способствует преодолению резистентности к АСК [1, 6].

Клопидогрель представляет собой ацетилированное производное тиклопидина, которое в 6 раз превышает его антиагрегантное действие и отличается лучшим профилем безопасности. Механизм действия клопидогреля заключается в угнетении агрегации тромбоцитов, инициированной АДФ и другими индукторами, что приводит к мощному антиагрегантному действию. Доказано эндотелийпротекторное свойство препарата, которое особенно ценно при профилактике ИИ, так как в настоящее время дисфункция эндотелия рассматривается как облигатный маркер атеросклеротического поражения магистральных артерий головы и ишемических нарушений мозгового кровообращения [1, 3, 5-7].

В исследовании CAPRIE показано, что прием 75 мг клопидогреля в сравнении с 325 мг АСК снижает частоту инсульта, инфаркта миокарда или острой сосудистой смерти на 8,7% и обладает сопоставимым с АСК профилем безопасности. Пациентам, перенесшим ишемический инсульт с сопутствующей нестабильной стенокардией или не-Q-инфарктом миокарда, а также после ангиореconstructивных операций (например, стентирования сонных артерий) рекомендовано назначение клопидогреля и АСК продолжительностью до 9 месяцев [3, 5-7].

В исследовании MATCH у больных, которые перенесли некардиоэмболический инсульт или ТИА, была оценена эффективность комбинации АСК (75-162 мг) и клопидогреля (75 мг) в сравнении с монотерапией клопидогрелем (75 мг). По истечении 2,5 лет наблюдения не было отмечено достоверного различия между исследуемыми группами по частоте инфаркта миокарда, ИИ, смерти от сосудистых причин. В группе комбинированной терапии было зарегистрировано увеличение случаев жизнеугрожающих кровотечений, которое составило 2,6 против 1,3% в группе монотерапии клопидогрелем. Установлено, что в целях профилактики инсульта добавление АСК к монотерапии клопидогрелем не имеет видимых преимуществ [3-7].

В исследовании CHARISMA изучалась эффективность комбинированного лечения клопидогрелем (75 мг/сут) и АСК (325 мг/сут) в сравнении с монотерапией АСК (325 мг/сут) у лиц с атеротромботическими событиями в анамнезе и у пациентов, имеющих только множественные факторы риска. Проведенное исследование не показало преимуществ сочетанной терапии клопидогрелем и АСК над монотерапией АСК. После 30 мес наблюдения частота развития комбинированной конечной точки (ИИ, инфаркта миокарда, смерти от сосудистой причины) у пациентов, которые получали комбинированную антиагрегантную терапию, составила 6,8%. Этот показатель был статистически недостоверно (p=0,22) ниже в сравнении с таковым в группе пациентов, получавших монотерапию (7,3%). В то же время более углубленный анализ испытания CHARISMA, включивший пациентов с мультифокальным атеросклерозом, продемонстрировал статистически значимое преимущество

комбинированного лечения АСК и клопидогрелем в снижении ишемических событий по сравнению с монотерапией АСК. Вместе с тем комбинацию клопидогреля и АСК не рекомендуется широко применять в клинической практике, кроме случаев профилактики некардиоэмболических инсультов при наличии определенных показаний (коронарных вмешательствах с установкой стента) [3-7].

Назначение антикоагулянтов уменьшает риск повторного инсульта у лиц с неклапанной мерцательной аритмией и при других патологиях, которые ассоциируются с кардиальной эмболией. Комбинация антикоагулянтов с АСК показана при фибрилляции предсердий и стабильной ишемической болезни сердца [2, 4, 5].

Назначение варфарина рекомендуется больным с мерцательной аритмией, внутривенным тромбом, недавно перенесенным (до 3 мес) инфарктом миокарда, ревматическим поражением митрального клапана, искусственным клапаном сердца и другой патологией, опасной повторением кардиоэмболического ИИ. В тех случаях, когда назначение антикоагулянтов у больных, перенесших кардиоэмболический инсульт или ТИА, связано с высоким риском осложнений, например, желудочных кровотечений, показано применение АСК или других антитромботических средств. Дозу варфарина устанавливают с учетом международного нормализующего отношения (МНО), которое поддерживают на уровне 2,5. У больных, перенесших ТИА или ИИ на фоне мерцательной аритмии, при приеме варфарина и поддержании МНО на уровне 2-3 ишемические события развиваются только в 8% случаев в год при относительно низкой частоте больших кровотечений (2,8% в год) [2, 4, 5]. Каротидная эндартерэктомия рекомендуется пациентам при наличии выраженного стеноза (сужении 70-99% диаметра) внутренней сонной артерии на стороне перенесенных ТИА или ишемического инсульта, при отсутствии грубого неврологического дефицита. Это вмешательство следует проводить только в специализированной клинике, в которой частота осложнений операции не превышает 6%. Каротидная эндартерэктомия может быть проведена у мужчин и при умеренной степени стеноза (50-69% диаметра) внутренней сонной артерии в ранние сроки с момента ТИА или малого инсульта. В тех случаях, когда каротидная эндартерэктомия противопоказана или стеноз расположен в недоступном для этой операции месте, можно использовать ангиопластику и установку стента. После его установления рекомендуется в течение не менее 1 мес прием антитромботических средств.

! Эффективность использования гиполипидемических препаратов (статинов) для предупреждения ИИ до недавнего времени оставалась спорной.

Согласно результатам проведенных ранее исследований, не обнаружено прямой и достоверной корреляции между частотой развития инсульта и уровнем липидов в сыворотке крови. В некоторых публикациях отмечается, что низкий уровень липидов в последней связан с повышением риска геморрагического инсульта. Как показывает анализ работ, данные, на основании которых рекомендуется применение статинов для предупреждения мозговых инсультов, получены в испытаниях, запланированных и проведенных в целях изучения влияния этой группы препаратов на частоту коронарных событий. Так, исследование HPS показало, что назначение симвастатина постинсультным больным достоверно снижает частоту

основных кардиоваскулярных событий (преимущественно инфаркта миокарда), но не предупреждает развития повторных ИИ. Оценка воздействия статинов на снижение общей частоты инсульта в большинстве случаев осуществлялась без учета анамнестических данных о том, является ли этот инсульт первым или повторным. Учитывая полученные результаты, применение статинов рекомендовано пациентам с подтвержденной ишемической болезнью сердца и коронарным атеросклерозом, перенесшим ИИ или ТИА [2, 4, 5].

Многоцентровое рандомизированное двойное слепое плацебо контролируемое исследование SPARCL было проведено в целях изучения эффективности агрессивного снижения уровня липидов статинами (аторвастатином в дозе 80 мг/сут) для профилактики сосудистых событий у больных без коронарной патологии, которые перенесли ТИА или инсульт. В испытание были включены около 5 тыс. пациентов, средняя продолжительность наблюдения составила 4,9 года. Доказано, что лечение аторвастатином в дозе 80 мг/сут в сочетании с комплексной превентивной терапией антиагрегантными средствами, варфарином и антигипертензивными препаратами приводит к значительному уменьшению относительного риска развития повторных ишемических событий посредством снижения уровня общего холестерина и липопротеинов низкой плотности в плазме крови (независимо от наличия ишемической болезни сердца). В группе пациентов, принимавших аторвастатин в указанных дозах, количество нефатальных и фатальных инсультов уменьшилось на 16% в сравнении с группой плацебо преимущественно за счет снижения частоты ИИ (на 23%) и ТИА (на 26%). При назначении аторвастатина отмечалось уменьшение риска основных сосудистых событий и в то же время увеличение риска геморрагического инсульта. Отмена аторвастатина в остром периоде инсульта увеличивала риск летального исхода или инвалидизации. Поскольку в настоящее время не опубликовано результатов исследований относительно специфичной эффективности именно аторвастатина или принадлежности этого свойства всем статинам, было принято решение считать его общим действием класса. Назначение статинов рекомендуется больным, перенесшим некардиоэмболический инсульт или ТИА, а также пациентам с кардиоэмболическим инсультом при наличии других показаний, например ишемической болезни сердца, сахарного диабета [4, 5].

Таким образом, рациональная вторичная профилактика ИИ подразумевает нормализацию АД, прием антитромботических средств и статинов, при наличии показаний — проведение каротидной эндартерэктомии в наиболее ранние сроки после перенесенного ИИ или ТИА.

Литература

1. Камчатнов П.Р. Антитромбоцитарная терапия — вторичная профилактика ишемического инсульта // Рус. мед. журн. — 2011. — № 1. — С. 38-42.
2. Мищенко Т.С. Современная диагностика и лечение неврологических заболеваний. — Справочник врача. — К.: ТОВ «Доктор Медиа», 2010. — 470 с.
3. Фонакин А.В., Гераскина Л.А. Роль антитромботической терапии во вторичной профилактике ишемического инсульта у пациентов с сочетанным поражением сосудистых бассейнов // Российск. мед. журн. — 2010. — Т. 18, № 8. С. 451-454.
4. Парфенов В.А. Профилактика повторного ишемического инсульта — оптимизация антитромбоцитарной терапии // Рус. мед. журн. — 2009. — Т. 7, № 20. С. 1361-1365.
5. Стаховская Л.В., Мешкова К.С., Шеховцова К.В., Скорцова В.И. Дифференцированная вторичная профилактика инсульта // Consilium medicum. — 2009. — № 1. — С. 16-18.
6. Камчатнов П.Р., Чугунов А.В. Вторичная профилактика ишемического инсульта // Справочник поликлинического врача. — 2009. — № 5. — С. 32-36.
7. Танащян М.М., Домашенко М.А. Антиагреганты во вторичной профилактике ишемического инсульта у пациентов с мультифокальным атеросклерозом // Рос. мед. журн. — 2010. — Т. 18, № 26. — С. 1549-1551.
8. Sacco R.L., Diener H.C., Yusuf S. et al. Aspirin and Extended-Release Dipyridamole versus Clopidogrel for Recurrent Stroke // N. Engl. J. Med. — 2008. — 359: 1238-1251.

Підготувила
Наталія Пятниця-Горпинченко



НОВИНИ МОЗ



В Україні зменшилося зростання захворюваності на ВІЛ-інфекцію

Україна демонструє низку значних досягнень у сфері боротьби з ВІЛ-інфекцією та СНІДом, серед найголовніших — зниження темпу зростання кількості нових випадків захворювання.

1 грудня в рамках акції, присвяченої Всесвітньому дню боротьби зі СНІДом, представники національних та міжнародних громадських організацій відзначили позитивні зрушення, яких удалося досягти завдяки спільним зусиллям органів влади та неурядових структур.

«Результати роботи в поточному році дають нам можливість говорити про те, що на сьогодні в Україні темпи зростання захворюваності на ВІЛ-інфекцію знизилися, — заявила голова Державної служби України з питань протидії ВІЛ-інфекції/СНІДу та інших соціально небезпечних захворювань Тетяна Александріна. — Це є свідченням того, що за умови виконання поставлених завдань наступного року ми зможемо суттєво вплинути на епідемію».

Якщо у 2010 р. порівняно з 2009 р. темп зростання захворюваності на ВІЛ-інфекцію становив 3,3%, то цього року, за прогнозами, збільшення зазначеного показника не перевищить 0,3%, а кількість нових випадків ВІЛ-інфекції — 20 550 (44,8 на 100 тис. населення).

У поточному році досягнуто економії коштів у процесі тендерних закупівель за рахунок зниження цін на антиретровірусні препарати. Зеконномлені кошти дадуть можливість протягом наступного півріччя забезпечити лікуванням усіх пацієнтів, які цього потребують.

Участь в акції до Всесвітнього дня боротьби зі СНІДом також узяли голова координаційної ради Всеукраїнської благодійної організації «Всеукраїнська мережа людей, які живуть з ВІЛ» Володимир Жовтяк, координатор Об'єднаної програми ООН з ВІЛ/СНІДу в Україні (UNAIDS) Ані Шакарішвілі, член наглядової ради Всеукраїнської благодійної організації «Всеукраїнська мережа людей, які живуть з ВІЛ» Валід Арфуш, керівник проекту з ВІЛ/СНІДу Німецького товариства з міжнародного співробітництва Мартін Каде, виконавчий директор Міжнародного благодійного фонду «Міжнародний альянс з ВІЛ/СНІД в Україні» Андрій Клепиків.

Під час заходу кожен бажаючий міг пройти тест на визначення ВІЛ-статусу, для цього неподалік було облаштовано мобільний медичний пункт.

Довідка

Станом на 1 листопада 2011 р. в Україні зареєстровано 198 817 випадків ВІЛ-інфекції серед громадян (початок реєстрації — 1987 р.); найбільша кількість ВІЛ-інфікованих (64%) — серед осіб 25-49 років.

З метою подолання епідемії інфекції в Україні діє Загальнодержавна програма забезпечення профілактики ВІЛ-інфекції/СНІДу, лікування, догляду та підтримки ВІЛ-інфікованих та хворих на СНІД на 2009-2013 роки. В Україні працюють 27 регіональних і 14 міських (обласного підпорядкування) центрів СНІДу. В регіональних профільних закладах працюють 2084 фахівці (лікарів — 564, середнього медичного персоналу — 669, молодшого медичного персоналу — 342, іншого персоналу — 509). Скринінг на антитіла до ВІЛ в країні проводять 102 лабораторії; крім того, функціонують 755 кабінетів «Довіра» і кабінетів, що виконують їх функції.

Сьогодні антиретровірусну терапію (АРТ) в країні отримують понад 25 тис. осіб, із них за кошти державного бюджету — 21 009 пацієнтів (83,6%), 4128 (16,4%) — за кошти Глобального фонду (6-й раунд) в рамках реалізації програми «Підтримка профілактики ВІЛ та СНІД, лікування та догляд для найуразливіших верств населення в Україні». Не отримують АРТ понад 9 тис. осіб, які її потребують. Обсяг фінансування, запланований для забезпечення АРТ на 2012 р. (232 млн грн), з урахуванням коштів гранту Глобального фонду дозволить забезпечити доступ до лікування для 100% хворих, які потребують АРТ.

За інформацією прес-служби МОЗ України

НЕВРОЛОГИЯ ДАЙДЖЕСТ

Эффективность препарата для лечения заболевания Гентингтона пока не доказана: результаты исследования MermaiHD

Как показало рандомизированное двойное слепое плацебо контролируемое клиническое исследование III фазы, придопидин (Huntexil) не эффективен в лечении болезни Гентингтона.

Болезнь Гентингтона — заболевание нервной системы, характеризующееся сочетанием неконтролируемых движений (хореи) и психических нарушений. Придопидин продемонстрировал обнадеживающие результаты при лечении животных, имеющих схожее с болезнью Гентингтона симптомы. Авторы исследования — ученые из госпиталя Ramon y Cajal (г. Мадрид, Испания) — предположили, что препарат, действующий на дофаминовые рецепторы 2 типа, может улучшать моторные функции и у людей.

В исследовании MermaiHD, которое проводилось с апреля 2008 г. по ноябрь 2009 г., приняли участие 437 пациентов из 32 клиник 8 европейских стран. Участников рандомизировали на 3 группы терапии: плацебо, приема придопидина в дозах 45 и 90 мг/сут. В течение первых 4 нед исследования пациенты в случайном порядке получали препарат только в дозе 45 мг/сут либо плацебо, а в оставшиеся 22 нед исследования 145 больных ежедневно получали придопидин в дозе 90 мг/сут, 148 — в дозе 45 мг/сут, 144 — только плацебо. В целом исследование завершили 92% пациентов группы активной терапии и 88% участников группы плацебо.

За основной критерий эффективности препарата была принята динамика показателя двигательной активности mMS на 26-й неделе терапии (mMS — это унифицированный критерий для оценки тяжести болезни Гентингтона, включающий оценку дизартрии, выпячивания языка, ригидности мышц рук и нарушения походки).

Результаты исследования показали, что по завершении 26 нед в группе плацебо показатель mMS снизился на 0,22 пунктов; в группе пациентов, принимавших препарат в дозе 45 мг/сут, — на 0,14 пункта, а в дозе 90 мг/сут — на 0,77 пункта. По словам ученых, такой результат не свидетельствует о статистически достоверной эффективности препарата. В ходе исследования придопидин хорошо переносился, профиль его побочных эффектов был сопоставим с таковым плацебо.

В данный момент единственным лицензированным препаратом для лечения болезни Гентингтона остается тетрабеназин (Xenazine), разрешенный в Северной Америке и некоторых европейских странах. Следует отметить, что в ходе исследования придопидина были выявлены дополнительные лечебные эффекты препарата, а именно уменьшение нистагма, улучшение координации движений верхних конечностей, уменьшение выраженности симптомов дистонии, однако согласно протоколу испытания эти эффекты не являлись предметом изучения. В связи с этим ученые намерены провести дополнительные исследования препарата.

Garcia de Yebenes J. et al.
Lancet Neurol 2011 DOI: 10.1016/S1474-4422(11)70233-2.

Подтверждена долгосрочная эффективность терифлуномида в лечении РС

На совместном заседании Европейского и Американского комитетов по лечению и исследованиям рассеянного склероза (РС) (ECTRIMS/ACTRIMS-2011) были представлены новые результаты исследований перорального препарата для лечения РС терифлуномида (Aubagio).

Данные о долгосрочной эффективности и безопасности терифлуномида были получены в течение периода последующего наблюдения за участниками исследования II фазы. В данном исследовании изначально приняли участие 179 пациентов, 147 из них согласились продолжить прием препарата. Новые результаты показали, что терифлуномид хорошо переносится пациентами с рецидивирующей формой РС после 9 лет непрерывной терапии. Ежегодная частота рецидивов варьировала от 0,20 до 0,32 с несколько более низким уровнем у пациентов в группе терифлуномида в дозе 14 мг/сут по отношению к группе терифлуномида 7 мг/сут. Степень функциональных нарушений по шкале EDSS оставалась стабильной у пациентов, принимающих препарат в дозе 14 мг/сут, тогда как в группе приема терифлуномида в более низких дозах этот показатель незначительно улучшился.

На конгрессе были также представлены долгосрочные данные о безопасности и эффективности терифлуномида по результатам расширенного исследования III фазы TEMSO (Teriflunomide Multiple Sclerosis Oral). TEMSO — двухлетнее рандомизированное двойное слепое плацебо контролируемое международное исследование, в котором принимали участие 1088 пациентов с рецидивирующими формами РС из 126 центров в 21 стране. В продолжительном наблюдении приняли участие 742 пациента. Было показано, что терифлуномид в обеих дозировках хорошо переносился в течение 5 лет после изначальной рандомизации, профиль его безопасности соответствовал таковому в рамках основного 2-летнего исследования. Ежегодная частота рецидивов среди пациентов, принимающих терифлуномид, колебалась от 0,18 до 0,25 с более низким уровнем у больных, получавших препарат в дозе 14 мг/сут. Благоприятные клинические и патофизиологические (оцениваемые с помощью MPT) эффекты терифлуномида в исследовании TEMSO сохраняются в течение 5 лет после изначальной рандомизации.

Таким образом, сегодня получены дополнительные данные, которые подтверждают эффективность терифлуномида в качестве перорального средства, позволяющего при приеме всего 1 р/сут значительно снизить частоту рецидивов и предотвратить прогрессирование инвалидизации у пациентов с РС.

Comi G. et al.
ECTRIMS/ACTRIMS 2011 Abstract P439.

Подготувила Ольга Татаренко