

НЕВРОЛОГИЯ ДАЙДЖЕСТ

Сложности ведения пациентов с эпилепсией и сопутствующими психическими заболеваниями

Ведение больных эпилепсией, особенно рефрактерной к медикаментозной терапии, может осложняться наличием сопутствующих психических заболеваний, значительно влияющих на прогноз и показатели смертности. Тщательное разделение проявлений психической патологии и симптомов, связанных с приступами, имеет решающее значение для определения тактики лечения и прогноза больных. Хотя до сих пор нет официальных руководств по ведению пациентов с эпилепсией и сопутствующими психическими заболеваниями, за основу могут быть взяты международные адаптированные рекомендации по лечению эпилепсии, в которых учтен ряд специальных вопросов, связанных с основным заболеванием.

Новые соединения, используемые в психиатрии, в целом хорошо переносятся больными и являются безопасными при эпилепсии. Селективные ингибиторы обратного захвата серотонина, в частности циталопрам, относятся к препаратам первой линии для лечения эмоциональных и тревожных расстройств, а новые нейролептики – оланзапин, кветиапин и рисперидон – применяются при психозах, возникших в результате развития приступа. Потенциальное лекарственное взаимодействие, как правило, является минимальным, хотя дозы средств могут быть скорректированы в зависимости от клинического ответа у пациентов, принимающих карбамазепин, барбитураты или фенитоин. При длительном лечении необходимо учитывать вероятность развития побочных эффектов, таких как седация и увеличение массы тела. В целом, комплексная терапия эпилепсии также влияет на возникающие психические симптомы, однако необходимо проведение дальнейших исследований в этом направлении, которые будут способствовать расширению арсенала медикаментозного лечения и индивидуализации терапии.

Painnerv Med. 2011 Dec; 53(4): 241-251.

Сравнение эффективности двух режимов подкожного введения интерферона β1а у пациентов с первыми признаками демиелинизации нервных волокон, предположительно связанной с развитием рассеянного склероза: данные исследования II фазы REFLEX

У больных с начальными проявлениями демиелинизации нервных волокон, предположительно связанной с развитием рассеянного склероза (РС), применение интерферона β1а может уменьшить частоту обострений и отсрочить возникновение РС. Ученые во главе с доктором G. Comi из отделения неврологии клиники Сан-Рафаэль (г. Милан, Италия) исследовали эффективность подкожного введения интерферона β1а у пациентов с первыми признаками демиелинизации.

Авторы использовали выборку больных многоцентрового клинического исследования III фазы REFLEX (REbif FLExible dosing in early MS) в возрасте 18-50 лет с одним клиническим проявлением, которое могло бы свидетельствовать о начале РС, и, по крайней мере, двух бессимптомных очагах демиелинизации, выявленных с помощью магнитно-резонансной томографии (МРТ). Участников рандомизировали на 3 группы приема интерферона β1а: 44 мкг 3 р/нед (n=171), 1 р/нед с двумя инъекциями плацебо (n=175) либо плацебо 3 р/нед (n=171) в течение 24 мес. Главной конечной точкой определили время до установления диагноза РС (согласно критериям Мак-Дональда), а дополнительной конечной точкой – время до манифестации заболевания, определяемой по критериям Позера. Всего в исследовании приняли участие 517 пациентов, из них лечение получили 515. Выявлено, что в течение 2 лет терапии общая частота диагностированной согласно критериям Мак-Дональда РС была достоверно ниже в группах, получавших лечение интерфероном (3 р/нед – 62,5%; p<0,0001; ОР 0,49; 95% ДИ 0,38-0,64; 1 р/нед – 75,5%; p=0,008; ОР 0,69; 95% ДИ 0,54-0,87) по сравнению с таковой в группе плацебо (85,8%). Частота манифестации РС, определяемой по критериям Позера, в течение 2 лет также была достоверно ниже в обеих группах интерферона (3 р/нед – 20,6%; p=0,0004; ОР 0,48; 95% ДИ 0,31-0,73; 1 р/нед – 21,6%; p=0,0023; ОР 0,53; 95% ДИ 0,35-0,79) по сравнению с плацебо (37,5%). Выявленные побочные эффекты в группах лечения были характерными для интерферона β1а.

Авторы сделали заключение, что оба режима лечения интерфероном достоверно замедляют субклиническую активность заболевания, однако требуется дальнейшее изучение эффективности предложенного метода лечения РС.

Lancet Neurol. 2011 Dec 2.

Влияние диеты на уменьшение риска развития и прогрессирование болезни Альцгеймера

Предотвращение или отсрочка появления симптомов болезни Альцгеймера (БА), а также замедление ее прогрессирования способствуют значительному улучшению состояния здоровья и качества жизни пациентов пожилого возраста. В последнее время доказано благоприятное воздействие на улучшение когнитивной функции соблюдения средиземноморской диеты, хотя ранее по отдельности уже были описаны протекторные свойства различных макронутриентов, составляющих основу этой диеты. Например, учитывая эпидемиологические данные, можно предположить о возможной связи между потреблением рыбы, моно- и ω₃-полиненасыщенных жирных кислот и снижением риска когнитивных нарушений и деменции. И наоборот, ухудшение когнитивной функции и

увеличение риска сосудистой деменции ассоциируется с низким употреблением молока и молочных продуктов (хотя употребление цельного молока может способствовать нарушению когнитивных функций в пожилом возрасте). Незначительное и умеренное потребление алкоголя может ассоциироваться с уменьшением риска и профилактическим эффектом в отношении сосудистой деменции, нарушения когнитивной функции и предеменции. Доступны лишь ограниченные данные о влиянии потребления овощей и фруктов на предотвращение развития БА, однако некоторые данные свидетельствуют о потенциальной протекторной роли этих макронутриентов. Вместе с тем повышенное потребление насыщенных жирных кислот может оказывать негативный эффект на возрастные изменения когнитивной функции, а также провоцировать развитие легких когнитивных нарушений. Таким образом, приверженность к средиземноморской диете влияет на замедление когнитивных нарушений, уменьшает риск прогрессирования БА и сосудистой деменции и снижает смертность от всех причин у пациентов с БА. Хотя в настоящее время нет жестких рекомендаций относительно диеты для больных с высоким риском или наличием когнитивных нарушений, оказывает благоприятный эффект на сердечно-сосудистую систему, а также способствует улучшению когнитивной функции пациентов в пожилом возрасте увеличение потребления жирных сортов рыбы, растительных жиров, фруктов с низким гликемическим индексом, умеренное потребление алкоголя и ограничение потребления овощей с высоким содержанием крахмала.

Expert Rev Neurother. 2011; 11(5): 677-708

Наличие депрессии удваивает риск развития деменции у пациентов с сахарным диабетом

У пациентов с сахарным диабетом (СД) и депрессией риск развития деменции повышен по сравнению с таковым в популяции больных СД. Это подтверждено данными масштабного исследования DISTANCE с участием более 19 тыс. взрослых пациентов с СД 2 типа и проявлениями депрессии в течение 5 лет. Кроме того, риск развития деменции у больных молодого возраста был выше по сравнению с таковым у пациентов пожилого возраста. «Клиницисты, занимающиеся лечением СД (например, врачи первичного звена и эндокринологи), уже столкнулись с тем, что коморбидное течение этих двух патологий значительно ухудшает прогноз, – отметил руководитель исследования, профессор медицинской школы при Вашингтонском университете (г. Сиэтл, США) Wayne Katon. – Данные нашего исследования показывают, что депрессия является тяжелым коморбидным состоянием, требующим тщательного мониторинга у пациентов с СД, а ее эффективное лечение способствует снижению риска развития тяжелых осложнений, таких как деменция». Доктор Katon также отметил, что больные молодого возраста в большей степени были подвержены риску развития деменции, ассоциированной с наличием депрессии, чем пациенты пожилого возраста.

«Учитывая, что депрессия является потенциально модифицируемым фактором риска, требуются дальнейшие исследования для изучения эффективности лечения данной патологии в долгосрочном снижении риска развития деменции, а также возможных механизмов, объясняющих такую закономерность», – заключают авторы исследования.

Arch Gen Psychiatry. Published online December 5, 2011

FDA одобрило тапентадол для лечения хронического болевого синдрома

Хронический болевой синдром (ХБС) является одной из наиболее распространенных причин нетрудоспособности. Только в США каждый третий пациент, по крайней мере, один раз в жизни сталкивался с проблемой хронической боли. Несмотря на существующие алгоритмы купирования ХБС, Американская ассоциация боли продолжает поиск дополнительных методов уменьшения боли пациентов. Недавно FDA одобрило тапентадол пролонгированного действия для длительного лечения умеренных и тяжелых ХБС. Ранее этот препарат уже был разрешен к применению при острых болевых синдромах. Тапентадол относится к синтетическим анальгетикам центрального действия для перорального применения. Данное лекарственное средство пролонгированного действия не используется в качестве анальгетика по требованию: как и в случаях с другими опиоидами, дозу препарата рассчитывают исходя из интенсивности болевого синдрома, предыдущего опыта применения анальгетиков подобного действия и возможности осуществлять мониторинг в процессе лечения. В случае, когда пациенту рекомендовано круглосуточное обезболивание, тапентадол принимают 2 р/сут. Его рекомендуемая доза составляет 100-250 мг для приема 2 р/сут (через каждые 12 ч) либо 50 мг 2 р/сут, если больной уже получает лечение опиоидами. Максимальная суточная доза не должна превышать 500 мг. Пациенты, принимающие тапентадол, могут быть переведены на препарат пролонгированного действия путем назначения половины обычной дозировки последнего каждые 12 ч.

Тапентадол пролонгированного действия относится к веществам, которые находятся в списке повышенного контроля, и характеризуется развитием побочных эффектов, сходных с таковыми других опиоидов. «Лечение хронической боли является довольно затрудненным даже при наличии современных препаратов, поэтому ведение пациентов с ХБС может составлять значительные сложности для специалиста ввиду необходимости удерживать баланс между эффективностью и переносимостью лечения, – отметил президент Всемирного института боли, доктор Sunil Panchal. – Появление новых препаратов, таких как тапентадол, может способствовать улучшению состояния здоровья и качества жизни многих пациентов». Эффективность и безопасность тапентадола пролонгированного действия изучались в 4 двойных слепых плацебо контролируемых клинических исследованиях с участием больных с умеренным и тяжелым ХБС (хронической болью в нижней части спины и диабетической нейропатией). К наиболее частым побочным эффектам, которые отмечались почти у 10% пациентов, принимавших тапентадол, относились головная боль, тошнота, головокружение и сонливость.

По материалам www.fda.gov

Подготовила Татьяна Спринсян