

# НЕВРОЛОГИЯ ДАЙДЖЕСТ

## Времяпровождение за компьютером и физические нагрузки помогают сохранить нормальную когнитивную функцию при старении

Ранее было установлено, что легкое когнитивное расстройство (ЛКР), особенно амнестический тип, встречается значительно чаще у носителей аллеля апополипротеина Е (АПОЕ) ε4, а также у лиц, потребляющих за сутки большое количество калорий, – потребление >2143 ккал/сут ассоциировалось почти с двукратным увеличением риска ЛКР (относительный риск 1,96;  $p=0,003$ ).

Целью популяционного исследования Mayo Clinic Study of Aging было изучить связь между использованием компьютера, физическими нагрузками, старением и ЛКР.

Участие приняли 926 пациентов в возрасте от 70 до 93 лет, ответивших на вопросы анкеты относительно физических нагрузок, времяпровождения за компьютером и потребления калорий на протяжении года до даты интервью. Исследование длилось с апреля 2006 по ноябрь 2008 года. Статистический анализ проводился с поправкой на пол, возраст, уровень образования, наличие сопутствующих соматических заболеваний и депрессии, а также на потребление калорий за сутки.

Средняя калорийность суточного рациона была значительно выше у пациентов с ЛКР по сравнению с участниками с нормальной когнитивной функцией ( $p=0,001$ ). У пациентов, получавших умеренные физические нагрузки и при этом проводящих определенное время за компьютером, риск развития ЛКР снижался на 64%.

Geda Y.E., Silber T.C., Roberts R.O. et al. Computer activities, physical exercise, aging, and mild cognitive impairment: a population-based study. *Mayo Clin Proc.* 2012; 87(5): 437-442.

## Новый антидепрессант продемонстрировал положительные результаты в исследовании III фазы

На ежегодном конгрессе Европейской коллегии нейропсихиофармакологии (ECNP) были представлены результаты исследования III фазы, в котором изучался новый антидепрессант левомилнаципран.

В исследовании 724 пациентов в возрасте от 18 до 65 лет с диагнозом большого депрессивного расстройства рандомизировали для ежедневного приема 40 мг ( $n=181$ ), 80 мг ( $n=181$ ) или 120 мг ( $n=183$ ) левомилнаципрана SR либо плацебо ( $n=179$ ). Первичной конечной точкой было изменение общей оценки по рейтинговой шкале депрессии Монтгомери-Асберга по мнению клинициста (MADRS-CR). Кроме того, оценивались изменение общей оценки по шкале дезадаптации Шихана (SDS), безопасность и переносимость.

По сравнению с группой плацебо в группах, получавших левомилнаципран, отмечалось значительное улучшение оценки по MADRS-CR ( $p=0,019$ ,  $p=0,004$  и  $p=0,0005$  для доз 40, 80 и 120 мг соответственно). Лечение левомилнаципраном 80 и 120 мг также сопровождалось достоверным улучшением оценки по SDS в сравнении с плацебо ( $p<0,05$ ).

Побочные эффекты, потенциально связанные с лечением, регистрировались у 76, 83 и 77% пациентов, получавших левомилнаципран 40, 80 и 120 мг соответственно, и у 64% больных группы плацебо. В то же время в группах активной терапии частота досрочного прекращения лечения была более чем в три раза выше, чем в группе плацебо (7, 15 и 7% vs 2%). Наиболее частыми побочными эффектами при лечении левомилнаципраном были тошнота, запор, тахикардия и гипергидроз.

Тяжелые неблагоприятные события зафиксированы у 2 пациентов, получавших активный препарат в дозе 40 мг (у одного больного за грудиной боль и тромбоз глубоких вен, у другого – агрессия к окружающим), и у 1 пациента, который принимал левомилнаципран 80 мг (цитомегаловирусный мононуклеоз).

В выводах авторы указывают, что у пациентов с большим депрессивным расстройством левомилнаципран обеспечивал статистически значимое и дозозависимое уменьшение депрессивной симптоматики по сравнению с плацебо.

Левомилнаципран является левовращающим энантиомером милнаципрана – препарата группы ингибиторов захвата серотонина и норадреналина. В более раннем исследовании, проведенном в 2011 г., левомилнаципран по эффективности не превосходил плацебо.

25th European College of Neuropsychopharmacology (ECNP) Congress. Абстракт P.2.c.020, представлен 15 октября 2012 г.

## Ведение боли и дистресса в детских отделениях неотложной помощи

Американская академия педиатрии (AAP) опубликовала рекомендации по ведению боли и дистресса у детей, поступающих в отделения неотложной помощи (ОНП).

В документе указывается, что педиатрические протоколы оценки и ведения боли должны быть внедрены в работу всех ОНП, и персонал этих отделений должен пройти соответствующее обучение.

Ведение боли у детей в условиях ОНП сопряжено с известными трудностями, так как пациенты в большинстве случаев поступают с набором симптомов, но без установленного окончательного диагноза; дети обычно незнакомы врачу отделения, имеют широкий спектр терапевтических или хирургических проблем и редко поступают натощак. Все эти факторы затрудняют обследование и выбор оптимального метода обезболивания.

Присутствие в ОНП педиатра является ключевым фактором, помогающим детям и их родителям справиться с болью. Этот специалист может успокоить ребенка, отвечает на его вопросы относительно происходящего и помогает родителям включиться в лечебно-диагностический процесс. Педиатры также обучают персонал ОНП использованию различных техник, отвлекающих внимание детей до и во время болезненных манипуляций.

Присутствие родителей или других членов семьи во время болезненных процедур не обязательно, но желательно, так как уменьшает тревогу и дистресс у ребенка.

Оценка интенсивности болевых ощущений – непростая задача даже у взрослых, а тем более у детей, так как боль является субъективным переживанием и может различаться в зависимости от социальных, психологических и эмпирических факторов. Например, у детей, страдающих хронической болью, могут отсутствовать мимика и вокализация, возникающие у детей с новым болевым опытом.

У детей в возрасте 3 лет и старше для оценки боли можно использовать такие валидированные шкалы, как FACES, лицевую шкалу Вонга-Бейкера и 10-см визуально-аналоговую шкалу. У новорожденных рекомендуется применять шкалу NIPS. У детей в возрасте от 1 мес до 3 лет, а также у детей с когнитивными нарушениями следует использовать шкалу FLACC.

С целью контроля боли, связанной с уколами и другими подобными манипуляциями, авторы рекомендуют осуществлять профилактику с помощью местных анестетиков. Некоторые препараты позволяют получить анальгетический эффект быстрее, чем другие. Например, топический липосомальный 4% крем лидокаина вызывает анестезию через 30 мин; в то же время системы доставки, активируемые теплом тела, обеспечивают этот эффект через 10-20 мин. Помимо уменьшения боли, топические анестетики ассоциируются с повышением точности манипуляций и уменьшают ненужные движения.

Одной из последних инноваций является вибрирующее устройство, которое, будучи размещенным поверх холодного компресса, значительно уменьшает боль во время венопункции и вакцинации.

Для анестезии при наложении швов применяются комбинированные топические средства в виде жидкости или геля, содержащие анестетик и вазоконстриктор. Эти препараты обеспечивают адекватную анестезию на 20-30 мин, которых обычно достаточно для завершения процедуры.

Топические анестетики доказали свою эффективность и безопасность у детей всех возрастных групп, в том числе у новорожденных и недоношенных детей.

В нескольких недавно завершившихся исследованиях было продемонстрировано, что назначение 12-25% раствора сахарозы и использование сосок-пустышек помогает уменьшить дистресс во время болезненных манипуляций у новорожденных.

При некоторых болезненных процедурах может потребоваться применение седативных снотворных средств. В последние годы в США отмечается увеличение потребления в педиатрических ОНП пропофола в монотерапии и в комбинации с кетамином. По данным ряда исследований, комбинация пропофола и кетамин у детей является безопасной.

В рекомендациях указывается, что некоторые врачи проявляют нерешительность при назначении обезболивающих препаратов детям с симптомами абдоминальной катастрофы. Тем не менее на сегодня доказано, что в отличие от взрослых у детей после назначения анальгетиков способность ощущать боль в животе сохраняется.

В заключение авторы руководства подчеркивают, что своевременное обезболивание оказывает огромное влияние на опыт пребывания в ОНП и может иметь стойкий эффект на реакцию ребенка и его родителей на текущую и будущую медицинскую помощь. Системный подход к ведению боли и тревоги, включающий обучение персонала и внедрение протоколов, обеспечивает ребенку комфортное пребывание в ОНП и повышает удовлетворенность медперсонала и родителей.

Fein J.A., Zempsky W.T., Cravero J.P., and The Committee On Pediatric Emergency Medicine And Section On Anesthesiology And Pain Medicine. Relief of Pain and Anxiety in Pediatric Patients in Emergency Medical Systems Pediatrics. 2012; 130: e1391-e1405.

## Результаты исследования IST-3 указывают на целесообразность более широкого применения rtPA при ишемическом инсульте

На VIII всемирном конгрессе по инсульту (WSC) были представлены результаты третьего исследования International Stroke Trial (IST-3), в соответствии с которыми внутривенный тромболитический комбинированным тканевым активатором плазминогена (rtPA) может безопасно применяться в различных клинических ситуациях у пациентов с острым ишемическим инсультом.

В ходе международного проспективного рандомизированного открытого исследования IST-3 внутривенный тромболитический rtPA 0,9 мг/кг ( $n=1520$ ), осуществляемый в пределах 6 ч от появления симптомов инсульта, сравнивали с контролем ( $n=1520$ ). С помощью визуализирующих исследований из участия исключались пациенты с инсультopodobными состояниями и геморрагическим инсультом.

Первичной конечной точкой был процент пациентов, которые выжили и сохранили независимость (оценка по шкале OHS 0-2 балла) через 6 мес после инсульта. Вторичной конечной точкой служила частота симптомных внутричерепных кровоизлияний (ВЧК), подтвержденных объективными методами.

Результаты исследования показали, что пациентов, выживших и сохранивших хороший функциональный статус, в группе тромболитической терапии было на 27% больше по сравнению с группой контроля ( $p=0,001$ ). Преимущество тромболитической терапии сохранялось у пациентов с разными уровнями систолического артериального давления (АД) при поступлении (<143, 144-164 и  $\geq 165$  мм рт. ст.); не влияло на эффективность tPA и исходное диастолическое АД.

Уровень гликемии при поступлении (<5, 6-7 и  $\geq 8$  ммоль/л) и подтип инсульта по классификации Oxford Community Stroke Project (тотальный или частичный инфаркт в переднем бассейне, лакунарный инфаркт, инфаркт в заднем бассейне) также не проявляли значимой корреляции с оценкой по OHS через 6 мес.

Для всех трех параметров (АД, глюкозы крови и подтипа инсульта) отношения шансов благоприятного исхода были выше 1, что указывает на преимущество rtPA во всех подгруппах пациентов.

В исследовании также было установлено, что частота симптомных ВЧК при использовании tPA не зависит от исходных показателей АД, гликемии и подтипа инсульта.

Авторы сообщают, что более 80% пациентов, принявших участие в исследовании IST-3, в США и Европе были бы отнесены к категории больных, которым тромболитическая терапия не показана вследствие пожилого возраста, позднего обращения за медицинской помощью или очень тяжелого инсульта. По мнению ученых, результаты IST-3 являются основанием для пересмотра текущих показаний к проведению тромболитической терапии, в частности в отношении возрастных ограничений и терапевтического окна, которое в настоящее время составляет 4,5 ч с момента появления симптомов.

8th World Stroke Congress (WSC). Абстракт 328, представлен 11 октября 2012 г.

Подготовил Алексей Терещенко