

«Медична газета
«Здоров'я України – XXI сторіччя»^{© ®}

Редакційна колегія

- Е.Н. Амосова**, д.м.н., професор, член-корреспондент НАМН України, завідувача кафедрою внутрішньої медицини № 2 НМУ ім. А.А. Богомольця МЗ України
- О.Я. Бабак**, д.м.н., професор, ГУ «Інститут терапії ім. Л.Т. Малої НАМН України»
- Г.М. Бутенко**, д.м.н., професор, академик НАМН України, член-корреспондент НАН України і РАМН, директор ГУ «Інститут генетичної і регенеративної медицини НАМН України»
- Б.М. Венцовський**, д.м.н., професор, член-корреспондент НАМН України, завідувач кафедрою акушерства і гінекології № 1 НМУ ім. А.А. Богомольця МЗ України
- Ю.В. Вороненко**, д.м.н., професор, академик НАМН України, ректор НМАПО ім. П.Л. Шупика МЗ України
- С.И. Герасименко**, д.м.н., професор, заступник директора ГУ «Інститут травматології і ортопедії НАМН України» по науко-лікарській роботі
- Ф.С. Глумчер**, д.м.н., професор, завідувач кафедрою анестезіології і інтенсивної терапії НМУ ім. А.А. Богомольця МЗ України
- И.И. Горпинченко**, д.м.н., професор, директор Українського інституту сексології і андрології, головний сексопатолог МЗ України
- Ю.И. Губський**, д.м.н., професор, член-корреспондент НАМН України, завідувач кафедрою паліативної і хоспісної медицини НМАПО ім. П.Л. Шупика МЗ України
- Д.И. Заболотний**, д.м.н., професор, академик НАМН України, директор ГУ «Інститут отоларингології ім. А.И. Коломийченко НАМН України», головний отоларинголог МЗ України
- Д.Д. Иванов**, д.м.н., професор, завідувач кафедрою нефрології НМАПО ім. П.Л. Шупика МЗ України
- В.Н. Коваленко**, д.м.н., професор, академик НАМН України, директор ГУ ННЦ «Інститут кардіології ім. Н.Д. Стражеско» НАМН України
- В.В. Корпачев**, д.м.н., професор, завідувач відділом клінічної фармакології і фармакотерапії ендокринних захворювань ГУ «Інститут ендокринології і обміну речовин ім. В.П. Комиссаренко НАМН України»
- В.Г. Майданик**, д.м.н., професор, академик НАМН України, завідувач кафедрою педіатрії № 4 НМУ ім. А.А. Богомольця МЗ України
- Б.Н. Маньковський**, д.м.н., професор, член-корреспондент НАМН України, завідувач кафедрою діабетології НМАПО ім. П.Л. Шупика МЗ України
- Ю.М. Мостовой**, д.м.н., професор, завідувач кафедрою пропедевтики внутрішніх захворювань Вінницького національного медичного університету ім. Н.И. Пирогова МЗ України
- В.И. Паньків**, д.м.н., професор, завідувач відділом профілактики ендокринних захворювань Українського науко-практичного центру ендокринної хірургії, трансплантації ендокринних органів і тканин МЗ України
- А.Н. Пархоменко**, д.м.н., професор, член-корреспондент НАМН України, науковий керівник відділу реанімації і інтенсивної терапії ГУ ННЦ «Інститут кардіології ім. Н.Д. Стражеско» НАМН України
- Н.В. Пасечникова**, д.м.н., професор, член-корреспондент НАМН України, директор ГУ «Інститут офтальмології і тканинної терапії ім. В.П. Філатова НАМН України»
- В.В. Поворознюк**, д.м.н., професор, керівник відділу клінічної фізіології і патології опорно-двигального апарату ГУ «Інститут геронтології НАМН України», директор Українського науко-медичного центру проблем остеопорозу
- Л.Г. Розенфельд**, д.м.н., професор, академик НАМН України
- С.С. Страфун**, д.м.н., професор, головний ортопед-травматолог МЗ України, заступник директора Інституту травматології і ортопедії НАМН України по науковій роботі
- И.М. Трахтенберг**, д.м.н., професор, академик НАМН, член-корреспондент НАН України, завідувач відділом токсикології ГУ «Інститут медицини праці НАМН України»
- Н.Д. Тронько**, д.м.н., професор, академик НАМН України, член-корреспондент НАН України, директор ГУ «Інститут ендокринології і обміну речовин ім. В.П. Комиссаренко НАМН України»
- Ю.И. Фещенко**, д.м.н., професор, академик НАМН України, директор ГУ «Інститут фізіотерапії і пульмонології ім. Ф.Г. Яновського НАМН України», головний пульмонолог і фізіотерапевт МЗ України
- П.Д. Фомін**, д.м.н., професор, академик НАМН України, завідувач кафедрою хірургії № 3 НМУ ім. А.А. Богомольця МЗ України, головний хірург МЗ України
- Н.В. Харченко**, д.м.н., професор, член-корреспондент НАМН України, завідувач кафедрою гастроентерології, дієтології і ендоскопії НМАПО ім. П.Л. Шупика МЗ України, головний гастроентеролог МЗ України
- В.И. Цымбалюк**, д.м.н., професор, академик НАМН України, заступник директора ГУ «Інститут нейрохірургії ім. А.П. Родоманова НАМН України»
- В.П. Черных**, д.ф.н., д.х.н., професор, член-корреспондент НАН України, ректор Національного фармацевтичного університету МЗ України

Медична газета «Здоров'я України»
Тематичний номер «Неврологія, психіатрія, психотерапія»
Засновник – Іванченко Ігор Дмитрович

Видавництво – ТОВ «Тематичний проект «Здоров'я України»

ГЕНЕРАЛЬНИЙ ДИРЕКТОР	Людмила Жданова	Свідоцтво КВ № 14866-3837Р від 15.01.2009 р.
ГОЛОВНИЙ РЕДАКТОР	Володимир Савченко	Передплатний індекс 37633
ШЕФ-РЕДАКТОР	Дмитро Молчанов	Редакція має право публікувати матеріали, не поділяючи точки зору авторів.
ВИПУСКАЮЧИЙ РЕДАКТОР	Станіслава Шапошнікова	За достовірність фактів, цитат, імен, географічних назв та інших відомостей відповідають автори.
МЕДИЧНИЙ ДИРЕКТОР	Олексій Терещенко	Передрук матеріалів допускається тільки з дозволу редакції. Рукописи не повертаються і не рецензуються.
МЕДИЧНИЙ РЕДАКТОР	Ольга Радучич	«Медична газета «Здоров'я України» є спеціалізованим виданням для медичних установ та лікарів.
НАЧАЛЬНИК РЕДАКТОРСЬКОГО ВІДДІЛУ	Лідія Тралло	
ЛІТЕРАТУРНІ РЕДАКТОРИ/КОРЕКТОРИ	Ірина Назаренко Ірина Сандул	
НАЧАЛЬНИК ВІДДІЛУ ВЕРСТКИ І ДИЗАЙНУ	Інна Мартиненко	
ДИЗАЙНЕРИ	Максим Маліков Юлія Нуртазіна Роман Попов Тарас Безлюдя	
НАЧАЛЬНИК ВІДДІЛУ МАРКЕТИНГУ	Наталія Семенова	Контактні телефони:
МАРКЕТИНГ-МЕНЕДЖЕРИ	Інна Головка Юлія Башкірова Андрій Присяжнюк	Редакція 391-54-71, 391-54-77 Відділ реклами 391-54-72, 391-54-73(74) Відділ підписки та розповсюдження 391-54-76
АСИСТЕНТ ВІДДІЛУ МАРКЕТИНГУ	Мирoslava Табачук	Газета віддрукована у ТОВ «Видавничий дім «Аванпост-Прим», м. Київ-35, вул. Сурикова, 3/3.
НАЧАЛЬНИК ВІДДІЛУ ВИРОБНИЦТВА	Івалін Крайчев	Підписано до друку 28.10.2013 р. Замовлення № Наклад 20 000 прим.
ТЕХНІЧНИЙ ДИРЕКТОР	Микола Дятленко	Юридично підтверджений наклад.

Реаліи і перспективи

В перший день після офіційного відкриття V Міжнародного симпозиума неврологів Yalta NeuroSummit 2013 (12-15 вересня, г. Ялта) завідувач кафедрою неврології, нейрохірургії і психіатрії Ужгородського національного університету, доктор медичних наук, професор Владимир Иванович Смоланка в соціальному неаангажированном доповіді прокоментував стан справ в наданні спеціалізованої інсультної допомоги в Україні, а також розповів про стереотипи, бар'єри і інновації в консервативних і інвазивних підходах до лікування гострого ішемічного інсульту (ОІІ) на основі результатів останніх клінічних досліджень і експертних рекомендацій.

Медико-соціальна значимість проблеми цереброваскулярних захворювань не підлягає сумніву. По даним ВОЗ, щорічно від інсульту умирають близько 15 млн жителів планети, причому в економічно слабких країнах частота смертей від інсульту становить до 85% загальної смертності. В Україні смертність від інсульту також знаходиться на високому рівні – 87 випадків на 100 тис. населення проти 39 на 100 тис. в розвинених країнах. Близько 20 тис. українців щорічно стають інвалідами в результаті інсульту.

Причини сумного стану інсультної допомоги в нашій країні загальновідомі:

- безрозличчя населення до власного здоров'я, неосвідомленість про інсульт як неотложному стану, схильність до самолікування;

- низький рівень організації всіх етапів медичної допомоги при інсульті (пізня госпіталізація, відсутність спеціалізованих інсультних відділень і відділень реабілітації не в останню чергу – із-за консерватизму нормативно-правової бази);

- відсутність адекватного контролю якості надання медичної допомоги;

- дефіцит компетентних спеціалістів в області інсульту, терпиме ставлення до низького професійного рівня медперсоналу лікувальних закладів;

- ігнорування лікарів міжнародного досвіду, експертних рекомендацій і стандартів, неуважність до доказової медицини;

- домінування традицій, стереотипів, авторитарний підхід до організації роботи.

В Україні практично відсутні спеціалізовані інсультні відділення, де повинні бути сконцентровані всі спеціалісти і ресурси, які дозволяють надавати допомогу в якості прикладу результату британського дослідження TOAST, в якому вивчали вплив фармакотерапії на 7- і 90-денний результат інсульту. Оказалося, що результати були кращими у пацієнтів, які отримували менше препаратів. Відмічено підвищену летальність при інсульті, асоційовану з використанням діуретиків, антагоністів кальцію, нейролептиків, симпатоміметиків.

На що орієнтується сьогодні цивілізований світ, обговорюючи перспективи лікування ОІІ?

На сьогоднішній день знаковими в інсультології є наступні події.

- В журналі Stroke опубліковані нові спільні рекомендації Американської асоціації серця (American Heart Association,



В.И. Смоланка

АНА) і Американської асоціації інсульту (American Stroke Association, ASA) по відношенню до пацієнтів в ранньому періоді ОІІ (сокращенный перевод рекомендацій опублікований в тематичному номері «Неврологія, психіатрія, психотерапія» № 2 за 2013 г. – Прим. ред.).

- Опубліковані результати трьох великих досліджень інвазивних методик лікування ОІІ.

- Вийшли рекомендації Європейської організації по боротьбі з інсульту (ESO) по організації інсультних блоків і інсультних центрів.

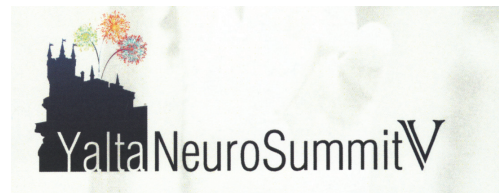
Ряд нових важливих положень і доповнень американського керівництва стосується системної (внутрішньої) тромболітичної терапії. Внутрішній тромболізис комбінованим тканинним активатором плазміногена (tPA) залишається єдиним патогенетично обґрунтованим методом консервативного лікування ОІІ, але ймовірність хорошого результату залежить від часу, яке пройшло від появи перших симптомів мозкової катастрофи. Дана нова рекомендація для стаціонарного етапу спеціалізованої допомоги: час «от дверей до иглы» (до початку болюсного введення tPA) не повинен перевищувати 60 хв з моменту прибуття пацієнта в стаціонар (клас рекомендації I, рівень доказальності А).

Управління по контролю продуктів і лікарських засобів США (FDA) не одобрив розширення терапевтичного вікна для введення tPA з 3 до 4,5 год, як це було зроблено в Європі по результатам дослідження ECASS-III. В нових рекомендаціях АНА/ASA внутрішнє введення tPA (0,9 мг/кг маси тіла, але не більше 90 мг) показано пацієнтам з віком до 18 років, у яких симптоми ОІІ виникли в межах 3 год (I, А).

Багато абсолютних протипоказань до системного тромболізису в межах 3 год з початку симптомів перешили в разряд відносних. Пацієнт може отримати тромболізис, незважаючи на наявність одного або більше з наступних протипоказань:

- легкий інсульт (незначительно вираженая симптоматика) або швидкий спонтанний регрес симптомів інсульту;
- вагітність;
- судорожний синдром в початку захворювання з збереженням резидуальної неврологічної симптоматики в постіктальній фазі;

Лечения острого инсульта: quo vadis?



– большое оперативное вмешательство или тяжелая травма в течение предшествующих 14 дней;

– недавно (в течение предшествующих 21 сут) перенесенное кровотечение из желудочно-кишечного тракта или мочевыводящих путей;

– недавно (в течение предшествующих 3 мес) перенесенный острый инфаркт миокарда.

Сопоставление потенциальной пользы и риска с учетом перечисленных относительных противопоказаний и принятие взвешенного решения оставляется на усмотрение лечащего врача. Этой новой рекомендации присвоен класс IIb и уровень доказательств С.

Тем больным, у которых от момента начала ОИИ прошло 3–4,5 ч, американские эксперты также разрешают проводить тромболитиз, правда, с меньшим уровнем доказательств (В). Показания к назначению тРА данной категории пациентов те же, что и для больных, у которых прошло меньше времени от момента начала ОИИ (до 3 ч). Дополнительными относительными противопоказаниями при этом являются: возраст старше 80 лет, прием пероральных антикоагулянтов без учета международного нормализованного отношения, исходная оценка тяжести инсульта по шкале NIHSS >25 баллов, площадь ишемического поражения, превышающая 1/3 бассейна средней мозговой артерии, наличие сахарного диабета или недавно перенесенный ОИИ.

Обращает на себя внимание то, что возраст старше 80 лет и тяжелый инсульт больше не являются абсолютными противопоказаниями. Вероятно, на решение экспертов АНА/АША повлияли неожиданные результаты исследования IST-3 – наибольшая польза от внутривенного тромболитиза отмечалась у лиц старше 80 лет и у пациентов с тяжелым инсультом, то есть тех категорий больных, которые раньше были бы исключены из кандидатов на тромболитическую терапию. В то же время частота симптомных внутримозговых кровоизлияний была существенно выше, чем в группе плацебо: 7 против 1%. Следует отметить, что терапевтическое окно в этом исследовании было расширено до 6 ч от начала симптомов. Вопрос о безопасности такого окна остается открытым. В ранних клинических исследованиях (ECASS I, ECASS II, ATLANTIS) частота внутричерепных геморагий при введении тРА в промежутке до 6 ч оказалась достаточно высокой, чтобы ввести первое ограничение терапевтического окна до 3 ч. В исследовании ECASS III удалось доказать безопасность окна 4,5 ч – частота симптомных внутричерепных кровоизлияний составила 2,4 против 0,22% в группе плацебо без статистически достоверных различий летальности. В настоящее время планируется исследование ECASS IV, которое должно дать окончательный ответ на вопрос, возможно ли расширить временные рамки для введения тРА до 6 ч.

Предпосылки к расширению терапевтического окна системного тромболитиза и росту интереса неврологов к эндоваскулярным методикам лечения ОИИ (механическая тромбэктомия, локальный внутриартериальный тромболитиз) связаны с новыми достижениями нейровизуализации. Появляется все больше результатов небольших исследований, которые указывают на перспективность индивидуализированной оценки показаний к реперфузионной терапии с применением различных модальностей компьютерной (КТ) и магнитно-резонансной томографии (МРТ). МРТ в режиме диффузионно-взвешенных изображений четко визуализирует границы зоны инфаркта, в режиме PI (перфузионное изображение) позволяет увидеть зону гипоперфузии мозговой ткани, а в комбинированном режиме

DWI/PI mismatch – четко выделяет зону пенумбры в остром периоде. Получить эти данные, правда, с меньшей точностью, также позволяет перфузионная компьютерная томография.

Ишемическая полутень (пенумбра) – участок с критически сниженным кровотоком вокруг очага некроза – является патогенетической мишенью как для тромболитической терапии, так и для механической экстракции тромба. Теоретически, чем больше объем пенумбры, тем больше нейронов могут выйти из состояния ишемической гибрации и сохранить функциональную активность после реперфузии. Кроме того, в некоторых небольших исследованиях (Thomalla G. et al., 2006) показано, что при индивидуальном подходе, основанном на анализе данных МРТ в режимах DWI и PI, возможно безопасное выполнение внутривенного тромболитиза в пределах 6 ч от появления симптомов ОИИ без увеличения частоты геморрагических осложнений.

К сожалению, эти теоретические ожидания не оправдались в трех методологически качественных клинических исследованиях. В исследовании IMS III (Interventional Management of Stroke III Trial) сравнивались две стратегии лечения в первые 3 ч дебюта ОИИ: внутривенный тромболитиз по протоколу, утвержденному FDA, и комбинация внутривенного тромболитиза с последующим проведением эндоваскулярного вмешательства (механическая экстракция тромба мозговой артерии одним из одобренных FDA устройств или локальный внутриартериальный лизис тромба введением тРА). Исследование спонсировалось Национальным институтом неврологических расстройств и инсульта США (NINDS), что исключало конфликт коммерческих интересов. Первичной конечной точкой служила оценка по модифицированной шкале Rankin (mRS) от 0 до 2 через 3 мес, что расценивается как хороший функциональный исход инсульта без инвалидизации. В мае 2012 года был досрочно прекращен набор пациентов в исследование, поскольку предварительный анализ показал крайне низкую вероятность получить значимые различия между группами. Последующий детальный анализ результатов не выявил пользу от применения эндоваскулярных методик после внутривенного тромболитиза у пациентов со среднетяжелыми и тяжелыми инсультами, хотя в подгруппе больных с исходной оценкой по шкале NIHSS >20 баллов, которым болюсное введение тРА начинали в пределах 2 ч, комбинированная стратегия повышала вероятность хорошего функционального исхода на 14%.

В феврале этого года на XXII Европейской конференции по инсульту (ESC) были представлены результаты исследования SYNTHESIS Expansion, в котором проводилось прямое сравнение внутривенного тромболитиза и эндоваскулярного лечения инсульта. Это исследование также было независимым от фармацевтических компаний или производителей катетерных устройств, его спонсировал официальный орган здравоохранения Италии. Как пояснил руководитель исследования доктор Alfonso Ciccone (г. Милан, Италия), предпосылкой к сравнению «двух лучших на сегодня методов лечения острого инсульта» послужили данные о частоте реканализации инфарктзависимой мозговой артерии – 80% при применении эндоваскулярных методик против 46% при системной тромболитической терапии. Однако то, что успешная реперфузия ассоциируется с лучшим функциональным исходом, еще не доказано.

362 больных ОИИ с дебютом симптомов в пределах 4,5 ч рандомизировали к внутривенному тромболитизу или эндоваскулярному

вмешательству (внутриартериальный тромболитиз, механическая тромбэктомия или комбинация этих методик в зависимости от конкретной ситуации). Первичная конечная точка – исход инсульта без инвалидизации (оценка по mRS от 0 до 1) через 3 мес. Лечение предписывалось начинать как можно раньше после рандомизации. В результате медиана времени до начала эндоваскулярного вмешательства составила 3,75 ч, до начала внутривенного введения тРА – 2,75 ч, различия между группами статистически достоверны ($p < 0,001$). Следует отметить, что задержка при эндоваскулярном лечении всегда больше, поскольку требуется более тщательная подготовка и задействовано больше персонала. Основным результатом исследования был неожиданно отрицательным. Эндоваскулярные вмешательства не повышают шансы на хороший функциональный исход инсульта – 55 (30,4%) vs 63 (34,8%) в группе внутривенного тромболитиза ($p = 0,16$). Статистический анализ с учетом тяжести инсульта также не выявил преимуществ эндоваскулярного вмешательства. Симптомные внутричерепные кровоизлияния в первые 7 дней возникли у шести пациентов в каждой группе. Не было различий по частоте других серьезных побочных эффектов и летальности.

Дизайн и результаты исследования подверглись критике и обсуждению. Эндоваскулярное вмешательство начиналось в среднем на час позже, чем внутривенное введение тРА, то есть у пациентов из группы инвазивного лечения артерия оставалась закрытой на час дольше, но неизвестно, как это повлияло на функциональный исход. Однако есть и другое мнение на этот счет. Поскольку функциональные исходы в двух группах не различались, а эндоваскулярное вмешательство начиналось на час позже, чем тромболитиз, можно сделать вывод, что эндоваскулярное лечение расширяет окно терапевтических возможностей при ОИИ на час. Слабой стороной исследования было отсутствие информации об уровнях окклюзии артерии и частоте реканализации, о различиях между группами по этим показателям.

В третьем, недавно завершившемся исследовании MR-RESCUE (спонсировалось NINDS) пациентов в первые 8 ч от начала острого переднециркуляторного ишемического инсульта с поражением крупных мозговых артерий рандомизировали в две группы – механической эмболэктомии при помощи эндоваскулярных устройств Merci Retriever или Penumbra System и стандартного лечения (допускалось и применение внутривенного тромболитиза в стандартных временных рамках). Всем пациентам выполняли мультимодальную спиральную КТ или МРТ. Проводилась дополнительная стратификация групп в соответствии с визуализационными паттернами зон инфаркта и ишемической полутени. Благоприятным с точки зрения прогноза функционального восстановления считался паттерн с инфарктом небольшого объема и окружающей его большей зоной пенумбры, неблагоприятным – с противоположными результатами визуализации. В результате в исследование включили 118 пациентов, возраст которых в среднем составил 65,5 года: 64 – в группу эмболэктомии и 54 – в группу стандартного лечения. Средний промежуток времени до рандомизации составил 5,5 ч, у 58% больных паттерн инсульта был благоприятным. Кровоток по инфарктзависимой артерии в группе эндоваскулярного лечения был успешно восстановлен у 67% пациентов (8 пациентам дополнительно проводился локальный тромболитиз). Летальность и частота симптомных внутричерепных кровоизлияний не различались между группами.

Основным результатом исследования снова разочаровал. Функциональные исходы по

mRS на 90-й день оказались практически идентичными в группах эмболэктомии и стандартной терапии инсульта: 3,9 и 3,9 ($p = 0,99$). Эмболэктомия не улучшала исход ни в подгруппе с большим объемом пенумбры, ни в подгруппе с неблагоприятным паттерном инфаркта мозга. Таким образом, гипотеза о том, что мультимодальная визуализация зон инфаркта и пенумбры помогает отобрать пациентов, которые могут получить максимальную пользу от эндоваскулярного лечения, к сожалению, также не подтвердилась.

Тем не менее эндоваскулярные вмешательства и внутриартериальный тромболитиз вошли в рекомендации по лечению ОИИ АНА/АША. Больным, которым показан внутривенный тромболитиз, по-прежнему рекомендован этот вид лечения, даже если рассматривается возможность внутриартериальной терапии (I, A). Внутриартериальный фибринолиз целесообразен у тщательно отобранных пациентов с обширным ОИИ длительностью <6 ч, обусловленным окклюзией средней мозговой артерии, которые не являются кандидатами на внутривенное введение тРА (I, B). Оптимальная доза тРА для внутриартериального введения пока не установлена, и данный метод назначения препарата не одобрен FDA.

Дана новая рекомендация: как и в случае внутривенного тромболитиза, уменьшение времени от момента появления симптоматики до начала внутриартериальной реперфузионной терапии тесно коррелирует с улучшением клинических исходов ОИИ, поэтому следует всячески стараться минимизировать отсрочку в проведении фибринолиза (I, B).

Также внесена новая рекомендация по выбору эндоваскулярных устройств: при механической тромбэктомии предпочтение следует отдавать не штипоробразному устройству Merci Retriever, а стентам Solitaire FR и Trevo (I, A). Сравнительная оценка устройства Penumbra System и стентов не проводилась.

Возвращаясь к критике исследований IMS III, SYNTHESIS и MR-RESCUE, следует отметить, что из-за большой их длительности лишь небольшая часть пациентов получила лечение с использованием новейших устройств – стентриверов Solitaire FR, Trevo (2012) и системы механической аспирации тромба Penumbra System (2009), которые более эффективны, чем устройство Merci Retriever (2004 г., в настоящее время практически снято с производства). Это могло отрицательно повлиять на результаты лечения в группах эндоваскулярного вмешательства. Так, набор в исследование MR-RESCUE длился с 2004 по 2012 г., за это время сменилось три поколения эндоваскулярных методик.

В этом докладе умышленно не затрагивается тема медикаментозной нейропротекции при инсульте. Приведу лишь результаты последнего исследования III фазы ALIAS, опубликованные в этом году. Человеческий альбумин продемонстрировал выраженный церебропротекторный эффект в экспериментах и в исследованиях I–II фазы. В исследовании III фазы его назначали по 2 г/кг массы тела внутривенно в острейшем периоде ишемического инсульта. 85% пациентов получали внутривенный тромболитиз. Среднее время до введения альбумина или плацебо составило 206 мин от появления симптомов инсульта. И снова нейтральный результат. Набор пациентов был досрочно прекращен из-за очевидного отсутствия преимущества терапии альбумином в отношении функциональных исходов. Докладывая результаты на ESC, ведущий исследователь Miron D. Ginsberg (США), так же как ранее многие его коллеги, констатировал, что «подобно другим нейропротекторам альбумин работает у животных, но не работает у человека».

Подготовил Дмитрий Молчанов

