

Дифференцированная терапия коматозных состояний

полковник м/с Хужманов У.М., подполковник м/с Яхяев Ш.А.

Военно-медицинский факультет при ТМА

Дифференцированная терапия больных с комами обусловлена особенностями основного патологического процесса. Укажем общие принципы дифференцированного лечения ком различной этиологии.

Лечение в остром периоде ишемического инсульта.

Погибшие клетки не восстановить, основная драма разыгрывается в зоне ишемической пеныбры. Не вдаваясь в подробности патохимических реакций, отметим основные из них:

-Активация НМДА- рецепторов и нейротропный сдвиг в сторону эрготропных систем реципрокное торможение трофотропных систем (эксайтотоксичность);

-оксидативный стресс и ПОЛ биологических мембран нейронов и глии;

-воспалительная цитокиновая реакция.

Цель терапии:

-Стабилизация метаболизма, поддержание оксигенации, энергокоррекция;

- Нормализация микроциркуляции, поддержание перфузии;

-нейромедиаторная поддержка.

Несмотря на существенный прогресс в понимании патохимии ишемического процесса, рычаги управления им весьма ограничены. Частично этого достигают гемодилюцией, тромболизисом и попыткой воздействия на «ишемические каскады» (эксайтотоксичность, ПОЛ, воспаление, апоптоз).

В настоящее время антагонистов НМДА рецепторов, утвержденных для клинического применения, нет. Любелюзол, аптиганил и ремацемид находятся на различных этапах третьей фазы клинических испытаний. Специально разработанные для лечения ишемии ЦНС, вызванной травмой и инсультом , антиоксиданты — лазароиды (новые вещества, производные метилпреднизолона, такие как U-74006F, U-74006F, U-74500A в дозах от 1,6 до 160 мг/кг 48 ч, но лишённые его глюкокортикоидной активности) проходят экспериментальную оценку (Andersonetal., 1988). О центрально действующих блокаторах каналов кальция не имеется достоверных сведений. Перспективные холиномиметики (глиатилин, ривастигмин, цитихолин) также не изучены в двойных слепых исследованиях. Вероятно, поэтому на сегодняшний день в лечении ишемического инсульта используется более 15 различных групп лекарственных веществ.

Базисная терапия инсульта направлена на коррекцию жизненно важных функций и поддержание гомеостаза и включает мониторинг основных физиологических показателей (АД, ЧСС, ЭКГ, ЧД, SaO₂, температура тела, гликемия) в первые 48 часов от начала развития инсульта вне зависимости от тяжести состояния больного, а также коррекцию и поддержание показателей гемодинамики, дыхания, водно-электролитного обмена и обмена глюкозы, коррекцию отека мозга и повышенного внутричерепного давления (ВЧД), адекватную нутритивную поддержку, профилактику и борьбу с осложнениями. Базисная терапия является фундаментом, обеспечивающим эффективность и корректность других высокотехнологичных и специфических мероприятий по лечению инсульта.

Специфическое лечение при ишемическом инсульте состоит в проведении реперфузионной (тромболитической, антиагрегантной, антикоагулянтной) и нейропротекторной терапии.

Реперфузионная терапия. Для системной тромболитической терапии при ишемическом инсульте в настоящее время используется rt-PA (алтеплаза), применение которого показано в течение первых трех часов от начала развития инсульта у больных в возрасте от 18 до 80 лет.

Противопоказаниями к проведению системного тромболизиса при помощи алтеплазы являются:

позднее начало лечения (более трех часов от момента появления первых симптомов инсульта);

признаки внутричерепного кровоизлияния и размер гиподенсивного очага более 1/3 бассейна средней мозговой артерии при КТ;

малый неврологический дефицит или значительное клиническое улучшение перед началом тромболизиса, а также тяжелый инсульт;

уровень систолического артериального давления выше 185 мм рт. ст. и/или диастолического выше 105 мм рт. ст.

При системном тромболизисе алтеплаза вводится в дозе 0,9 мг/кг массы тела (максимальная доза 90 мг), 10% всей дозы для пациента вводится в виде болюса внутривенно струйно в течение одной минуты, оставшаяся доза вводится внутривенно капельно в течение одного часа.

Внутриартериальная тромболитическая терапия, проводимая под контролем рентгеновской ангиографии, позволяет уменьшить дозу тромболитика и тем самым снизить количество геморрагических осложнений. Другим бесспорным преимуществом внутриартериального тромболизиса является возможность его применения в пределах 6 часового «терапевтического окна». В случае невозможности проведения тромболизиса, после выполнения нейровизуализирующего исследования пациентам с ишемическим инсультом как можно раньше должен быть назначен аспирин в суточной дозе 100-300 мг. Раннее назначение аспирина

снижает частоту возникновения повторных инсультов на 30% и 14 дневную летальность на 11%. Применение изоволемической или гиперволемической гемодилюции также не нашло подтверждения в рандомизированных исследованиях. При этом следует учитывать, что величина гематокрита должна находиться в пределах общепринятых нормальных значений, так как превышение последних нарушает реологию крови и способствует тромбообразованию.

Раннее применение нейропротекторов позволяет значительно уменьшить размеры инфаркта мозга, удлинить период терапевтического окна, расширяя возможности для *реканализационной* терапии (тромболизиса) *с 3 до 6 часов*; осуществлять защиту от дополнительного реперфузионного повреждения при реканализации.

Литература

1. Афанасьев В.В. Руководство по неотложной токсикологии. Краснодар: Просвещение-Юг, 2012. 575 с.: ил.
2. Городецкий В.В., Верткин А.Л., Любшина О.В., Скворцова В.И., Торшхоева Х.М. Комы на догоспитальном этапе // Лечащий врач. 2002, №5, С. 56-64.