шения толерантности головного мозга к эмболической, наркозной и гипоперфузионной агрессии.

Таким образом, представленные данные наглядно иллюстрируют широту интересов кардионеврологии. Решение указанных проблем возможно только при условии объединения усилий представителей различных областей, в первую очередь неврологов и кардиологов, а также кардиохирургов, ангионейрохирургов и сосудистых хирургов.

Литература:

1. *Белов Ю.В., Султанян Т.Л., Баяндин Н.Л., Косенков А.Н. Тактика хирургического лечения больных с поражением коронарных, брахиоцефальных артерий и артерий нижних конечностей //Ангиология. 1995, №2, с. 8.*
2. *Edwards W., Jenkins J., Mulherin J. Analysis of decade of carotid reconstructive operations // J. Cardiovasc. Surg. 2004, №30, с. 424-429.*
3. *Верещагин Н.В. Гетерогенность инсульта: взгляд с позиции клинициста // Журн. невр. и псих. им. С.С. Корсакова. 2003,№9, с. 8-9.*
4. *Фонякин А.В., Суслина З.А., Гераскина Л.А. Кардиологическая диагностика при ишемическом инсульте. СПб.,ИНКАРТ, 2005, с. 224.*
5. *Petty G., Brown R., Whisnant J. et al. Ischemic stroke subtypes. A population-based study of functional outcome, survival and recurrence // Stroke. 2000, №31, с. 1062-1068.*
6. *Фонякин А.В., Гераскина Л.А., Суслина З.А. Стратификация причин кардиоэмболического инсульта //Неврологический журнал. 2002, №2, с. 8-11.*
7. *Суслина З.А., Фонякин А.В. Кардиальные аспекты патогенеза и профилактики ишемических инсультов // Креативная кардиология. 2007, №1, с. 220-230.*

ПЕРВИЧНАЯ И ВТОРИЧНАЯ ПРОФИЛАКТИКА ИНСУЛЬТОВ

Б.Б. Кулов, Э.А.Козлова
Международная высшая школа медицины УНПК «МУК», г. Бишкек

Primary and secondary propxylaxis of strokes

B.B.Kulov, E.A.Kozlova
International higher School of Medicine

Инсульт – это наиболее распространенное в нашем обществе неврологическое заболевание и ведущая причина инвалидности. До 60% больных становятся тяжелыми инвалидами, 30% имеют стойкие остаточные изменения и только 10% возвращаются к полноценной жизни. Причины и факторы риска инсульта в настоящее время хорошо изучены, поэтому справедливым становится утверждение, что инсульт лучше предупредить, чем вылечить.

Программы профилактики играют ключевую роль в снижении заболеваемости и предотвращении роста заболеваемости, связанной со старением населения. Большое значение имеет эффективная, действенная и быстрая диагностика инсульта и преходящего нарушения мозгового кровообращения.

Несмотря на то, что решающее значение в снижении смертности и инвалидизации вследствие инсульта принадлежит первичной профилактике, существенный эффект в этом отношении дает оптимизация системы помощи больным с острыми нарушениями мозгового кровообращения (ОНМК), введение лечебных и диагностических стандартов для этих больных, включая реабилитационные мероприятия и профилактику повторных инсультов. Европейское регионарное бюро Всемирной организации здравоохранения (ВОЗ) считает, что создание современной системы помощи больным с инсультом позволит снизить летальность в течение первого месяца заболевания до уровня 20% и обеспечить независимость в повседневной жизни через 3 мес. после начала заболевания не менее 70% выживших пациентов.

Первичная профилактика предназначена для того, чтобы уменьшить риск возникновения инсульта у так называемых бессимптомных пациентов, т.е. не имеющих в анамнезе симптомов инсульта или транзиторной ишемической атаки (ТИА).

Задачи первичной профилактики:

1. Выявление групп повышенного риска
2. Диагностика и оценка состояния факторов риска
3. Разработка индивидуальной программы лечения корректируемых и профилактики предполагаемых факторов риска

Мероприятия первичной профилактики инсульта

Медикаментозная профилактика

1. Лечение артериальной гипертонии (АГ). Большую часть больных с АГ составляют пациенты с так называемой мягкой АГ (АД 140/90-179/104 мм рт. ст.), при этом значительное количество инсультов у населения происходит именно

у этих больных. Существуют некоторые показатели, характеризующие артериальную гипертонию и указывающие на повышенный риск развития инсульта при этом заболевании. Среди больных с АГ риск развития инсульта возрастает:

1. При гипертрофии миокарда
2. При гиперренинной форме АГ
3. При наличии у больного церебральных жалоб (клинического симптома НПНКМ)
4. У больных с гипертоническими артериальными кризами.

Действия:

- Давление должно быть понижено до нормального уровня – менее 140/ менее 90 мм рт ст. (1 уровень).
- Лечение проводится независимо от субъективно удовлетворительного состояния
- У пожилых пациентов безопасно снижение артериального давления до уровня границы нормотонии 160/95 мм рт. ст.
- Появление гипертонических кризов – показатель неадекватности гипотензивной терапии

2. Терапия антитромбоцитарными препаратами. Аспирин должен быть рекомендован пациентам с сосудистыми факторами риска. Профилактическая антиагрегантная терапия должна проводиться непрерывно и длительно.

3. Контроль гликемии. Необходим строгий контроль уровня глюкозы, а у больных СД и других факторов риска – АД, уровень холестерина. Высокий уровень глюкозы в ранней стадии инсульта, отмеченный у всех больных без СД, увеличивает смертность и ухудшает неврологический дефицит.

Действия:

- Скринниговое исследование сахара крови у всех пациентов вне зависимости от диабетического анамнеза (1 раз в год).
- Контролируемое лечение сахарного диабета (СД).
- Для больных с СД уровень АД должен быть снижен больше, чем в общей популяции, он должен быть менее чем 135/80 мм рт ст.

4. Коррекция липидного обмена. Стабилизация липидного обмена влияет на процесс развития атеросклероза коронарных артерий, меньшей степени церебральных. Нормолипидемия позволяет предотвратить прогрессирование интеллектуально – мнестических нарушений при ДЭ за счет снижения уровня церебральных парапротеинов.

Действия:

- Скрининг общего холестерина или липидного спектра 1 раз в год.
- При уровне общего холестерина выше 5,0 ммоль/л и(или) липопротеидов низкой плотности выше 3,36 ммоль/л – диета.
- Если в течение 6 месяцев на фоне диеты показатели остаются высокими – гиполипидемические препараты – статины.
- Терапия статинами должна проводиться непрерывно и длительно

Немедикаментозная профилактика

1. Отказ от курения. Курение отнесено к независимому фактору риска инсульта у мужчин и женщин, в 2-3 раза увеличивает риск возникновения инсульта по сравнению с некурящими. В случае прекращения курения только через 2 года риск сокращается на 50%. Отказ независимо от стажа снижает риск инсульта на 23%.т

2. Ограничение приема поваренной соли. Ограничение приема соли дает уменьшение потребления соли на 100 ммоль/день.

3. Оптимизация физической нагрузки и сна. У людей, имеющих высокую физическую активность, выявлено уменьшение риска возникновения инсульта. По-видимому, этот факт связан с нормализацией веса, АД, уровня холестерина и глюкозы. Сочетание бодрящей прогулки с уменьшением потребления поваренной соли более эффективно, чем только прогулка для снижения АД.

4. Ограничение приема алкоголя. Злоупотребление алкоголем (больше чем 600 мг/кг) увеличивает риск инсульта, активизируя все факторы риска, в то время как легкое или умеренное употребление имеет протективное (защитное) действие против всех сердечно-сосудистых катастроф, в т.ч. и от инсульта.

5. Контроль массы тела. Доказано, что использование диет с низким уровнем употребления соли, с высоким содержанием ненасыщенных жиров, с зерновыми продуктами, фруктами, овощами, рыбой 1 раз в месяц и достаточным поступлением омега-3-жирных кислот уменьшает риск инсульта. Эффект от снижения веса прослеживается уже в раннем периоде потери веса.

Система вторичной профилактики основывается на стратегии высокого риска, которая определяется, в первую очередь, значимыми и корректируемыми факторами риска развития нарушений мозгового кровообращения, а также выборе терапевтических подходов в соответствии с данными многоцентровых плацебоконтролируемых исследований. Вторичная профилактика ишемического инсульта осуществляется начиная со 2–3-й недели заболевания, а транзиторных ишемических атак – с момента развития первых клинических симптомов.

Мероприятия вторичной профилактики инсульта

Комплексное обследование для индивидуального подбора программы вторичной профилактики при уточненном характере инсульта.

1. Лечение артериальной гипертонии (АГ). После выписки из стационара, где завершен активный этап терапии ОНМК, больной должен находиться под наблюдением участкового невролога и терапевта. Терапевт осуществляет коррекцию уровня артериального давления с учетом того, что у многих больных после инсульта происходит изменение гемодинамики и значений цифр рабо-

чего АД, поэтому может потребоваться подбор новой гипотензивной терапии. С практической точки зрения, АД имеет тенденцию к снижению без лечения в течение одной – двух недель и более после инсульта, и если нет данных за нарастающую гипертензию, то лучше подождать с началом одну -две недели.

2. Избегать резкого снижения давления

• Отдавать предпочтение комбинациям препаратов с целью доведения до максимума гипотензивного эффекта при минимальных побочных эффектах

• Использовать препараты длительного действия

• При низкой эффективности или плохой переносимости лекарственного средства заменять его на препарат другого класса, а не увеличивать дозу

• Средствами первой очереди следует считать низкие дозы диуретиков и(или) бета-блокаторов и(или) ингибитора АПФ (1 уровень доказательности)

3. Терапия антитромбоцитарными препаратами. Эффективность выбора антитромботических препаратов в первую очередь зависит от клинических характеристик пациента.

а) Аспирин – относительное снижение риска возникновения инсульта после ТИА или ишемического инсульта на 13%. Наиболее широко изучены эффективные дозы Аспирина – 50-150мг. Исследовательские группы (Dutch TIA group 1991, Farrell et al 1991) доказали, что нет различия приема различных доз аспирина (низких – менее 160 мг, средних – 500-1500 мг) по эффективности предотвращения повторных инсультов. Риск возникновения геморрагических осложнений не зависит от дозы аспирина, но желудочно-кишечные осложнения зависят от дозы аспирина – чем ниже доза, тем более безопасны. Таким образом, назначение кишечнорастворимой формы Аспирина (тромбо асс, аспирин кардио) в дозе 50-325 мг на ночь (1 г/кг) позволяет уменьшить риск повторного инсульта (1 уровень). В настоящее время нет полноценных исследований по эффективности снижения риска развития инсульта при добавлении других антитромботических препаратов (кроме дипиридамола) к аспирину.

б) Клопидогрель (плавикс) – более эффективен, чем аспирин в средней дозе 75 мг для предотвращения сосудистых событий (CAPRIE, 1996) на 8,7% (1 уровень). Это препарат первого выбора особенно у пациентов с противопоказаниями и неблагоприятными эффектами на аспирин или дипиридамол (4 уровень) и более эффективен у пациентов с высоким риском возникновения инсульта – с предшествующим инсультом, ТИА, инфарктом миокарда, облитерирующим атеросклерозом, ИБС, диабетом и после операций на коронарных артериях (Bhatt, 2000) (3 уровень)

в) Дипиридамол + Аспирин. Исследование ESPS II показало, что комбинация 50мг аспирина в сочетании с 400мг дипиридамола удваивает эффект монотерапии аспирина и монотерапии дипиридамола – выявлено относительное сокращение риска возникновения инсульта на 37% по сравнению с группой плацебо; на 18% с группой монотерапии аспирином и на 16% с монотерапией дипиридамолом. Таким образом, комбинацию аспирина 25 мг и дипиридамола 200мг х 2 раза в день можно рассматривать как метод выбора для снижения риска инсульта (1 уровень)

г) Пациенты с ТИА или инсультом и нестабильной стенокардией без патологического зубца Q должны принимать комбинацию клопидогреля 75 мг с аспирином 75 мг (3 уровень)

д) Пациенты, которые начали прием тиклопидина, должны быть переведены на прием клопидогреля, т.к. тиклопидин имеет большой перечень побочных эффектов (3 уровень)

е) У пациентов, которые не переносят аспирин или клопидогрель, монотерапия дипиридамолом (курантилом) в дозе 200 мг х 2 раза в день может быть использована как альтернатива.

4. Лечение антикоагулянтами.

Показания:

• Доказанный кардио-эмболический инсульт

• Мерцательная аритмия

• Наличие искусственного клапана сердца

5. Контроль гликемии. Необходим строгий контроль уровня глюкозы, а у больных СД и других факторов риска – АД, уровень холестерина. Высокий уровень глюкозы в ранней стадии инсульта увеличивает смертность и ухудшает неврологический дефицит.

• Контролируемое лечение диабета

• Скриннинговое исследование сахара крови (1 раз в год)

• Для диабетиков уровень АД должен быть снижен больше, чем в общей популяции, он должен быть менее, чем 135/80 мм рт. ст.

• Аспирин для первичной профилактики у любого пациента с диабетом старше 30 лет (3 уровень)

6. Коррекция липидного обмена.

• Скрининг липидного спектра 1 раз в год

• При уровне липопротеидов низкой плотности выше 3,36 ммоль/л – диета

• Если в течение 6 месяцев на фоне диеты холестерин ЛПНП остается высоким – гиполипидемические препараты

• При коррекции нарушений липидного обмена следует иметь в виду возможность вторичной гиперлипидемии (при сахарном диабете, гипотиреозе и др.).

7. Курение. Прекращение курения независимо от стажа снижает риск повторного инсульта на 23%.

8. Коррекция психоэмоциональных последствий инсульта. У больных с сосудистыми заболеваниями мозга нередко наблюдаются различные

психо – эмоциональные расстройства: состояние нервозности, раздражительности, чувство внутреннего напряжения, а также колебания настроения с периодическим понижением его фона, расстройства сна. Для коррекции этих нарушений используются транквилизаторы, нейролептики, антидепрессанты, снотворные. В этих случаях целесообразны консультации психотерапевта и сомнолога. При коррекции психоэмоциональных расстройств необходимо руководствоваться следующими принципами:

Дифференцированный подбор психотропных средств с учетом клинической картины невротических нарушений, преобладания седативного или стимулирующего эффекта конкретного препарата. Длительность лечения также определяется индивидуально. Для транквилизаторов она составляет обычно 1-1,5 месяцев, а при необходимости и более длительный срок.

9. Репаративная терапия. Симптоматическое лечение вторичными нейропротекторами больных с сосудистыми поражениями мозга требует, как правило, курсового (нередко повторного) использования препаратов, чередования средств, имеющих различную направленность действия (при необходимости их комбинацию). Целесообразно проведение предупредительных курсов лечения при ожидаемом воздействии неблагоприятных метеорологических факторов (в весенний и осенний периоды).

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Предупреждение инсульта – самый надежный и наименее затратный способ решение проблемы, имеющей национальное значение. Очевидно и другое – упрощенно-примитивный подход к организации первичной и вторичной профилактики инсульта, основанный на рекомендациях по здоровому образу жизни и устранению так называемых факторов риска – недостаточно эффективен. Профилактические программы работают там, где в полной мере используются возможности превентивной кардиологии и ангионеврологии в рамках вновь организованных центров по борьбе с инсультом. Таким образом, нарастающая угроза инсульта требует развития индивидуального направления профилактики, основанного на современных методах диагностики доклинических проявлений наиболее опасных патологических процессов и синдромов. Практика показывает, что лечебная коррекция выявленных нарушений может быть весьма эффективной и способна существенно повлиять на заболеваемость инсультом.

Литература

1. *Беленков Ю.Н., Мартынов А.И. Рекомендации по вторичной профилактике инсульта // Неотложная терапия. 2004. – №1-2 .- С.16-17.*
2. *Первичная и вторичная профилактика ишемических инсультов / Н.В. Миронов, В.И. Шмырев, И.И. Горяйнова, И.Н. Миронов М.: учебно-научный центр Медицинского центра Управления делами Президента РФ, 2002 г, стр. 13*
3. *Клинические рекомендации. Выпуск 1. Под редакцией академика И.Н.Денисова и академика Ю.Л.Шевченко. Раздел «Неврология» под редакцией профессора В.И.Скворцовой. М., 2004. С. 570-578.*
4. *Рекомендации Европейского комитета по инсульту (перевод с английского European Stroke Initiative, Recommendations 2003 (E U S I) «Ischemic Stroke (prophylaxis and treatment)» Волковой Л.И., г.Екатеринбург, 2004, 69 с.*
5. *Белова А.Н. Нейрореабилитация: руководство для врачей – 2-е изд., пере-раб. и доп. – М.: Антидор, 2002 .*
6. *Стаховская Л.В. с соавт. Вторичная профилактика инсульта // Консилиум медикум. Специальный выпуск. 2003. С. 35-38.*
7. *Гусев Е.И., В.И.Скворцова. Терапия ишемического инсульта // Консилиум медикум. Специальный выпуск. 2003. С.18-25.*