

Современные возможности профилактики нарушений мозгового кровообращения

По материалам научно-образовательного форума «Академия инсульта», 10-11 ноября, г. Киев

Известно, что успех и эффективность лечения острого ишемического инсульта во многом зависят от своевременного начала адекватной терапии. В то же время преодоление острой стадии заболевания вовсе не означает окончание терапии. Поскольку риск повторного инсульта достаточно высок, необходимо обязательно проводить длительную и адекватную медикаментозную профилактику его рецидива, применять ранние реабилитационные мероприятия в комплексе с изменением образа жизни. Об особенностях профилактики нарушений мозгового кровообращения и основных принципах современных стратегий по вторичной профилактике инсульта рассказала научный руководитель Харьковского городского центра острой цереброваскулярной патологии, профессор кафедры невропатологии и нейрохирургии Харьковской медицинской академии последипломного образования, заслуженный врач Украины Валентина Алексеевна Яворская.



В.А. Яворская

Профессор обратила внимание, что в последнее время в мире происходит рост острых и хронических нарушений мозгового кровообращения. В первую очередь это обусловлено старением населения и значительной распространенностью таких факторов риска сосудистых катастроф, как артериальная гипертензия, болезни сердца, сахарный диабет, ожирение, курение, малоподвижный образ жизни и др. Такая тенденция характерна и для Украины. Если в 2006 г. доля лиц старше 60 лет в возрастной структуре населения нашей страны составляла 20,4%, то, по прогностическим данным, к 2050 г. этот показатель достигнет 38%. Постарение населения неизбежно приведет к увеличению частоты инсультов.

За последние 40 лет частота новых случаев инсульта в странах с высоким уровнем благосостояния снизилась на 42%, тогда как в странах с низким и средним достатком — выросла более чем в 2 раза. На планете от инсульта ежегодно умирают более 15 млн человек, из которых около 85% приходится на долю стран со слабой экономикой. Мозговой инсульт считается заболеванием бедных слоев населения, к которым сегодня можно отнести большинство жителей Украины.

На очень низком уровне находится и вторичная профилактика инсультов. Каждый третий из зарегистрированных случаев является повторным. Вероятность повторного приступа в течение первого года составляет около 15%, а в течение первых 5 лет — до 40%. У пациентов старше 45 лет вероятность рецидива увеличивается в 15 раз в сравнении с более молодыми больными. После перенесенного второго/третьего инсульта средняя продолжительность жизни составляет всего 2-3 года.

Однако мы имеем уникальную возможность в половине случаев предупредить развитие повторного инсульта с его катастрофическими последствиями. Этого можно достичь за счет проведения эффективных профилактических мероприятий, особенно у пациентов с повышенным риском рецидива инсульта.

Выделяют МРТ-предвестники повторных мозговых катастроф:

- ишемический очаг занимает более 1/3 зоны кровоснабжения средней мозговой артерии;
- сглаженность извилин;
- грубый масс-эффект;
- стертость границ белого и серого вещества.

В настоящее время разработаны эффективные средства вторичной профилактики ишемического инсульта: активное и адекватное лечение артериальной гипертензии, предупреждение кардиоэмболического инсульта, хирургическая коррекция перфузии, коррекция показателей гемостаза, коррекция нарушений липидного обмена.

Вторичную профилактику целесообразно начинать уже в острый период инсульта — с первых суток при внутримозговом кровоизлиянии, с 7-14-го дня при остром ишемическом инсульте в зависимости от тяжести инсульта и объема очага. Медикаментозная профилактика включает назначение антигипертензивных препаратов, блокаторов тромбообразования и статинов. Это изученные и наиболее эффективные классы препаратов, позволяющие значительно снизить риск повторных сосудистых событий.

Целевое значение артериального давления в первые полгода-год после инсульта рекомендуется снизить на 20-30% по сравнению с исходными цифрами. Перед уточнением схемы антигипертензивной терапии следует исследовать степень стеноза магистральных артерий головы. При наличии бляшки, существенно перекрывающей просвет сосуда, не рекомендуется назначать β-блокаторы.

Золотым стандартом антикоагулянтной терапии продолжает оставаться варфарин. Однако практическое использование данного препарата связано со значительными сложностями. Процесс титрования дозы, необходимость регулярного лабораторного мониторинга, множественные взаимодействия с продуктами питания и лекарственными препаратами, вариабельность антикоагулянтного эффекта — далеко не полный список недостатков этого перорального антикоагулянта. Перечисленных недостатков лишены новые пероральные антикоагулянты (ривароксабан, дабигатран и апикасан).

Антиагрегантную терапию можно проводить с помощью препаратов ацетилсалициловой кислоты (Магникор), клопидогреля (Атерокард) и цилостазола (Плестазол).



Цилостазол (cilostazol) является антитромбоцитарным препаратом, который избирательно ингибирует фосфодиэстеразу 3 типа, повышает внутриклеточное содержание цАМФ в тромбоцитах, благодаря чему уменьшается их способность к агрегации. Кроме того, цилостазол обладает свойствами вазодилатора, способностью ингибировать пролиферацию клеток гладкой мускулатуры сосудов, а также предотвращать рестеноз после ангиопластики.

Цилостазол в дозе 100 мг 2 р/сут показан для профилактики повторного ишемического инсульта, после выполнения стентирования (в этом случае препарат применяется в комбинации с ацетилсалициловой кислотой), с целью предупреждения рестеноза после операций на сосудах, при перемежающейся хромоте.

В 2011 г. в журнале The Lancet были опубликованы результаты сравнительного исследования CSPS2, в котором изучалась эффективность антитромбоцитарного препарата цилостазола при вторичной профилактике мозгового инсульта (Cilostazol for prevention of secondary stroke, CSPS2). В исследование включили 2757 пациентов с ранее перенесенным ишемическим

мозговым инсультом, которые получали либо ацетилсалициловую кислоту в дозе 81 мг/сут, либо цилостазол 100 мг × 2 р/сут в течение 1-5 лет (в среднем — 29 месяцев). Конечной точкой в данном исследовании был повторный инсульт (ишемический, геморрагический, субарахноидальное кровоизлияние). Первичная конечная точка для цилостазола составила 2,76% (n=82), а для ацетилсалициловой кислоты — 3,71% (n=119). При этом геморрагические осложнения, требующие госпитализации, чаще регистрировались в группе пациентов, принимавших ацетилсалициловую кислоту.

Таким образом, в исследовании CSPS2 цилостазол в сравнении с ацетилсалициловой кислотой показал себя как более эффективный препарат для вторичной профилактики мозгового инсульта, поэтому в перспективе цилостазол может быть рекомендован для профилактики повторного инсульта у пациентов с перенесенным некардиоэмболическим инсультом.

Далее профессор В.А. Яворская представила результаты собственного исследования по изучению эффективности комбинации Плестазол+Магникор у пациентов с атеротромботическим инсультом, проведенного на базе Харьковского городского центра острой цереброваскулярной патологии. Пациенты первой группы (n=50), которые имели всего два фактора риска повторного инсульта (атеросклероз сосудов головного мозга и курение), получали препарат Плестазол по 100 мг 2 раза в день. Пациенты второй группы (n=50) с большим количеством факторов риска (артериальная гипертензия, ишемическая болезнь сердца, сахарный диабет, прием алкоголя, курение) получали Плестазол по 100 мг 2 раза в день в комбинации с Магникором 300 мг/сут первые два дня с последующим переходом на дозу 75 мг. Оценка результатов терапии проводили на 1-е и 14-е сутки, определяя показатели по шкале NIHSS, mRs (модифицированная шкала Ренкина) и уровень фибриногена.



В первой группе, принимающей Плестазол, произошло незначительное снижение уровня фибриногена за период наблюдения (с 4,29 г/л на 1-2-е сутки до 4,16 г/л на 10-14-е сутки). На фоне приема комбинации Плестазол+Магникор отмечалось более значимое снижение уровня фибриногена (с 4,32 г/л на 1-2-е сутки до 3,6 г/л на 10-14-е сутки).

В первой группе произошло снижение среднего балла по шкале NIHSS на 2,24 (с 9,68

до 7,44), во второй группе — на 5,32 (с 11,48 до 6,16). По шкале mRs снижение в группах составило 0,54 (с 2,9 до 2,36) и 1,52 (с 3,28 до 1,76) соответственно.

Таким образом, Плестазол показал хорошие результаты у пациентов первой группы, которые имели два фактора риска. Плестазол и Магникор при совместном применении показали лучшие результаты у пациентов, которые имели более двух факторов риска.

Важную роль во вторичной профилактике инсульта играют статины. В дополнение к основному липидснижающему действию препараты данной группы обладают нейропротективными характеристиками при инсульте: оказывают благоприятный эффект на эндотелиальную функцию, воспаление, церебральный кровоток.

Большая роль принадлежит и ранней реабилитации, которую рекомендуется начинать после стабилизации жизненно важных функций, и вот почему. Известно, что в период от 3 нед до 6 мес (пик 2-3 мес) преобладают процессы репарации, формирование новых синнаптических связей, активация синтеза белков, «растормаживание» неактивных клеток, в том числе зоны пенумбры, исчезает отек и улучшается метаболизм данной зоны. Именно в этот период проведение активных реабилитационных мероприятий способствует более полному восстановлению утраченных функций.

Исследования последних лет показали, что очень ранняя и интенсивная мобилизация в первые 24 часа после инсульта дает хорошие результаты относительно улучшения первичной конечной точки (количество дней для прохождения дистанции 50 м без сторонней помощи) и вторичной конечной точки (оценка моторики Ривермид — Rivermead Motor Assessment) через 2 и 12 мес после инсульта.

Медикаментозная профилактика должна быть непрерывной и длительной — не менее 2 лет, а иногда и пожизненной. Поэтому важно учитывать ее экономическую доступность индивидуально для каждого пациента.

Немедикаментозная профилактика включает нормализацию массы тела, ограничение потребления поваренной соли (не более 6 г/сут, что соответствует одной чайной ложке), увеличение потребления с пищей К, Mg, Ca, уменьшение потребления алкоголя, уменьшение потребления жиров и холестерина, увеличение физической активности, отказ от курения, психоэмоциональную разгрузку и релаксацию. К сожалению, эффективные средства профилактики повторного ишемического инсульта применяются только у небольшой части наших пациентов, поэтому проблема в целом остается нерешенной.

Подготовил Вячеслав Килимчук

