



Количество больных с инсультом во всем мире и в Украине постоянно увеличивается. Согласно данным

мировой статистики, на современном этапе диагностируется до 15 млн инсультов в год, при этом в 5,7 млн случаев эта цереброваскулярная патология имеет смертельный исход. Как предполагают международные эксперты в области цереброваскулярных заболеваний, к 2030 г. заболеваемость инсультом может увеличиться на 30%.

О путях оптимизации профилактики и лечения этой тяжелой цереброваскулярной патологии беседовала с нашим корреспондентом главный специалист МЗ Украины по специальности «Неврология», заведующая отделом сосудистой патологии головного мозга Института неврологии, психиатрии и наркологии АМН Украины, доктор медицинских наук, профессор Тамара Сергеевна Мищенко.

— Какой уровень заболеваемости инсультом наблюдается в последние годы в Украине?

— В течение последнего десятилетия заболеваемость мозговым инсультом в Украине колеблется от 100 до 120 тыс. в год. В 2008 г. в нашей стране зарегистрировано 107 124 случая мозговых инсультов (МИ), что на 100 тыс. населения составляет 282,9 случая. Почти в 30% случаев МИ поражали людей трудоспособного возраста. В этом же году от мозгового инсульта умерли 42 405 украинцев; таким образом, уровень смертности от этой патологии составил 91,3 на 100 тыс. населения.

— На чем сегодня делают главный акцент ведущие специалисты в области цереброваскулярной патологии?

— Так как инсульт является одной из основных причин высокой смертности и инвалидизации людей во всем мире, усилия ученых и клиницистов направлены на разработку новых и эффективных методов диагностики, лечения и профилактики этого заболевания.

Сегодня главное внимание сосредоточено на максимально ранней диагностике острых нарушений мозгового кровообращения, а современная концепция «время—мозг» предполагает оказание экстренной помощи при инсультах.

Существуют разные пути улучшения ранней диагностики инсультов, прежде всего — это просветительская работа среди населения. В обеспечении информированности пациентов с высоким риском развития острых нарушений мозгового кровообращения относительно первых симптомов инсульта или ТИА большая роль отводится сегодня врачам первичного звена здравоохранения, которые каждый день сталкиваются с такими больными.

К группе высокого риска развития инсульта, кроме пожилых пациентов, а также генетически к ним предрасположенным, относятся и лица с артериальной гипертензией, болезнями сердца, сахарным диабетом. Среди кардиальных причин наиболее значимой является фибрилляция предсердий, которая в 7–8 раз повышает риск развития инсульта. К значимым факторам риска также относят стеноз сонных артерий, злоупотребление алкоголем, курение. В настоящее время изучается роль некоторых воспалительных заболеваний, мигрени и депрессии в повышении риска развития инсульта, однако на сегодня однозначных выводов по этой проблеме не сделано.

С другой стороны, на раннюю диагностику инсультов существенно влияет то, в какой степени владеют простейшими методами диагностики этого заболевания не только неврологи, но и семейные врачи, врачи общего профиля, а также персонал бригад скорой медицинской помощи. Использование простых приемов (например, теста «лицо—рука—речь»), теста ROSIER и клинических шкал этими специалистами, а также умение распознать характерные симптомы (внезапная слабость или онемение в конечностях справа или слева, нарушение речи, головокружение, резкая головная боль), будут способствовать реализации современной тактики ведения пациентов с инсультом, предполагающей раннюю госпитализацию с целью уточнения диагноза при помощи нейровизуализирующих методов.

Уже в приемном отделении больной с инсультом должен быть осмотрен неврологом и нейрохирургом. В срочном порядке следует провести компьютерную томографию (КТ) или магнитно-резонансную томографию (МРТ) головного мозга. Проведение КТ на

Современные принципы диагностики и лечения инсульта: максимально быстро, максимально рано, максимально эффективно

этом этапе является даже более предпочтительным в плане соотношения цена—качество и доступности процедуры.

Визуализационные методики позволяют также определить тип инсульта, его причину, степень жизнеспособности вещества мозга, что является важным при выборе метода лечения. Необходимо провести больному с МИ или ТИА дуплексное исследование сосудов головы и шеи, клинические анализы крови, мочи, электрокардиографическое исследование и т. д..

— Можно ли начинать специфическую терапию до проведения нейровизуализационных исследований?

— Нейровизуализационные исследования необходимо выполнять до начала специфической терапии. Это требование связано с тем, что классические симптомы, на основании которых обычно различают геморрагический и ишемический инсульт, не всегда соответствуют данным нейровизуализационных исследований. Конечно, мы и сегодня говорим о том, что для геморрагического инсульта характерно более тяжелое течение с преобладанием общемозговых симптомов, резко выраженная головная боль, тошнота, рвота, потеря сознания и маловыраженная очаговая симптоматика. Кроме того, именно при этом виде инсульта могут наблюдаться менингеальные симптомы и эпилептические припадки. Однако практические врачи сегодня все чаще сталкиваются с ситуациями, в которых некоторые классические симптомы ишемии мозга наблюдаются при геморрагическом инсульте, и наоборот. Именно поэтому для осуществления правильной тактики ведения пациента так важно своевременно провести нейровизуализационные исследования.

После проведения диагностических мероприятий следует немедленно начинать лечение, предусматривающее общие и специфические мероприятия. К первым относятся мероприятия, направленные на восстановление жизненно важных органов и систем. Они включают коррекцию нарушений дыхания, регуляцию функций сердечно-сосудистой системы, нормализацию водно-электролитного баланса, контроль метаболизма глюкозы и температуры тела. В инсультном отделении проводится суточный мониторинг неврологического статуса, уровня сознания, АД, пульса, температуры тела, газового состава крови. При этом следует помнить, что сегодня не рекомендуется рутинное снижение артериального давления в остром периоде инсульта.

Кроме того, осуществляется лечение и профилактика осложнений, в первую очередь развития отека мозга, пневмонии, инфекций мочевыводящих путей, пролежней, а также возникновения судорог, тромбоза глубоких вен, тромбоза легочной артерии.

К специфическим относятся мероприятия, которые проводятся на основании данных о типе и происхождении инсульта.

На сегодня доказана эффективность тромболитической терапии (ТЛТ) при ишемическом инсульте в плане снижения инвалидности и смертности при условии проведения процедуры в пределах терапевтического окна, которые сегодня расширены до 4,5 ч.

При геморрагическом инсульте дифференцированная терапия включает хирургические методы лечения.

В последние годы изменилась и тактика ведения больных с ТИА, которые признаны, как и МИ, неотложными состояниями. В исследовании, проведенном в Великобритании, экстренная медицинская помощь пациентам с ТИА в условиях специализированной амбулаторной клиники позволила существенно снизить риск инсульта по сравнению со стандартными подходами к оказанию помощи.

— Какие принципы положены в основу вторичной профилактики инсульта?

— Мероприятия вторичной профилактики инсульта направлены на предотвращение развития повторного инсульта или других сердечно-сосудистых событий у пациентов, перенесших инсульт или ТИА и должны проводиться на второй недели от момента развития катастрофы. Вторичная профилактика состоит из нескольких позиций.

Согласно современным рекомендациям инициативной группы по инсульту (EUSI) и Европейского инсультного общества больным с атеротромботическим, лакунарным или криптогенным инсультом необходимо назначать антитромбоцитарную терапию. На сегодня доказана эффективность трех препаратов во вторичной профилактике инсульта. Это ацетилсалициловая кислота (АСК), комбинация ацетилсалициловой кислоты (АСК) и дипиридамола (медленного высвобождения) и клопидогреля.

Препарат клопидогрель в дозе 75 мг/сут показан пациентам с резистентностью или непереносимостью аспирина, а также пациентам с нестабильной стенокардией, после ангиопластики, с заболеваниями периферических артерий нижних конечностей. Очень важным является назначение брендового препарата клопидогреля — препарата плавикс, эффективность и безопасность которого доказана во многих международных многоцентровых исследованиях.

Терапия оральными антикоагулянтами рекомендована больным после перенесенного ишемического инсульта или ТИА, развитие которых связано с кардиоэмболическим инсультом, причиной

которого чаще всего является мерцательная аритмия. При наличии противопоказаний к применению этих препаратов сегодня рекомендована терапия АСК в дозе 325 мг.

Важным аспектом вторичной профилактики инсультов является прием статинов, обладающих не только гиполипидемическим, но и противовоспалительным действием. Пациентам со стенозами сонных артерий 70–99%, а также с нестабильными бляшками рекомендована каротидная эндартерэктомия.

Обязательной является коррекция факторов риска путем изменения образа жизни, отказа от курения, снижения массы тела, лечения артериальной гипертензии, фибрилляции предсердий, нормализации гликемии и др.

К сожалению, в отечественной практике достаточно часто можно наблюдать парадоксальную ситуацию, когда вместо жизненно необходимых препаратов, включенных в современные рекомендации по вторичной профилактике инсультов, больные на протяжении длительного времени принимают только в лучшем случае ноотропы и вазоактивные препараты, в худшем — биодобавки.

— Какие дополнительные возможности по улучшению результатов лечения пациентов с ишемическим инсультом имеются на сегодня?

— Повысить эффективность лечения больных возможно путем применения нейропротекторов (церебролизина, цитиколина). И хотя на сегодня накоплено относительно мало данных доказательной медицины относительно их эффективности, многолетняя клиническая практика свидетельствует о необходимости как можно раннего их назначения с целью снижения инвалидизации и смертности от МИ.

После острейшего периода МИ эффективным является назначение препаратов, влияющих на реологические свойства крови, улучшающих мозговое кровообращение.

Повышает эффективность лечения пациентов с МИ и проведение реабилитационных мероприятий, которые необходимо осуществлять как можно раньше и в полном объеме.

— Какие новые направления в лечении инсультов являются наиболее перспективными?

— Большой интерес сегодня представляют новые методы повышения эффективности ТЛТ, в частности путем улучшения доступа тромболитика к тромбу и проникновения тромболитического препарата в глубину тромба. Одним из таких методов является использование ультразвуковой локализации при проведении тромболитической тканевым активатором плазминогена, а также сочетанное применение тромболитиков и нейропротекторов.

Возрастает интерес к использованию интервенционных вмешательств в острейшем периоде ишемического инсульта на фоне окклюзии внутричерепного сосуда в качестве дополнения или альтернативы внутривенному тромболитическому. Реперфузия с использованием механических приспособлений является многообещающим подходом у пациентов, у которых тромболитический был безрезультатным.

Новым направлением в лечении внутримозговых кровоизлияний является использование рекомбинантного активированного VII фактора свертывания. Однако необходимы дальнейшие исследования по изучению эффективности данного препарата.

В настоящее время проводятся исследования по изучению эффективности статинов, новых антиагрегантов и противовоспалительных препаратов в остром периоде инсульта, хотя о каких-либо выводах говорить пока рано.

Очень важным направлением является и разработка новых методик, направленных на повышение эффективности реабилитационных мероприятий для больных с МИ.

— На что важно сегодня обратить внимание врачей, сталкивающихся в своей практике с больными инсультом и пациентами высокого риска?

Украинские специалисты, к сожалению, недостаточно широко применяют простые методы, которые могут помочь в диагностике инсульта и оценке неврологического статуса больного, в частности общепризнанные неврологические шкалы. В ряде клиник не используются стандарты оказания помощи больным с МИ.

Недостаточно активно проводится и работа по модификации факторов риска у пациентов высокого риска развития инсульта с целью предупреждения развития у них этой патологии. Так, мужчин после 40 лет целесообразно направлять на обследование для выявления или исключения наличия стеноза внутренней сонной артерии.

При использовании индивидуального подхода к ведению пациентов высокого риска можно добиться достаточно хороших результатов в плане первичной и вторичной профилактики инсультов. В связи с этим сегодня существует необходимость создания реабилитационных отделений и кабинетов для оказания помощи больным с МИ во всех областях Украины.

Подготовила Наталья Очеретяная