

Т.А. Кузнецова, В.А. Знобкина, Н.В. Морозова, Ю.А. Пожидаева
ПЕРВИЧНАЯ ПРОФИЛАКТИКА ЦЕРЕБРОВАСКУЛЯРНЫХ
ЗАБОЛЕВАНИЙ И ИНСУЛЬТА

Резюме. Представлен обзор основных направлений первичной профилактики цереброваскулярных заболеваний и инсульта; в ней приведен перечень немедикаментозных мероприятий, направленных на модификацию образа жизни, и освещены аспекты назначения определённых групп препаратов соответственно установленным факторам риска развития острых нарушений мозгового кровообращения.

Ключевые слова: инсульт; факторы риска; первичная профилактика.

Инсульт – клинический синдром, представленный очаговыми неврологическими и/или общемозговыми расстройствами, развивающийся внезапно вследствие острого нарушения кровообращения в головном мозге, сохраняющийся не менее 24 часов [3]. Острые нарушения мозгового кровообращения представляют собой одну из важнейших медико-социальных проблем нашего времени, что вызвано их высокой долей в структуре заболеваемости и смертности населения, а также значительными показателями экономических потерь вследствие временной нетрудоспособности и первичной инвалидности.

Ежегодно в мире регистрируется от 5,6 до 6,6 млн. случаев церебрального инсульта. В Российской Федерации частота инсультов достаточно высока и колеблется от 460 до 560 случаев на 100 тыс населения [4]. В год, согласно мировой статистике, от данного недуга умирает более 4,5 млн человек. В России показатель ежегодной смертности от инсультов является одним из наиболее высоких в мире – 175 на 100 тыс. населения, что в 4 раза выше, чем, например, в США или Канаде [5]. Острые нарушения мозгового кровообращения являются одной из самых частых причин смерти, уступая лишь инфаркту миокарда. Кроме того, инсульт является одной из лидирующих причин инвалидизации населения. В России 31% перенесших инсульт больных не могут обходиться без посторонней помощи, 20% не способны самостоятельно передвигаться, и только у 8-11% выживших трудоспособность восстанавливается полностью, и они возвращаются к обычной трудовой деятельности.

В связи с вышеизложенным, основное значение в сокращении заболеваемости и смертности от острых нарушений мозгового кровообращения приобретает первичная профилактика, которая включает в себя комплекс мероприятий, направленный на коррекцию факторов риска возникновения инсульта, прежде всего модифицируемых. К модифицируемым факторам риска относят воздействие сигаретного дыма, несбалансированное питание, гиподинамию, ожирение, артериальную гипертензию, дислипидемию, заболевания сердца (в особенности фибрилляцию предсердий), сахарный диабет, чрезмерное потребление алкоголя, использование оральных контрацептивов, гиперкоагуляцию и прочие [6].

В первую очередь необходимо убедить пациента несколько изменить привычный образ жизни, ибо предупредить инсульт легче, чем бороться с его последствиями. Очень важен отказ от курения. Было показано, что прекращение

курения в течение, как минимум, пяти лет снижает риск возникновения инсульта у курильщика до уровня никогда не курившего человека .

Рекомендуется также отказ от злоупотребления спиртными напитками. Избыточное употребление алкоголя ускоряет формирование артериальной гипертензии, ожирения, может оказывать влияние на обмен жиров в организме. У бывших алкоголиков после постепенного прекращения злоупотребления алкоголем риск развития инсульта и других сосудистых катастроф снижается.

Пациентам с хроническими сердечно-сосудистыми заболеваниями требуются регулярные аэробные доступные для них физические нагрузки (в частности, пешие прогулки на свежем воздухе, скандинавская ходьба, плавание, бег трусцой и т.д.). Такие физические упражнения продолжительностью 40-50 минут следует повторять как минимум три раза в неделю под контролем частоты сердечных сокращений (ЧСС) – она не должна превышать 60-75% от максимальной (максимальная ЧСС = 220 – возраст пациента в годах). Регулярные аэробные физические нагрузки оказывают благоприятный эффект на массу тела, уровень артериального давления (АД), содержание липидов в сыворотке крови, толерантность к глюкозе. Наиболее простой и доступный вариант подобных нагрузок – пешая ходьба, при которой помимо всего прочего в организме синтезируется витамин Д, играющий большую роль в профилактике метаболического синдрома, поддержании иммунитета и предотвращения развития заболеваний костной ткани. Более того, кроме несомненной пользы для здоровья, физические упражнения являются наилучшим «лекарством» от депрессии. Еще в 1980-х годах американские исследователи доказали, что люди, регулярно занимающиеся утренней гимнастикой, в меньшей степени подвержены депрессивным состояниям, а пациенты, участвовавшие в программе аэробики, лучше выходили из состояния депрессии, чем те, кто лечил депрессию с использованием лекарственных средств. В дальнейшем у пациентов, занимающихся физкультурой, симптомы депрессии не повторялись. Таким образом, по мнению ученых, регулярные физические упражнения имеют во многом такой же эффект, как и антидепрессанты.

В профилактике цереброваскулярных заболеваний большое значение принадлежит рациональному питанию. Согласно рекомендациям Национального доклада «Всё о холестерине» (2010) [1], пациентам следует употреблять в пищу ежедневно по 400 г фруктов и овощей, 30 г пищевых волокон, 10-15 г растительного масла, чаще питаться блюдами из рыбы (2-4 раза в неделю), а также сократить суточное количество натрия до 1,2 - 1,5 г/сут и ограничить потребление продуктов животного происхождения. Многочисленными исследованиями было показано, что избыточное употребление легкоусвояемых углеводов может привести к развитию абдоминального ожирения, нередко ассоциированного с инсулинорезистентностью в сочетании с дефицитом выработки инсулина. Кроме того, ожирение часто сопровождается артериальной гипертензией, атерогенной дислипидемией и иными обменными нарушениями, обозначаемыми термином «метаболический синдром» [10]. В целях снижения риска инсульта рекомендуется контроль массы тела, соблюдение

диеты при повышении индекса массы тела (ИМТ) более 25 кг/м² и увеличении окружности талии у женщин более 88 см, а у мужчин – 102 см.

С учётом взаимосвязи ожирения с дислипидемией необходимо, чтобы показатели обмена липидов не выходили за пределы целевых показателей: концентрация общего холестерина в сыворотке крови не должна быть более 5,2 ммоль/л, триглицеридов – не выше 1,7 ммоль/л, холестерина липопротеидов низкой плотности (ЛНПН) – не выше 3,36 ммоль/л, холестерина липопротеидов высокой плотности (ЛПВП) – в пределах 1,0-1,89 ммоль/л. Коррекция уровня холестерина крови достигается немедикаментозными методами, указанными выше, в частности, соблюдением гипохолестериновой диеты, прекращением курения, рациональной физической активностью. При их совокупной неэффективности, как минимум, в течение трёх месяцев показано назначение гиполипидемических препаратов. Концентрацию холестерина крови снижают статины, фибраты, никотиновая кислота, секвестранты желчных кислот, антиоксиданты. Наиболее доказанной является эффективность статинов, их назначают при превышении целевых показателей уровня холестерина и триглицеридов и наличии двух или более дополнительных сердечно-сосудистых факторов риска инсульта [10, 7].

Особенно важно для первичной профилактики цереброваскулярных заболеваний контролировать показатели артериального давления. Согласно результатам международного исследования INTERSTROKE (2010), которое охватило более трёх тысяч больных с первичным инсультом из 22 стран, артериальная гипертензия – самый распространённый и наиболее значимый модифицируемый фактор риска развития данной патологии [8]. Более чем у 90% больных с инсультом отмечается артериальная гипертензия. Проведенные за рубежом исследования выявили снижение риска развития инсульта на 31% при среднем снижении показателей артериального давления на 10 мм рт.ст. Целевыми показателями АД являются 140/85 мм рт.ст., а у пациентов с сахарным диабетом и заболеваниями почек – 130/80 мм рт.ст. Повышение АД сверх этих значений требует назначения антигипертензивной терапии всем взрослым пациентам независимо от возраста. Как правило, лечение начинают с монотерапии, при её неэффективности используются комбинации антигипертензивных препаратов. Препаратами выбора начальной антигипертензивной терапии для первичной профилактики инсульта могут быть тиазидные диуретики, ингибиторы ангиотензинпревращающего фермента (ИАПФ), блокаторы кальциевых каналов (БКК) пролонгированного действия, блокаторы рецепторов ангиотензина II (БРА) или бета-адреноблокаторы (β-АБ). При наличии в анамнезе сахарного диабета и/или хронической почечной недостаточности предпочтительнее назначение ИАПФ или БРА (при непереносимости ИАПФ). Пациентам старческого возраста и больным с гемодинамически значимым поражением брахиоцефальных артерий назначать лечение следует осторожно, постепенно медленно увеличивая дозу препарата. Следует также отметить, что согласно европейской стратегии развития противоишемической службы на 2006-2015 гг,

при наличии у больного гемодинамически значимого стеноза брахиоцефальных артерий, резко и значительно снижать АД нельзя; в частности, рекомендуется целевой оптимальный уровень АД, равный 130-150/70-80 мм рт.ст. при наличии одностороннего гемодинамически значимого стеноза внутренней сонной артерии (ВСА) и 150-180/70-80 мм рт.ст. при двустороннем её стенозе [9].

Ранее в зарубежной литературе оценивалась эффективность ацетилсалициловой кислоты для первичной профилактики инсульта. Вопрос о её использовании с этой целью до сих пор активно обсуждается. Возможно назначение ацетилсалициловой кислоты в дозе 1 мг/кг массы тела в сутки женщинам в возрасте от 65 лет и старше без патологии желудочно-кишечного тракта, мужчинам для профилактики развития инфаркта миокарда показано назначение такой же суточной дозы при наличии нескольких факторов риска [12]. Назначение других антиагрегантных препаратов для первичной профилактики инсульта не рассматривалось.

Мерцательная аритмия, или фибрилляция предсердий (ФП), - ещё один значимый независимый фактор риска развития инсульта; она является наиболее распространённым вариантом нарушений сердечного ритма. Среди пациентов старше 60 лет ФП встречается в 4% случаев. Больным старше 65 лет, у которых ФП – единственный фактор риска инсульта, показано назначение ацетилсалициловой кислоты в дозе 75-100 мг/сут [12]. Если у пациента старше 65 лет кроме ФП имеются другие факторы риска, ему следует назначить варфарин под контролем международного нормализованного отношения (МНО), уровень которого рекомендуется поддерживать в пределах от 2,0 до 3,0. Контроль МНО при этом следует проводить не менее одного раза в четыре недели. Пациентам с ФП в возрасте 65-75 лет без иных факторов риска инсульта назначают ацетилсалициловую кислоту в дозе 75-150 мг/сут или варфарин под контролем МНО. Пациентам с ФП старше 75 лет вне зависимости от наличия других факторов риска инсульта показано назначение варфарина под контролем МНО. Ревматическое поражение клапанов сердца, кардиомиопатии и другие заболевания, сопровождающиеся высоким риском кардиальной эмболии, также предполагают назначение варфарина для первичной профилактики инсульта. Использование варфарина или новых оральных антикоагулянтов в целях первичной профилактики сосудистых катастроф приводит к ежегодному снижению риска развития инсульта на 0,8%.

Бессимптомный стеноз сонных артерий – ещё один из факторов риска цереброваскулярных заболеваний и инсульта. Пациентам, у которых при проведении ультразвукового исследования брахиоцефальных артерий, были выявлены данные изменения, рекомендуется назначение консервативной терапии, а именно нелекарственных методов в виде диеты, увеличения физических нагрузок, антигипертензивных препаратов по показаниям, антитромботических лекарственных средств, статинов. Активная терапия, представляющая собой каротидную эндартерэктомию, рекомендуется пациентам со стенозом сонных артерий свыше 80% и ожидаемой продолжительностью жизни пять лет и более [11].

Ряд проспективных клинических исследований показал, что приём оральных контрацептивов женщинами, имеющими факторы риска развития инсульта в анамнезе, в течение трёх и более лет может приводить к развитию острых нарушений мозгового кровообращения. В связи с этим применять оральные контрацептивы у данной категории пациенток не рекомендуется, необходимо рассмотреть вопрос об использовании иных способов контрацепции. Кроме того, нельзя назначать в целях профилактики инсульта постменопаузальную эстрогензаместительную гормональную терапию.

Таким образом, первичная профилактика инсульта должна быть строго индивидуальной. Она может включать в себя как немедикаментозные мероприятия, направленные на модификацию образа жизни, так и назначение определённых групп препаратов соответственно установленным факторам риска развития острых нарушений мозгового кровообращения.

Литература.

1. Бокерия Л.А., Оганов Р.Г. Монография "все о холестерине (национальный доклад)" // Профилактическая медицина. 2010. Т. 13. № 2. С. 37-39.
2. Генетический полиморфизм как детерминанта вероятности ишемического инсульта у лиц молодого возраста / Дутова Т.И., Пелешенко Е.И., Атякшин Д.А., Антакова Л.Н. // Прикладные информационные аспекты медицины. 2017. Т. 20. № 4. С. 104-110.
3. Инсульт: диагностика, лечение, профилактика/ Под. ред. З.А. Суслиной, М.А. Пирадова. – 2-е изд. – М.: МЕДпресс-информ, 2009. – 288 с.
4. Инсульт: Руководство для врачей/ Под. Ред. Л.В. Стаховской, С.В. Котова. – М.: ООО «Издательство «Медицинское информационное агенство», 2014. – 400 с.
5. Медико-демографические показатели Российской Федерации в 2011 году Минздрав России. М., 2013.
6. Некоторые особенности этиологии и патогенеза ишемического инсульта / Луцкий М.А., Фролов В.М., Бочарникова Н.М. // Системный анализ и управление в биомедицинских системах. 2011. Т. 10. № 3. С. 652-655.
7. Особенности диагностики и неврологических проявлений катастрофического антифосфолипидного синдрома / Куташов В.А., Ульянова О.В., Хабарова Т.Ю., Скороходов А.П., Белинская В.В., Дутова Т.И., Дудина А.А., Титаренко А.А. // Научно-медицинский вестник Центрального Черноземья. 2016. № 65. С. 117-123.
8. Рекомендации по профилактике инсульта у пациентов с инсультом или транзиторной ишемической атакой Американской ассоциации сердца (AHA) и Американской ассоциации по борьбе с инсультами (ASA) 2010// Stroke. 2011. Т.42. С.226-227.
9. Роль диссекции сонных и позвоночных артерий в развитии цереброваскулярных нарушений / Дутова Т.И., Белинская В.В., Скороходов А.П., Солодухина М.А. // Научно-медицинский вестник Центрального Черноземья. 2016. № 65. С. 142-146.
10. Сосудистые заболевания головного мозга и метаболический синдром: Руководство для врачей/ Под. Ред. М.М. Танашян. – 2-е изд. – М.: «АСТ 345», 2017. – 334 с.
11. Cremonesi A., Castriota F., Secco G.G., Macdonald S. et al. Carotid artery stenting: an update// Eur. Heart J. 2015. Vol. 36, N. 1. P.13-21.
12. Management of patients with stroke or TIA: Assessment, investigation, immediate management and primary prevention. Scottish Intercollegiate Guidelines Network, 2008.

Abstract.

***T.A. Kuznetsova, V.A. Znobkina, N.V. Morozova, Y.A. Pozhidaeva
PRIMARY PREVENTION OF CEREBROVASCULAR DISEASE AND STROKE***

Voronezh Regional Clinical Hospital №2, Voronezh

The article presents an overview of the main directions of primary prevention of cerebrovascular diseases and stroke; it provides a list of non-drug measures aimed at modifying the lifestyle, and presents

the aspects of prescription of drugs according to risk factors for the development of acute disorders of cerebral circulation.

Key words: stroke; risk factors; primary prevention.

References

1. Bokeria L.A., Oganov R.G. The monograph "all about cholesterol (the national report)"//Preventive medicine. 2010. T. 13. No. 2. Page 37-39.
2. Genetic polymorphism as a determinant of probability of an ischemic stroke at faces of young age / Dutov T.I., Peleshenko E.I., Atyakshin D.A., Antakova L.N.//Applied information aspects of medicine. 2017. T. 20. No. 4. Page 104-110.
3. Stroke: diagnostics, treatment, prevention / Under. edition of Z.A. Suslina, M.A. Piradov. – 2nd prod. – M.: Medical press-inform, 2009. – 288 pages.
4. Stroke: The management for doctors / Under. Edition of L.V. Stakhovskaya, S.V. Kotov. – M.: LLC Meditsinskoye informatsionnoye agenstvo Publishing House, 2014. – 400 pages.
5. Medico-demographic indicators of the Russian Federation in 2011 the Russian Ministry of Health. M, 2013.
6. Some features of an etiology and pathogenesis of an ischemic stroke / the Lutsk M.A., Frolov V.M., Bocharnikova N.M.//the System analysis and management in biomedical systems. 2011. T. 10. No. 3. Page 652-655.
7. Features of diagnostics and neurologic manifestations of a catastrophic anti-phospholipid syndrome / Kutashov V. A., Ulyanova O.V., Habarova T.Yu., Skorokhodov A.P., Belinskaya V.V., Dutova T.I., Dudina A.A., Titarenko A.A.//Scientific and medical bulletin of the Central Black Earth. 2016. No. 65. Page 117-123.
8. Recommendations about prevention of a stroke at patients with a stroke or the tranzitorny ischemic attack of the American association of heart (ANA) and the American association on fight against strokes (ASA) 2010//Stroke. 2011. T.42. Page 226-227.
9. A role of a dissekction of sleepy and vertebral arteries in development Violations / Dutov T.I. tserebrovaskulyarnykh., Belinskaya V.V., Fast walkers A. P., Solodukhin M.A.//Scientific and medical bulletin of the Central Black Earth. 2016. No. 65. Page 142-146.
10. Vascular diseases of a brain and metabolic syndrome: The management for doctors / Under. Edition M.M. Tanashyan. – 2nd prod. – M.: "Nuclear heating plant 345", 2017. – 334 pages.
11. Cremonesi A., Castriota F., Secco G.G., Macdonald S. et al. Carotid artery stenting: an update// Eur. Heart J. 2015. Vol. 36, N. 1. P.13-21.
12. Management of patients with stroke or TIA: Assessment, investigation, immediate management and primary prevention. Scottish Intercollegiate Guidelines Network, 2008.

Сведения об авторах: Татьяна Андреевна Кузнецова – заместитель главного врача по медицинской части Воронежской областной клинической больницы №2, Воронеж kta-vob2@mail.ru; Вера Алексеевна Знобкина – заместитель главного врача по поликлинической работе Воронежской областной клинической больницы №2, Воронеж zam-glvr-pr@vokb2.zdrav36.ru; Наталия Владиславовна Морозова – заведующая неврологическим отделением Воронежской областной клинической больницы №2, Воронеж natalya7372@mail.ru; Юлия Александровна Пожидаева, врач-невролог поликлиники № 1 Воронежской областной клинической больницы №2, Воронеж dr.pozhidaeva@mail.ru