

# Профилактика инсульта: интервью с экспертом



Несмотря на значительные успехи борьбы с цереброваскулярными заболеваниями в целом, заболеваемость и смертность от инсульта в России остаются одними из самых высоких в мире. К настоящему времени все больше становятся очевидными преимущества профилактических мер по отношению к лечению последствий инсульта. На наши вопросы по этой теме ответила профессор кафедры нервных болезней ГБОУ ВПО Первый МГМУ им. И.М.Сеченова, руководитель отделения неврологии и клинической нейрофизиологии научно-исследовательского центра ГБОУ ВПО Первый МГМУ им. И.М.Сеченова, президент Российского общества по изучению головной боли, доктор медицинских наук **Гюзья Рафкатовна Табеева**.

**– Гюзья Рафкатовна, расскажите, пожалуйста, насколько актуальна проблема инсульта?**

– Инсульт всегда был актуальной проблемой, но в последние несколько десятилетий актуальность его значительно возросла. Есть объективные данные, говорящие об увеличении заболеваемости инсультами и числа пациентов с данной патологией. Если посмотреть сравнительные исследования по распространенности этой проблемы по сравнению с другими заболеваниями 10–20 лет назад, то становится видно, что структура заболеваемости резко изменилась. Кроме того, есть и такие исследования, в которых изучалось изменение общей структуры заболеваемости в начале XX в. и в наши дни. Одно из них было проведено в США – сравнивалась структура заболеваемости в 1900 и 1997 гг. Выделены три ведущих причины смертности: в 1900 г. 1-е место занимал туберкулез; 2-е – пневмония; 3-е – диарея, и только после них уже шли сердечно-сосудистые заболевания; инсульт занимал 7-е место. К 1997 г. структура заболеваемости резко изменилась: на 1-е место по смертности вышли заболевания сердца; 2-е заняли онкологические заболевания, а на 3-м оказался инсульт. Эти данные абсолютно воспроизводит исследование, проведенное в Великобритании, в котором также сравнивались ведущие причины смертности в 1900 и 2001 гг. В 1900 г. на 1-м месте были респираторные заболевания, далее – инфекции и онкологические заболевания и т.д. А в 2001 г. на 1-м месте – онкологические заболевания, затем – ишемическая болезнь сердца (ИБС), потом – респираторные заболевания и на 4-м – инсульт. Таким образом, чуть более 10 лет назад инсульт занимал уже 3–4-е место в мире. Данные более новых исследований показывают, что инсульт занимает все-таки 3-е место.

**– Гюзья Рафкатовна, а каковы эпидемиологические данные по России?**

– К сожалению, в последние годы в России имеется тенденция к нарастанию частоты инсультов. Кроме того, высока летальность от инсульта. Актуальность проблемы также связана и с тем, что инсульт, особенно ишемический, представляет заболевание преимущественно старшего и пожилого возраста. Кроме того, оно возникает на фоне уже имеющейся хронической ишемии мозга и очень часто – других соматических проблем.

**– Насколько часто встречается ишемический инсульт?**

– Ишемические инсульты занимают абсолютно преобладающее положение среди всех форм нарушений мозгового кровообращения: они составляют практически 85% всех острых нарушений мозгового кровообращения. При этом около 50% ишемических нарушений

(в том числе транзиторные ишемические атаки) являются тромботическими или эмболическими осложнениями атеросклеротического поражения артерий большого и малого калибра, около 25% связано с заболеваниями внутричерепных сосудов малого диаметра, около 20% – с эмболией из сердца и остальное приходится на другие более редкие причины.

**– Какова роль профилактики ишемического инсульта, в чем она заключается?**

– Всем прекрасно известно, что в возникновении ишемического инсульта и течения хронической ишемии мозга принимают участие достаточно много факторов, и в настоящее время уже очевидны преимущества профилактических мер по отношению к предотвращению последствий, а именно: профилактика, направленная на снижение уровня заболеваемости и уменьшение количества летальных исходов. Медицинское направление профилактики разделяется на две большие категории: первичную, направленную на предотвращение первого в жизни инсульта, и вторичную, представляющую систему мер по раннему выявлению заболеваний, разных других состояний, предупреждению рецидива и повторного инсульта.

Вторичная профилактика – это задача, которая лежит на плечах медицинского сообщества, первичная представляет комплексную систему мер, которые можно разделить на два основных направления: массовая стратегия и стратегия высокого риска. Основной принцип массовой стратегии – достижение снижения относительного риска серьезной сосудистой патологии у каждого человека за счет увеличения физической активности, диеты, уменьшения уровня артериального давления (АД) и других мер. Стратегия высокого риска предусматривает выявление лиц с наиболее высоким риском сосудистых заболеваний с последующим их активным лечением.

Основополагающим принципом профилактики инсульта в целом является борьба с существенными факторами риска его развития.

**– Гюзья Рафкатовна, расскажите, пожалуйста, какие выделяют факторы риска?**

– Важнейший немодифицируемый фактор риска – это возраст. Показано, что распространенность и вероятность возникновения инсульта значительно возрастают после 50 лет. Однако в последние годы наблюдается «помолодение» инсульта – все чаще встречаются пациенты, которые едва ли достигли 40 лет (кстати, это тоже одна из негативных тенденций).

Важнейшие факторы риска – артериальная гипертензия (АГ), атеросклероз и нарушения сердечного ритма. Относительный риск при их наличии очень хорошо изучен и достаточно высок. Однако кроме них

имеет значение и другая патология. Так, если пациент перенес хотя бы одну транзиторную ишемическую атаку, это говорит, что в самое ближайшее время у него может развиться большой инсульт. Игруют роль и другие соматические проблемы: сахарный диабет, дислипидемия.

Курение – также важнейший фактор риска. Оно увеличивает риск развития инсульта примерно в 2 раза, но есть различия в зависимости от пола: у мужчин риск повышается на 40%, у женщин – на 60%. При этом риск зависит от интенсивности и длительности курения. Есть интересные данные, показывающие, что если человек бросает курить, то через 5 лет риск возникновения инсульта только по одному этому параметру не отличается от риска у тех, кто никогда не курил. Однако это влияние доказано для первичной профилактики, а в случаях, когда бросает курить пациент с инсультом в анамнезе, риск повторного инсульта еще не изучен.

То же касается и физической активности. Для первичной профилактики доказано, что умеренная физическая активность способствует уменьшению риска первого инсульта, но для вторичной этот фактор требует некоторого уточнения, поскольку таких исследований нет.

Расстройства дыхания во сне – еще один важный фактор риска, хотя о нем население знает мало. Однако оказывается, что расстройства дыхания во сне, особенно если речь идет о синдроме ночного апноэ, напрямую связаны с риском развития инсульта. Более того, апноэ связано с худшим восстановлением и увеличением риска смерти после перенесенного инсульта. Именно поэтому во вторичной профилактике это играет очень большую роль. И здесь метод выбора понятен: показаны проведение режима искусственной вентиляции легких постоянным положительным давлением (СРАР-терапии), приобретение специального оборудования и т.д. Конечно, эти данные еще требуют большего подтверждения в исследованиях, но предварительные результаты свидетельствуют об очень эффективной стратегии вторичной профилактики.

Говоря о факторах риска, следует понимать, что, как правило, не бывает изолированных факторов риска, чаще встречается сочетание нескольких факторов. Например, если у пациента есть АГ, то часто ей сопутствует сахарный диабет. Или пациентка молодого возраста, имеющая нарушения сердечного ритма, может принимать длительное время гормональные эстрогенсодержащие препараты. И в таких ситуациях, когда есть сочетание факторов риска, определить относительный риск уже сложнее, потому что относительные риски каждого из факторов не просто суммируются, общий относительный риск может увеличиваться в несколько раз.

**– Гюзьяль Рафкатовна, расскажите, пожалуйста, про связь заместительной гормональной терапии (ЗГТ) и риска инсульта.**

– В первичной профилактике инсульта очень четко показана эта связь. Весьма интересны исследования по применению ЗГТ у женщин. Так, сначала в исследовании, которое длилось 16 лет, была показана некая слабая ассоциация между ЗГТ и риском инсульта. Однако потом провели специальное масштабное исследование среди женщин, в котором было показано, что риск инсульта возрастает только у тех женщин, которые принимают ЗГТ длительно, более 5 лет. Именно поэтому с точки зрения первичной профилактики обоснована тактика – никогда не применять ЗГТ более 5 лет подряд, тогда ЗГТ считается безопасной. Относительно вторичной профилактики пока нет данных, но Европейской организацией по борьбе с инсультом уже сформулирован такой тезис – постменопаузальная ЗГТ не предупреждает развитие сосудистых событий, а может даже увеличить тяжесть инсульта.

**– Как Вы рассказали, АГ является важнейшим фактором риска, но как может повлиять лечение АГ на риск развития инсульта?**

– Уже давно показано, что хороший контроль АД снижает риск инсульта. На данный момент уже есть результаты 17 рандомизированных исследований, которые показывают эффективность антигипертензивной терапии в профилактике инсультов. Если длительно лечить пациентов с АГ и если эта терапия позволяет контролировать АД, то в среднем снижение систолического АД на 13 мм рт. ст. и диастолического АД на 6 мм рт. ст. уменьшает риск развития первого инсульта на 40%, следует отметить, что эффективность здесь выше, чем по влиянию на риск ИБС. Однако это первичная профилактика. В последнее время было проведено несколько исследований по вторичной профилактике: как лечение АГ влияет на развитие повторных инсультов. Хотя абсолютные цифры целевого значения АД не определены, но уже известно, что снижение систолического АД примерно на 10 мм рт. ст. значительно уменьшает риск повторного инсульта. Таким образом, лечение АГ очень важно как с точки зрения первичной, так и вторичной профилактики инсульта.

**– Как мы видим, наиболее изучена первичная профилактика. А какие факторы риска хорошо изучены в плане вторичной профилактики?**

– Есть факторы, которые хорошо изучены во вторичной профилактике. Одним из них является лечение сердечных аритмий, особенно мерцательной аритмии, поскольку показана их огромная роль в развитии ишемического инсульта. Есть данные, что терапия антикоагулянтами у пациентов с мерцательной аритмией, которые уже перенесли инсульт, позволяет существенно и значимо снизить риск повторного инсульта.

Как я говорила, важным фактором риска является стенозирующий атеросклероз. Результаты Фремингемского исследования, которое проводилось в течение 38 лет, свидетельствуют о том, что атеросклероз существенно влияет на продолжительность жизни и повышает риск развития разных сосудистых событий. Например, среднестатистический мужчина 60 лет имеет вероятность прожить еще 20. Если он перенес какое-либо кардиоваскулярное заболевание, то ожидаемая продолжительность жизни уменьшается на 7,4 года, если инфаркт миокарда, – на 9,2 года, если инсульт, сразу можно убавить в среднем 12 лет жизни. С другой стороны, считается (и это уже проверенная временем концепция), что антитромбоцитарная терапия принципиально может поменять эту ситуацию. Проведено значительное количество исследований, которые показали, что антитромбоцитарная терапия в целом снижает риск ишемического инсульта и транзиторных ишемических атак более чем на 20%. Антитромбоцитарная терапия влияет также на снижение риска инфаркта миокарда и других сосудистых событий. И это очень важно, поскольку происходит воздействие на многие сочетанные сосудистые события.

**– Какие антитромбоцитарные препараты следует применять?**

– В арсенале антитромбоцитарных средств, т.е. обладающих антиагрегантными свойствами, очень много

препаратов. Такие свойства могут иметь, например, блокаторы кальциевых каналов. И если пациент получает такой препарат, например, циннаризин, то можно было бы ожидать антиагрегантный эффект. Однако на самом деле антиагрегантный эффект этих препаратов неконтролируемый, незначительный, поэтому рассматривать их как антиагреганты не представляется возможным. В этом смысле рассматриваются только истинные антиагреганты. Самыми изученными из них являются ацетилсалициловая кислота (АСК), дипиридабол, клопидогрел и тиклопидин. Конечно, наиболее изученный препарат – АСК, эффективность которой для профилактики ишемического инсульта изучалась в многочисленных исследованиях. При этом было показано, что доза АСК не настолько влияет на эффективность, как принято считать: высокие дозы этого препарата работают примерно так же, как и низкие, поэтому во всем мире используют тактику применения достаточно умеренных доз АСК. Это касается и профилактики инфаркта миокарда. Однако частота побочных эффектов является основной причиной ограничения использования АСК для профилактики инсультов.

До сих пор не существует идеального антиагреганта. У всех препаратов есть побочные эффекты. Кроме того, существует и такая проблема, которая в большей степени изучена для АСК, как резистентность. Есть данные, которые говорят, что у определенного процента пациентов, принимающих АСК по всем правилам, антиагрегантного эффекта не достигается. Именно поэтому в настоящее время продолжают поиски новых более эффективных стратегий. Так, было проведено специальное многоцентровое рандомизированное исследование, в котором изучалась эффективность комбинации дипиридамола (75 мг 3 раза в сутки) и АСК (330 мг 3 раза в сутки) у больных, перенесших транзиторную ишемическую атаку или инсульт. Оказалось, что такая комбинация антиагрегантов может дать принципиально другие результаты, чем при назначении отдельно каждого из этих препаратов. Так, в данном исследовании частота повторных ишемических эпизодов снижалась на 38%. Для сравнения – монотерапия каждым из этих препаратов снижает риск только на 16–18%. Кроме того, при сочетанном применении препаратов частота побочных эффектов была практически такой же, как при монотерапии АСК.

**– Используются ли хирургические методы лечения для профилактики инсульта?**

– Конечно. Высокоэффективным методом предупреждения инсульта у больных с тяжелой степенью стеноза внутренней сонной артерии является каротидная эндартерэктомия (КЭАЭ). Однако выбор пациентов для хирургического лечения весьма ограничен, что связано с наличием определенного риска ишемических осложнений, возникающих в ряде случаев в процессе КЭАЭ. Риск ишемического инсульта на стороне симптомного стеноза сонной артерии возрастает по мере его прогрессирования, и особенно значимой становится эта связь при формировании грубого (более 70%) стеноза. У таких больных с высоким риском ишемического инсульта оперативное лечение является оправданным.

