



Профессор В.В. ЗАХАРОВ: «Задача врачей и исследователей – продолжать наступление на позиции инсульта»



29 октября – Всемирный день борьбы с инсультом. Еще в 2004 г. Всемирная организация здравоохранения объявила инсульт глобальной эпидемией. Каждый год в мире регистрируется около 15 млн случаев инсульта, из них 450 тыс. случаев – в России. Инсульт наряду с ишемической болезнью сердца и онкологическими заболеваниями входит в тройку основных причин смерти – в нашей стране ежегодно погибает порядка 200 тыс. человек. Только 20% из тех, кто выжил после инсульта, со временем способны вернуться к работе и прежней активной жизни. У 15–30% развивается стойкая, а у 40% – умеренная нетрудоспособность. О некоторых актуальных вопросах лечения и вторичной профилактики инсульта – в беседе с профессором кафедры нервных болезней лечебного факультета Первого Московского государственного медицинского университета им. И.М. Сеченова, д.м.н. Владимиром Владимировичем ЗАХАРОВЫМ.

– Еще совсем недавно инсульт встречался в основном у пациентов старше 55–60 лет, однако в настоящее время около трети случаев приходится на людей в возрасте 30–40 лет...

– Как это ни покажется странным, но основные причины инсульта у молодых – атеросклероз и артериальная гипертензия. Эти заболевания дебютируют не в пожилом возрасте, могут достигать значительной выраженности и вызывать осложнения вплоть до инсульта.

Конечно, в этих случаях обычно имеют место особо неблагоприятная наследственная предрасположенность к артериальной гипертензии, семейная гиперлипидемия.

Безусловно, среди причин инсультов у молодых достоверно чаще, чем у пожилых, фигурируют такие заболевания, как диссекция артерий, церебральные васкулиты и редкие генетические синдромы, например CADASIL и CARASIL. Но на первом месте все же артериаль-

ная гипертензия и атеросклероз.

Тактика ведения пациентов в острейшей фазе мало зависит от конкретной причины инсульта. Другое дело – профилактика повторного инсульта, поскольку она должна быть в первую очередь нацелена на базисное сосудистое заболевание. Если не устранить причину, повторный инсульт неизбежен, поэтому с первых часов инсульта назначаются антитромботические лекарственные препараты (ан-



Актуальное интервью

тиагребанты и непрямые антикоагулянты), антигипертензивные препараты, статины.

– Какие неверные назначения утяжеляют состояние пациента?

– В первую очередь следует сказать об избыточном снижении артериального давления в остром периоде. Проблема эта очень неоднозначная. По мнению большинства ведущих специалистов, повышение артериального давления наблюдается даже у нормотоников и является закономерной физиологической реакцией, попыткой преодолеть церебральную ишемию. Нормализация артериального давления в этих случаях может увеличить объем ишемического очага и, соответственно, усугубить неврологический дефицит. Поэтому рекомендуется воздерживаться от агрессивной антигипертензивной терапии. Показатели систолического артериального давления менее 185, а диастолического – менее 110 мм рт. ст. вполне приемлемы, так как не представляют непосредственную угрозу для жизни и здоровья и позволяют проводить тромболизис.

– Появление алтеплазы стало прорывом в лечении инсульта. С какими технологиями лечения инсульта сегодня связаны надежды медиков?

– Внедрение в клиническую практику тромболизиса с использованием алтеплазы позволило пробить небольшую брешь в обороне инсульта. Почему небольшую, думаю, понятно: всего 5–10% пациентов получают тромболизис, остальные 90–95% лечатся по-старому. Теперь задача врачей и исследователей – продолжать наступление на позиции инсульта. В настоящее время совершенствуются технологии внутриартериального селективного тромболизиса и хирургической реперфузии с целью расширить терапевтическое окно.

Пока у нас нет нейропротективных препаратов, эффективность которых в остром периоде ишемического инсульта была бы абсолютно доказана. Но с этим направлением терапии также связывают большие надежды на улучшение функционального исхода.

– От чего зависит скорость восстановления утраченных функций?

– Как известно, в первые 12–24 месяца после инсульта практически всегда наблюдается постепенное улучшение неврологических функций. Наиболее активно оно происходит в первые три месяца, потом замедляется, но все же идет. На темпы и степень восстановления влияют несколько факторов.

Во-первых, локализация и объем инфаркта. Во-вторых, возраст пациента – пожилой мозг менее пластичен, поэтому в пожилом возрасте при одинаковом объеме инфаркта прогноз хуже. В-третьих, огромное значение имеют своевременность и корректность реабилитационных мероприятий. Если общее состояние пациента позволяет (нет непосредственной угрозы жизни, у пациента ясное сознание, контролируются риски повторного инсульта и других сосудистых событий), то уже в первые сутки после появления неврологических симптомов можно начинать реабилитацию. В-четвертых, когнитивный потенциал. Пациенты с выраженными когнитивными расстройствами, слабоумием хуже взаимодействуют с реабилитологами, не понимают или не запоминают инструкции, имеют низкую мотивацию к реабилитации.

– Можно ли усилить репаративные процессы в головном мозге?

– Усилить репаративные процессы можно в первую очередь с помощью ранней и активной нейрореабилитации. Акцент в настоящее

Рекомендуется воздерживаться от агрессивной антигипертензивной терапии. Показатели систолического артериального давления менее 185, а диастолического – менее 110 мм рт. ст. вполне приемлемы, так как не представляют непосредственную угрозу для жизни и здоровья и позволяют проводить тромболизис

время делается на немедикаментозных методиках (физической, речевой и интеллектуальной нагрузке). Однако, с нашей точки зрения, нейрометаболическая поддержка нейрореабилитации также играет очень важную роль. Предполагается, что лекарственные препараты нейрометаболического действия благоприятно влияют на темпы и степень восстановления неврологических функций, хотя абсолютно надежных доказательств пока нет из-за небольшого числа правильно организованных исследований.

– Какие факторы замедляют восстановление пациента после инсульта?

– Прежде всего пассивность пациента и пассивность врачей, когда начало реабилитации необоснованно откладывается. Опасен длительный постельный режим, который предрасполагает к развитию тромботических осложнений и ортостатической гипотензии. Предиктором неблагоприятного исхода является депрессия, которая развивается приблизительно у трети пациентов. Поэтому необходимо тщательно исследовать эмоциональное состояние пациента после инсульта и при выявлении соответствующих симптомов начинать терапию. На исход инсульта, безусловно, также негативно влияет наличие у пациента когнитивных нарушений. *