

Владимир ЗАХАРОВ:

«ПЕРЕД ВРАЧОМ СТОИТ ЗАДАЧА ОБЕСПЕЧИТЬ ПОДДЕРЖКУ НЕЙРОРЕАБИЛИТАЦИИ ПОСЛЕ ПЕРЕНЕСЕННОГО ИНСУЛЬТА»

В России, как и во всем мире, инсульт является важнейшей медико-социальной проблемой, занимая одно из ведущих мест среди причин смертности. О том, как сегодня решается эта проблема в нашей стране, мы решили узнать у Владимира ЗАХАРОВА, профессора кафедры нервных болезней и нейрохирургии лечебного факультета Первого МГМУ им. И.М. Сеченова, д.м.н.

? *Уважаемый Владимир Владимирович, согласно данным Росстата, в прошлом году в России было зарегистрировано более 325 тыс. случаев ишемического инсульта. Чем Вы можете объяснить такую высокую распространенность этого заболевания?*

– Действительно, данный показатель в нашей стране весьма высок, что связано с отсутствием полноценной профилактики и с неверными стереотипами, сложившимися как у пациентов, так и у врачей относительно подходов к лечению артериальной гипертензии (АГ) – самой частой причины развития ишемического и геморрагического инсульта. По данным Российского медицинского общества по борьбе с АГ за 2013 г., только 20% людей, страдающих АГ, лечатся правильно, регулярно принимая гипотензивные средства и достигая целевых показателей артериального давления (менее 140/90 мм рт. ст.) Большинство же российских пациентов принимают препараты только в тех случаях, когда уровень артериального давления оказывается выше нормы. В свою очередь, врачи зачастую ставят завышенный целевой показатель артериального давления для пожилых пациентов, например 150/90 мм рт. ст. и даже выше. В то же время, согласно последним рекомендациям по ведению артериальной гипертензии

Европейского общества кардиологов и Европейского общества по артериальной гипертензии 2018 г., показатель систолического давления должен быть ниже 130 мм рт. ст.

Во-вторых, существует предубеждение против статинов, которые снижают уровень холестерина в крови. Россияне безосновательно опасаются последствий их приема, полагая, что эти ЛС негативно влияют на печень, приводят к слабумию и т.д.

? *Чем опасен инсульт? Каковы наиболее частые и тяжелые постинсультные нарушения?*

– По статистике, инсульт занимает второе – третье место среди причин смертности и является первой причиной стойкой инвалидности у взрослого населения. То есть инсульт не так часто убивает, как делает беспомощным, а для многих наших современников беспомощность и зависимость от окружающих – очень страшная перспектива. Самое распространенное из постинсультных расстройств – нарушение когнитивной функции, включая речь. Когнитивные нарушения встречаются практически у всех людей, перенесших инсульт. Примерно в четверти случаев они выражены до стадии слабумия. Также очень часто наблюдаются двигательные нарушения, например гемипарез. Несколько реже встречаются хронические постинсультные боли.



Владимир ЗАХАРОВ

? *Какое количество больных, перенесших инсульт, становятся инвалидами? Какова доля пациентов, способных снова вести активную жизнь, вернуться на работу?*

– Это зависит от того, сколько времени прошло после инсульта. В самом начале постинсультного периода примерно у 80% больных имеются ограничения повседневной деятельности. Впоследствии этот процент уменьшается. Но не менее чем в трети случаев формируется стойкая потеря трудоспособности и инвалидность.

? *Для кого инсульт более опасен по своим последствиям – для мужчин или для женщин?*

– По своим последствиям он одинаково опасен для тех и других. Но риск инсульта у мужчин выше

по сравнению с женщинами. Мужской пол считается фактором риска любых сосудистых событий: и церебральных, и кардиальных, и периферических.

? *В какой степени грамотная профилактика позволяет предотвратить вторичный инсульт?*

– В значительной. Считается, что почти 80% инсультов можно предотвратить, и только против 20% генетически обусловленных инсультов медицина бессильна.

Как уже говорилось, основной фактор риска развития инсульта – это АГ, второй по значимости – курение. К развитию инсульта также могут привести: гиперлипидемия, ожирение, сахарный диабет, малоподвижный образ жизни и гипергомоцистемия, возникающая при дефиците витаминов группы В, фолиевой кислоты. Своевременное лечение сердечно-сосудистых заболеваний и здоровый образ жизни (рациональное питание, физическая активность и отказ от вредных привычек) позволяют не допустить развития инсульта в 4 из 5 случаев.

? *Зачастую инсульт поражает человека на улице или в каком-либо общественном месте. По каким признакам оказавшиеся поблизости люди могут заподозрить это заболевание, чтобы немедленно вызвать помощь?*

– Для инсульта характерно быстрое развитие неврологической симптоматики: параличи или иное нарушение движений, потеря чувствительности, зрения, внезапное расстройство речи или интеллекта. Очень характерно одностороннее (в руке и ноге) нарушение чувствительности или слабость.

? *Какие меры должны быть приняты до приезда врача?*

– Не следует предпринимать каких-то слишком активных действий до установления диагноза.

Нужно положить такого человека в спокойное место и как можно скорее вызвать врача, а до его приезда, насколько возможно, контролировать жизненно важные функции (дыхание, давление, пульс). Зачастую больному измеряют артериальное давление, а затем начинают его снижать, что категорически нельзя делать. Давление при инсульте всегда высокое. Его повышение – это компенсаторная реакция на церебральную ишемию, цель которой – улучшить мозговой кровоток. Падение давления в острейшем периоде инсульта может привести к увеличению очага поражения, утяжелению симптоматики и ухудшению прогноза. Поэтому снижать давление следует лишь при очень высоких цифрах (200/150 и выше), но и в этих случаях делать это следует очень осторожно, не стремясь к полной нормализации.

Можно дать больному препарат нейропротективного действия, например глицин под язык, цитиколин или этилметилгидроксипиридина сукцинат внутрь.

? *Каково терапевтическое окно при инсульте?*

– Прежде всего, следует уточнить, какие возможности лечения инсульта у нас сегодня существуют. Терапия инсульта делится на базисную и специфическую. Базисная направлена на поддержание жизненно важных функций: нормализацию дыхания и кровообращения, борьбу с инфекцией, с отеком мозга. Она способствует снижению уровня смертности, но не влияет на последующую инвалидизацию.

Что касается специфического лечения, то его назначают только в случае ишемического инсульта. Речь идет о тромболизисе – восстановлении проходимости сосуда, просвет которого закрыт тромбом.

Понятие терапевтического окна применимо только к тромболизису. Существуют жесткие временные рамки для проведения тромболизиса: эффективного растворения тромба можно добиться только в течение

первых 4,5 ч после появления симптомов инсульта.

Важным направлением в лечении также является нейрореабилитация. Ее назначают пациентам, находящимся в ясном сознании и имеющим стабильную гемодинамику. Нейрореабилитацию по возможности начинают уже в первые дни после инсульта. Также как можно раньше, в идеале – уже с первых часов постинсультного периода, осуществляют профилактику повторных сосудистых событий. Если не планируется тромболизис, то следует как можно раньше назначить дезагреганты (ацетилсалициловая кислота), что достоверно уменьшает смертность.

? *Не могли бы Вы подробнее рассказать о проведении тромболитической терапии при инсульте?*

– Как уже говорилось, наиболее эффективным методом лечения инсульта в острой фазе является устранение закупорки сосуда тромбом. Для этого вводят лекарственные препараты в вену (внутривенный тромболизис) или в артерию (внутриартериальный тромболизис) или удаляют тромб хирургическим путем.

Широко применяется только внутривенный тромболизис. Для проведения внутриартериального тромболизиса необходимо круглосуточное дежурство ангиографической бригады, задачей которой является введение препарата непосредственно в закупоренный сосуд под рентген-контролем. Это довольно сложная процедура, которую осуществляют только в небольшом числе специализированных центров. Обычно внутриартериальный тромболизис назначают во вторую очередь, когда внутривенный неэффективен. Следует отметить, что терапевтическое окно внутриартериального тромболизиса шире, чем внутривенного.

К сожалению, данные методы лечения получают не больше 10% больных, поскольку остальные пациенты оказываются за пределами терапевтического окна или имеют

какие-то противопоказания, а их достаточно много. Это могут быть кровотечения в анамнезе, высокое давление, большие размеры очага поражения (а это очень высокий риск геморрагической трансформации). В таких случаях тромболитис делать нельзя.

? *Насколько доступен этот вид медицинской помощи пациентам?*

– Тромболитис проводится в специализированных сосудистых центрах, которые открыты в разных городах страны. Он доступен и очень активно внедряется в практику. Но и в России, и в других странах была и остается проблема терапевтического окна. За очень ограниченный срок, за 4,5 ч, пациент, во-первых, должен догадаться, что у него серьезные проблемы, во-вторых, его нужно доставить в специализированное учреждение, сделать компьютерную томографию, оценить показания и противопоказания и провести лечение.

? *Вы упоминали возможность назначения нейропротекторов при инсульте. Расскажите, пожалуйста, о них.*

– Существуют две стратегии ведения острейшего периода инсульта. Первая – это восстановить кровоток по пострадавшему сосуду, для этого проводят тромболитис. Вторая – назначить препарат, который, упрощенно говоря, увеличивает выживаемость клеток в условиях ишемии. Эта вторая стратегия, несмотря на огромное количество рандомизированных клинических исследований (КИ), проведенных в мире, пока еще нуждается в дополнительном изучении. Среди всех нейропротекторов самым обсуждаемым является цитиколин. Ряд исследований свидетельствуют об эффективности этого метода нейропротекции. Анализ результатов КИ говорит о том, что в подгруппах пациентов с нетяжелым инсультом, не получающих тромболитис, при приеме цитиколина в первые 24 ч

шансы на положительный исход увеличиваются.

? *Какова роль других нейрометаболических препаратов?*

Ряд из них выпускается отечественными фармпроизводителями, в частности компанией «Канонфарма продакшн». Каковы, например, особенности применения комбинированного препарата Винпоцетин, в состав которого входят винпоцетин и пирацетам?

Первые 12 месяцев после инсульта – так называемый восстановительный период, во время которого сохранные отделы мозга берут на себя функцию пострадавшего. В этот период перед врачом стоит задача обеспечить метаболическую поддержку этого процесса. С этой целью используются ЛС, которые улучшают мозговое кровообращение и обменные процессы. В этом периоде можно использовать Холитилин и Винпоцетин – для оптимизации метаболических процессов, поддержки нейрореабилитации и улучшения когнитивных функций. Как известно, практически 90% больных после инсульта имеют нарушенные когнитивные функции. У этих людей хуже протекает процесс восстановления. Они не взаимодействуют с врачами, у них снижена инициатива, мотивация и интерес к жизни. Чтобы улучшить когнитивные функции, в первые 6 месяцев после инсульта, а иногда и дольше целесообразно использовать нейрометаболические ЛС. Среди них – комбинированный препарат, в состав которого входят винпоцетин и пирацетам.

Первыми об эффективности данной комбинации заявили врачи первичного звена по результатам практического применения. Затем было научно доказано, что эти вещества обладают синергетическим эффектом, усиливают терапевтические действия друг друга. Кроме того, в комбинации нивелируются нежелательные явления, которые могут вызывать данные ЛС. Это позволяет использовать их в меньших дозах и избежать

гиперстимуляции, которую может вызвать пирацетам. Винпоцетин используется как при хронических формах недостаточности мозгового кровообращения, так и в восстановительном периоде инсульта (в этом случае доза ЛС увеличена). В восстановительном периоде препарат целесообразно применять в течение 3–6 месяцев.

? *На чем основано действие препарата Мексидол, содержащего этилметилгидроксипиридина сукцинат в сочетании с солями магния и витамин В6?*

– Этилметилгидроксипиридина сукцинат – это антиоксидант, который снижает уровень оксидантного стресса. Препарат уменьшает выраженность повреждения эндотелия и эндотелиальной дисфункции. Но при наличии у пациента гипергомоцистеинемии антиоксидантный эффект снижается. В этом случае следует использовать витамины группы В, в частности сочетание этилметилгидроксипиридина сукцината с витамином В6. Кроме того, доказано, что порядка 80% больных инсультом испытывают дефицит пиридоксина и магния, ионы которого улучшают синаптическую проводимость нейронов. Поэтому все упомянутые вещества им показаны. В клинической практике данное сочетание себя очень хорошо зарекомендовало.

? *Вы упомянули препараты цитиколин и холина альфосцерат, которые присутствуют в портфеле компании «Канонфарма продакшн». На чем основано их действие?*

– Цересил Канон (цитиколин) используется как в острейшем, так и в восстановительном периоде инсульта, поскольку способствует нейрорепарации. Активный компонент препарата является промежуточным метаболитом в синтезе фосфатидилхолина – одного из основных структурных элементов клеточных мембран. Поэтому, образно говоря, цитиколин поставляется

строительный материал для нейрональных мембран. Таким образом, помимо нейропротективного эффекта, данный препарат еще и воздействует на нейрорепарацию.

В свою очередь, Холитилин (холина альфосцерат) также способствует восстановлению нейрональных мембран, но еще является стимулятором ацетилхолинергической системы. Его прием способствует улучшению когнитивной функции. Поэтому он особенно показан пациентам с постинсультными когнитивными расстройствами, особенно если имеется параллельный атрофический процесс. Как известно, треть постинсультных когнитивных нарушений развиваются при сочетании сосудистого и нейродегенеративного заболевания, когда дефицит ацетилхолина особенно выражен.

? *Насколько целесообразно в постинсультном состоянии применение препаратов мела-*

тонина (препарат Соннован), обеспечивающего защиту клеток мозга?

– Очень интересное направление, не до конца исследованное, но, возможно, весьма перспективное. Мелатонин считается гормоном сна, но в эксперименте показано, что этим его физиологические эффекты не ограничиваются. Дефицит мелатонина ассоциирован с ожирением, с развитием новообразований, с воспалительными системными реакциями. Существует точка зрения, что многие процессы старения связаны с дефицитом мелатонина, поскольку с возрастом шишковидная железа атрофируется. Поэтому некоторые ученые предлагают с определенного возраста всем людям принимать мелатонин в качестве своего рода заместительной терапии. Показано, что мелатонин улучшает когнитивные функции. Но его первое и главное показание – это, конечно, нарушение сна у людей

старшего возраста. В 70% случаев пациенты с сосудистыми заболеваниями страдают инсомнией. В первую очередь им рекомендуется соблюдение гигиены сна и прием препаратов мелатонина. Только в том случае, если эти меры не помогают, больным назначают снотворные препараты. Но это во вторую очередь, потому что все снотворные ЛС ухудшают нейрорепаративную функцию, снижают активность мозга, тогда как у мелатонина отсутствуют подобные негативные эффекты.

? *Как бы Вы оценили терапевтическую эффективность всех вышеперечисленных препаратов?*

– Данные препараты подтвердили свою эффективность и безопасность в клинической практике.

Беседовала **Ирина Широкова**, «Ремедиум»

www.remEDIUM-journal.ru

ОФИЦИАЛЬНЫЙ САЙТ ЖУРНАЛА



- УДОБНЫЙ АРХИВ НОМЕРОВ ЗА ВСЕ ГОДЫ ВЫПУСКА ЖУРНАЛА (с 2002 ГОДА)
- АКТУАЛЬНЫЕ НОВОСТИ ФАРМРЫНКА
- ВОЗМОЖНОСТЬ ПОДПИСАТЬСЯ НА ЭЛЕКТРОННУЮ ВЕРСИЮ СВЕЖЕГО НОМЕРА (ДОСТУП ИЗ ЛИЧНОГО КАБИНЕТА)

Заполнив форму заказа на подписку на сайте, вы получите скидку **10%** на любой подписной комплект

105082,
Москва, ул. Бакунинская, 71, стр. 10.
Тел.: 8 495 780 3425
факс: 8 495 780 3426
remedium@remedium.ru