

Ишемический инсульт: современные стратегии лечения

Несмотря на прогрессивное развитие и внедрение новых технологий диагностики, лечения и профилактики, использование в клинической практике рекомендаций, основанных на принципах доказательной медицины, мозговой инсульт остается одной из основных причин смертности и инвалидизации в мире. О современных стратегиях лечения пациентов с ишемическим инсультом рассказал **Владислав Мищенко**, доктор медицинских наук, заведующий отделом сосудистой патологии головного мозга ГУ «Институт неврологии, психиатрии и наркологии НАМН Украины», во время Научно-практической конференции «Возможности и достижения современной фармакотерапии в практике невролога», прошедшей 14–15 марта в Харькове.



Глобальное бремя инсульта

Инсульт является одной из важнейших медико-социальных проблем современного общества. Ежегодно происходит более 17 млн инсультов, около 6 млн людей умирают вследствие данного заболевания. По прогнозам экспертов Всемирной организации здравоохранения, к 2030 г. ожидается 23 млн новых случаев инсульта. В течение последних 25 лет распространенность инсульта повысилась на 113%, заболеваемость — на 70%, смертность от инсульта — на 36%, инвалидизация — на 73%, количество инсультов у людей в возрасте 20–64 лет — на 25%, геморрагических инсультов — на 16%.

В Украине в 2017 г. произошло 96 978 инсультов, что составило 278,7 случаев на 100 тыс. человек. Социально-экономические затраты, связанные с данным заболеванием, ложатся тяжелым бременем на общество. К примеру, диапазон совокупных годовых затрат в связи с одним случаем инсульта в развитых странах составляет 74–173 тыс. дол. США.

Факторы риска мозгового инсульта

В настоящее время изменилась структура факторов риска мозгового инсульта. Так, результаты популяционного исследования INTERSTROKE показали, что наиболее значимыми факторами риска ишемического инсульта после артериальной гипертензии (35%) являются отсутствие регулярной физической нагрузки (28%), индекс талия/бедра (26%), соотношение аполипопротеина В и А1 (25%), курение в настоящее время (19%), показатель риска нездоровой диеты (19%), кардиальные причины (7%), сахарный диабет, депрессия, психосоциальный стресс (5%).

В последние годы активно изучаются новые факторы риска развития мозгового инсульта, такие как апноэ во сне, мигрень, открытое овальное окно, употребление кофе, чая. В последние годы в клиническую практику активно вошло понятие ятрогенного инсульта — инсульта, обусловленного применением лекарственных препаратов или кардиальной интервенцией, или вследствие хирургических вмешательств.

Особенности ведения пациентов

На сегодняшний день на планете проживает около 62 млн людей, перенесших инсульт, из них только 10–20% возвращаются к труду, у 60% — отмечаются стойкие неврологические нарушения, у 25–30% — развивается деменция, 25% — нуждаются в посторонней помощи. Лечение обязательно должно быть персонализировано и зависеть от того периода ишемического инсульта, в котором находится пациент. Выделяют:

- острейший период — 0–3 ч (терапевтическое окно);
- острый период — до 21 сут;
- ранний восстановительный период — до 6 мес;
- поздний восстановительный период — до 1 года;
- остаточные явления — после 1 года.

Американской ассоциацией сердца/Американской ассоциацией инсульта (American Heart Association/American Stroke Association — AHA/ASA) в 2018 г. обновлены Рекомендации по раннему ведению

пациентов с острым ишемическим инсультом. В соответствии с ними, в острый период ишемического инсульта наиболее эффективной является реканализационная терапия (тромболизис, тромбэктомия), применение ацетилсалициловой кислоты, хирургическая декомпрессия.

Стандарт медицинской помощи при остром инсульте предусматривает лечение в инсультных блоках, реперфузию, хирургическое лечение, базисную терапию, вторичную профилактику, реабилитацию. Важной является концепция «время — мозг», подразумевающая раннее начало терапии.

Догоспитальный этап лечения

Согласно существующим рекомендациям, у пациентов с сатурацией кислорода <95% может быть использован кислород для достижения нормального уровня, рутинное использование кислорода, снижение высокого артериального давления. Применение инсулина у пациентов с гипергликемией не рекомендуется. В силу отсутствия клинических исследований нет рекомендаций относительно того, необходимо ли снижать температуру тела. Применение некоторых нейротропиков (нимодипин, серноокислая магnezия) у больных с острым инсультом не доказано. Использование телемедицины не показано.

Показана очень быстрая транспортировка пациентов в инсультное отделение. Время от дверей приемного отделения до начала терапии не должно превышать 60 мин. Лечение пациентов должно быть максимально быстрым, поскольку промедление в терапии — то же самое, что и ее отсутствие.

Система экстренной медицинской помощи при инсульте

Чрезвычайно важным является налаживание системы оказания экстренной медицинской помощи при инсульте. Руководителям экстренной медицинской помощи в сотрудничестве с местными, региональными и государственными учреждениями при координационной поддержке экспертов здравоохранения рекомендуется разработать алгоритмы и протоколы медицинской сортировки для быстрого выявления и оценки пациентов с явным или подозреваемым инсультом с использованием проверенных, стандартизованных инструментов диагностики. Рекомендуется создавать региональные структуры для лечения пациентов с инсультом из учреждений, оказывающих первичную неотложную помощь (включая внутривенное введение альтеплазы), и центров, на базе которых возможно предоставить комплексную терапию. Пациентов с позитивными результатами скрининга и/или предполагаемым инсультом рекомендуется как можно быстрее транспортировать в клиники, персонал которых имеет опыт внутривенного введения альтеплазы.

Инсультная команда в стационаре

Рекомендована организация команды острого инсульта, в которую входят врачи, медсестры, персонал лаборатории и рентге-

нологического отделения. В качестве первичной цели должен быть установлен временной интервал в 60 мин у $\geq 50\%$ пациентов, которым необходимо провести системный фибринолизис. Целесообразно еще более сократить целевое значение времени «от двери до иглы» до 45 мин для $\geq 50\%$ пациентов с острым ишемическим инсультом.

Тактика лечения

Лечение пациентов с ишемическим инсультом включает воздействие на сосуды мозга и нейроны, базисную терапию. В частности, воздействие на сосуды мозга подразумевает реканализацию (тромболитизис, механическую тромбэктомию, ацетилсалициловую кислоту) и профилактику тромбообразования, воздействие на нейроны — нейропротекцию и стимуляцию нейрональной пластичности. Базисная терапия заключается в коррекции нарушений дыхания, регуляции функций сердечно-сосудистой системы, контроле метаболизма глюкозы и температуры тела, нормализации водно-электролитного баланса, профилактике и лечении осложнений.

Тромболитизис и интракраниальные геморагии

Наиболее эффективный метод лечения при ишемическом инсульте — тромболитизис. Установлено, что максимально раннее начало терапии (в первые 3 ч) более эффективно. Функциональные исходы не зависели от применяемого тромболитического препарата, возраста пациента, тяжести инсульта и размера очага. Результаты исследования PHANTOM-S показали, что использование тромболитика даже в мобильных инсультных бригадах значительно уменьшает тяжесть прогноза инсульта. Перспективным является применение тенектеплазы — мутантного тканевого активатора плазминогена, полученного с помощью геной инженерии. Результаты первых исследований свидетельствуют о преимуществах тенектеплазы над rt-PA в лечении пациентов с инсультом, особенно эффективной у больных с интракраниальной окклюзией.

Основной причиной отказа врачей от тромболитизиса у больных с инсультом является риск развития геморагий. Общий риск геморрагической трансформации у таких пациентов составляет 1,2–2%. В случае возникновения геморагий обязательно нужно прекратить введение альтеплазы, выполнить развернутый анализ крови, компьютерно-томографическое исследование головы без контрастного внутривенного усиления, провести консультации гематолога и нейрохирурга. Также необходимо назначить внутривенное инфузионное введение криопреципитата, транексамовой кислоты. Поддерживающая терапия должна обеспечить контроль артериального, внутричерепного, церебрального перфузионного давления, среднего артериального давления, температуры тела и уровня глюкозы в крови.

Антитромбоцитарная терапия

При остром ишемическом инсульте применение ацетилсалициловой кислоты рекомендуется в течение 24–48 ч от его начала. Для пациентов, получавших альтеплазу внутривенно, назначение ацетилсалициловой кислоты обычно отсрочивается до 24 ч. Не рекомендуется рассматривать применение ацетилсалициловой кислоты в качестве альтернативного лечения пациентов с острым ишемическим инсультом, если они соответствуют критериям внутривенного введения альтеплазы или выполнения механической тромбэктомии.



Нейропротекция при инсульте

В настоящее время нет фармакотерапевтических или нефармакотерапевтических методов лечения с предполагаемым нейропротекторным действием, которые продемонстрировали бы эффективность в улучшении исходов после ишемического инсульта. До сих пор продолжается поиск новых лекарственных препаратов, направленных на блокирование гибели нейронов в ишемическом каскаде.

Одним из перспективных препаратов является эдаравон, который включен в Японское клиническое руководство по лечению острого ишемического инсульта с 2009 г. В ходе проведенных исследований полное отсутствие постинсультных неврологических последствий (в случае применения препарата в первые 24 ч) отмечалось у каждого третьего пациента, значительное улучшение функционального состояния — у каждого второго. Раннее назначение эдаравона при остром инсульте у пациентов, получавших эндоваскулярную реперфузионную терапию (тромбэктомию), способствовало достижению их функциональной независимости после выписки, достоверно более низкой смертности.

Ранняя мобилизация

Целью очень ранней мобилизации является повышение пластичности мозга и предотвращение развития осложнений (тромбоз глубоких вен, тромбоэмболия легочной артерии, контрактуры, инфекции, язвы, атрофия мышц и ухудшение кардиореспираторной функции). Доказано, что осложнения, связанные с иммобилизацией, коррелируют с 51% всех случаев летальных исходов у больных с инфарктом головного мозга.

Ранняя мобилизация может оказывать важное психологическое воздействие на мотивацию, самочувствие и качество жизни пациента. Так, выполнение двигательных упражнений в ранние сроки после инсульта включает подъем из положения лежа в положение сидя, вставание с постели, стояние и хождение, которые следует выполнять через определенные промежутки времени. Точные сроки очень ранней мобилизации не установлены и колеблются в пределах от 1 дня до 3 мес после симптомов манифестации. Согласно последним рекомендациям AHA/ASA, у пациентов с инсультом легкой или средней степени тяжести иммобилизацию проводят в течение 24 ч, с тяжелым инсультом — сроки подбираются индивидуально, составляют от 1 дня до 2 мес.

Реабилитация после инсульта

Реабилитационные мероприятия после инсульта должен проводить врач, прошедший подготовку по реабилитации и физиотерапии, а также другие врачи, имеющие опыт или основную подготовку в области реабилитации после инсульта — эрготерапевты, физиотерапевты, медицинские сестры, социальные работники и диетологи. Пациент и его семья также включаются в основной состав команды.

Основными принципами успешной реабилитации являются раннее начало (первые дни после инсульта), длительность (без перерывов) и систематичность, комплексность (сочетание различных методов реабилитации), активное участие в реабилитации самого пациента и членов его семьи.

Одним из способов с наибольшей доказанной эффективностью при лечении пациентов с ишемическим инсультом является транскраниальная магнитная стимуляция. Предполагается, что она вызывает синаптическую потенцию или синаптическую депрессию в результате повторной стимуляции, что, как показано, может облегчать обучение у пациентов.

Новыми направлениями в реабилитации и лечении больных с мозговым инсультом являются стволовые клетки, моноклональные антитела, биологические экстракты тканей животных, генная терапия.

Согласно рекомендациям Австрийской ассоциации по борьбе с инсультом (Stroke Society of Australasia — SSA), эффективность в реабилитации пациентов с мозговым инсультом показали препараты леводопы, селективные ингибиторы обратного захвата серотонина, церебролизин. Эффективность терапии стволовыми клетками все еще продолжает изучаться.

*Марина Колесник,
фото автора*