

Що необхідно знати і робити сімейним лікарям для немедикаментозної профілактики гострих порушень мозкового кровообігу

М.Ю. Дельва, О.В. Санік, І.І. Дельва

ВДНЗУ «Українська медична стоматологічна академія», м. Полтава

На теперішній час в усьому світі профілактичний напрямок визнаний як пріоритетний у менеджменті цереброваскулярної патології. В статті висвітлені основні етіологічні чинники цереброваскулярної патології, що піддаються модифікації. Представлені сучасні міжнародні рекомендації з немедикаментозної профілактики гострих порушень мозкового кровообігу, які базуються на принципах доказової медицини.

Ключові слова: інсульт, транзиторна ішемічна атака, немедикаментозна профілактика.

Згідно зі статистикою Міністерства охорони здоров'я України за останні 10 років поширеність судинних захворювань головного мозку виросла у 2 рази, і щорічно в Україні відбувається від 100 до 120 тис. нових інсультів [1, 2]. У нашій країні понад 30% хворих на інсульт – це люди працездатного віку, близько 50% хворих після інсульту помирають протягом першого року, а третина з тих, хто вижив, стають залежними інвалідами [2].

До теперішнього часу, окрім тромболітичної терапії, проведення якої в переважній більшості випадків внаслідок різноманітних причин є неможливим, не існує доведеного ефективного патогенетичного лікування гострих порушень мозкового кровообігу (ГПМК). Тому превентивні заходи залишаються найважливішим компонентом в менеджменті як інсультів, так і транзиторних ішемічних атак (ТІА). Єдиною стратегією, що дозволяє зменшити захворюваність на ГПМК, а також показники тимчасової та стійкої інвалідизації і показники смертності, є активна, ефективна первинна та вторинна профілактика цереброваскулярної патології серед населення. На сучасному етапі розвитку ангіоневрології були розроблені та активно впроваджуються в рутинну клінічну практику принципи ефективної профілактики ГПМК. Серед них провідне місце посідають методи немедикаментозної профілактики, а саме – модифікація способу життя та корекція поведінкових стереотипів людини. Немедикаментозні превентивні заходи є загальнодоступними та не мають побічних ефектів, однак, разом з тим, їх досить часто недооцінюють і вони перебувають в тіні фармакологічних втручань [3]. Тому сімейним лікарям разом із принципами фармакологічної профілактики необхідно знати і основні поведінкові чинники ризику ГПМК з метою провідницької роботи серед населення [4].

Загалом основною метою профілактики ГПМК є ефективний контроль тих факторів ризику інсульту, які можуть бути модифікованими. Дослідження INTERSTROKE виявило, що 80% усіх ГПМК асоціюються з 5 основними факторами ризику, що піддаються модифікації: 1) артеріальна гіпертензія (АГ); 2) тютюнопаління; 3) абдомінальне ожиріння; 4) порушення харчу-

вання та 5) недостатня фізична активність. А наступні 5 факторів ризику ГПМК (цукровий діабет (ЦД), надмірне споживання алкоголю, стреси, кардіальна патологія, гіперхолестеринемія), разом з наведеними вище, є причиною близько 90% інсультів [5]. Таким чином, ці 10 чинників складають основний етіологічний базис розвитку інсульту і ТІА, вони є взаємопов'язаними, мають багато спільних етіопатогенетичних механізмів, взаємообтяжують перебіг одне одного та піддаються ефективній немедикаментозній профілактиці.

Регулярна фізична активність знижує на 25–30% ризик розвитку інсульту [6]. Причому фізична активність будь-якої інтенсивності (від легкої до напруженої) та виду (ходьба, професійна фізична активність, активний відпочинок тощо) має превентивний антиінсультний ефект [6]. Згідно з американськими рекомендаціями для населення фізично здорова людина повинна присвячувати не менше 150 хв на тиждень помірній аеробній фізичній активності (наприклад, швидка ходьба) або не менше 75 хвилин значній аеробній фізичній активності на тиждень (наприклад, біг підтюпцем, катання на велосипеді, плавання). Крім того, регулярна фізична активність також знижує ризик розвитку і судинної деменції в осіб похилого віку [7]. Протективна роль фізичної активності щодо інсультів опосередковується декількома механізмами: через нормалізацію артеріального тиску (АТ), зниження надмірної маси тіла, зниження рівня фібриногену крові та агрегабельності тромбоцитів, підвищення фібринолітичного потенціалу крові, збільшення рівня холестерину ліпопротеїдів високої щільності (ХС ЛПВЩ), нормалізацію вуглеводного обміну, пригнічення процесів хронічного системного запалення тощо [8].

Важливе значення в профілактиці інсультів, як і інших васкулярних подій, є дотримання певних дієтичних рекомендацій. Декілька дієтичних аспектів (надлишкове споживання солі, низьке – калію, переїдання, незбалансований раціон) безпосередньо пов'язані з ризиком інсульту. За результатами мета-аналізів ризик інсульту зворотно асоціюється з показниками щоденного споживання фруктів і овочів [9] та прямо асоціюється з рівнем споживання натрію [10]. У проспективних дослідженнях високе споживання калію асоціюється зі зниженим ризиком інсульту [11]. Ефекти натрію та калію на ризик виникнення інсульту головним чином опосередковуються через вплив на АТ. Згідно з американськими дієтичними рекомендаціями з метою профілактики АГ та різноманітних васкулярних подій (в тому числі і інсультів) для загальної популяції вживання натрію не повинно перевищувати 2300 мг на добу, а для осіб з АГ, ЦД, хронічними захворюваннями нирок та старших за 51 рік – не повинно перевищувати 1500 мг на добу, а вживання калію повинно становити не менше 4700 мг на добу [12].

Варто зауважити, що за результатами мета-аналізу споживання червоного м'яса асоціюється зі збільшенням ризику інсульту, тоді як споживання м'яса птиці достовірно знижує цей ризик [13].

У чисельних дослідженнях встановлено, що при ожирінні (особливо при абдомінальному його типі, коли об'єм талії у чоловіків перевищує 102 см, а у жінок – 88 см) різко збільшується ймовірність виникнення ГПМК незалежно від віку, стилю життя та наявності асоційованих з ожирінням цереброваскулярних факторів ризику в межах метаболічного синдрому [8]. Мета-аналіз 25 проспективних досліджень (з сумарним включенням більш ніж двох мільйонів учасників) засвідчив, що відносний ризик виникнення ішемічних інсультів достовірно збільшений на 22% для осіб з надлишковою масою тіла та на 64% для осіб з ожирінням, а ризик розвитку геморагічного інсульту достовірно збільшений на 24% тільки у осіб з ожирінням. Ці закономірності залишалися майже незмінними і після врахування віку, способу життя (гіподинамія, рівень споживання алкоголю) та деяких цереброваскулярних факторів ризику (АГ, ЦД, дисліпідемія). У підсумку зроблений висновок про існування незалежного прямого та лінійного зв'язку між показником «індекс маси тіла» (ІМТ) та ризиком розвитку ішемічних інсультів [14]. Мета-аналіз 57 проспективних досліджень в різних етнічних групах, що включав 900 тис. учасників, виявив, що збільшення показника ІМТ на кожні 5 кг/м² вище значення 25 кг/м² веде до підвищення ризику смертності від інсультів на 40%, тоді як при значеннях ІМТ нижче 25 кг/м² такої закономірності не виявлено [15]. Необхідно зауважити, що пацієнти з ожирінням мають достовірно меншу ймовірність розвитку повторного інсульту або іншої васкулярної події, ніж пацієнти з нормальною масою тіла – цей феномен до сьогодні не має чіткого пояснення та в сучасній літературі має назву «парадокс ожиріння» [16].

Окремої уваги потребує тема впливу алкоголю на цереброваскулярні події. Надмірне споживання алкоголю може призводити до розвитку патологічних станів, що ускладнюються інсультами, – до АГ, підвищення згортальних властивостей крові, зменшення церебральної перфузії та розвитку фібриляції передсердь [8]. Надмірне споживання алкоголю достовірно збільшує ризик розвитку ішемічного інсульту в 1,7 разу, а геморагічного інсульту – в 2,2 разу [17]. Згідно з міжнародними рекомендаціями споживання алкоголю вважається надмірним при споживанні чоловіками більше 4 порцій алкоголю протягом одного дня або сумарно більше ніж 14 порцій протягом тижня. Для жінок відповідні показники становлять більше 3 та більше 7 порцій алкоголю (1 стандартна порція алкоголю становить 17 мл етилового спирту) [18]. З іншого боку, помірне споживання алкоголю асоціюється з підвищенням рівня ХС ЛНВПЦ, зниженням агрегальності тромбоцитів, зниженням рівня фібриногену крові, збільшенням чутливості периферійних тканин до інсуліну і нормалізацією вуглеводного обміну та зі зменшенням ризику інсульту (особливо ішемічного) [8]. Однак вважається етично неприйнятним рекомендувати помірне споживання алкоголю з метою профілактики інсульту в зв'язку з проблемою алкогольної залежності.

Паління збільшує ризик ішемічних інсультів в 2–3 рази, субарахноїдального крововиливу – в 3–4 рази, тоді як для інтрацеребральних крововиливів достовірних закономірностей не виявлено [19]. Важливо, що тютюно-

паління може потенціювати ефекти інших факторів ризику інсульту (АГ, вживання оральних контрацептивів). У жінок, що палять, ризик ішемічних інсультів збільшений в 2,1 разу, а у жінок, що палять та вживають оральні контрацептиви, цей ризик збільшений аж в 7,2 разу [20]. Тютюнопаління як спричинює розвиток атерогенезу, так і збільшує ризик тромбоутворення в місці атеросклеротичного ураження [21]. Крім того, паління негативно впливає на гемодинаміку: випалювання навіть однієї цигарки збільшує частоту серцевих скорочень, збільшує серцевий викид, зменшує артеріальну еластичність та підвищує середній АТ [22]. Необхідно зауважити, що пасивне тютюнопаління також є фактором ризику інсульту, який по значущості навіть переважає активне паління [23].

Замісна гормональна терапія та оральні контрацептиви підвищують ризик розвитку інсультів і їхнє застосування у жінок з кардіоваскулярною патологією є небажаним. Крім того, пероральні контрацептиви не бажано вживати жінкам старше 35 років, які палять та (або) мають ожиріння.

Наприкінці наводимо найсучасніші міжнародні рекомендації з первинної/вторинної профілактики інсульту (American Heart Association/American Stroke Association, 2014) відносно модифікації способу життя та поведінкових стереотипів [8, 24]:

- рекомендується фізична активність, тому що вона асоціюється зі зниженням ризику інсульту (клас I; рівень доказовості B);

- здоровим особам необхідна аеробна фізична активність різної інтенсивності тривалістю не менш ніж 40 хв на день з частотою 3–4 рази на тиждень (клас I; рівень доказовості B);

- пацієнтам, що перенесли ішемічний інсульт або ТІА, для вторинної профілактики ГПМК рекомендується, якщо дозволяє функціональний стан пацієнта, по 3–4 тренування протягом тижня у вигляді аеробних вправ тривалістю близько 40 хв (клас IIa; рівень доказовості C);

- дієта з великою кількістю фруктів та овочів, багата на калій, є корисною і може знижувати ризик розвитку інсультів (клас I; рівень доказовості B);

- середземноморська дієта (переважання в раціоні риби, овочів та фруктів, а також споживання оливкової олії) з додаванням горіхів може знижувати ризик розвитку інсультів (клас IIa; рівень доказовості B);

- для осіб з надлишковою масою тіла (ІМТ від 25 до 29 кг/м²) та з ожирінням (ІМТ більше 30 кг/м²) рекомендується знизити масу тіла з метою зменшення ризику розвитку інсультів (клас I; рівень доказовості B);

- користь від зниження маси тіла у пацієнтів, що перенесли інсульт або ТІА, до теперішнього часу не доведена (клас IIb; рівень доказовості C);

- рекомендується зменшити або взагалі припинити споживання алкоголю особами, що споживають його в надмірній кількості (клас I; рівень доказовості A);

- прийнятним є споживання не більш ніж 2 доз алкоголю в день для чоловіків та не більш ніж 1 дози в день для невагітних жінок (клас IIb; рівень доказовості B);

- активним курцям за допомогою різних методів необхідно повністю відмовитися для тютюнопаління (клас I; рівень доказовості A);

- утримання від тютюнопаління рекомендується для осіб, що ніколи не палили (клас I; рівень доказовості B);

- правова заборона тютюнопаління в громадських місцях є обґрунтованою для зменшення ризику інсульту (клас IIa; рівень доказовості B).

Что необходимо знать и делать семейным врачам для немедикаментозной профилактики острых нарушений мозгового кровообращения
М.Ю. Дельва, О.В. Саник, И.И. Дельва

What general practitioner have to know and have to do for non-pharmacological stroke prevention
M.Yu. Delva, O.V. Sanyk, I.I. Delva

В настоящее время во всем мире профилактическое направление признано приоритетным в менеджменте цереброваскулярной патологии. В статье рассмотрены основные модифицированные факторы развития инсультов и транзиторных ишемических атак. Представлены современные международные рекомендации немедикаментозной профилактики острых нарушений мозгового кровообращения, разработанные на принципах доказательной медицины.

Ключевые слова: инсульт, транзиторная ишемическая атака, немедикаментозная профилактика.

Nowadays, preventive strategy is the principal aspect of cerebrovascular diseases management. The article highlights the main modified factors of stroke and transient ischemic attack. It has been presented contemporary international evidence-based recommendations for the non-pharmacological prevention of acute cerebrovascular events.

Key words: stroke, transient ischemic attack, non-drug prevention.

Сведения об авторах

Дельва Михаил Юрьевич – кафедра нервных болезней с нейрохирургией и медицинской генетикой ВГУЗУ «Украинская медицинская стоматологическая академия», 36024, г. Полтава, ул. Шевченко, 23; тел.: (066) 7326-38-5. E-mail: delwa@mail.ru.

Саник Александр Владимирович – кафедра нервных болезней с нейрохирургией и медицинской генетикой ВГУЗУ «Украинская медицинская стоматологическая академия», 36024, г. Полтава, ул. Шевченко, 23

Дельва Ирина Ивановна – кафедра нервных болезней с нейрохирургией и медицинской генетикой ВГУЗУ «Украинская медицинская стоматологическая академия», 36024, г. Полтава, ул. Шевченко, 23

СПИСОК ЛИТЕРАТУРИ

1. Мищенко Т.С. Епідеміологія неврологічних захворювань в Україні / Т.С. Мищенко // *Нейро News*. – 2008. – № 3. – С. 76–77.
2. Эпидемиология инсульта, клинические и экспертные аспекты в Украине / Н.К. Хобзей, Т.С. Мищенко, В.А. Голик [и др.] // *Судинні захворювання головного мозку*. – 2010. – № 4. – С. 2–5.
3. Кайдашев И.П. Изменение образа жизни как часть комплексной терапии хронического системного воспаления при метаболическом синдроме / И.П. Кайдашев // *Міжнародний ендокринологічний журнал*. – 2012. – № 2. – С. 143–148.
4. Аспекти превентивної медицини в діяльності сімейного лікаря / В.М. Ждан, В.Ю. Штомпель, І.В. Іванницький [та ін.] // *Вісник проблем біології і медицини*. – 2014. – № 3 (1). – С. 119–122.
5. INTERSTROKE investigators. Risk factors for ischaemic and intracerebral haemorrhagic stroke in 22 countries (the INTERSTROKE study): a case-control study / M.J. O'Donnell, D. Xavier, L. Liu [et al.] // *Lancet*. – 2010. – Vol. 376. – P. 112-123.
6. US Department of Health and Human Services. 2008 Physical activity guidelines for Americans. <http://www.health.gov/paguidelines>.
7. Physical activity prevents progression for cognitive impairment and vascular dementia: results from the LADIS (leukoaraiosis and disability) study / A. Verdelho, S. Madureira, JM. Ferro [et al.] // *Stroke*. – 2012. – Vol. 43. – P. 3331–3335.
8. Guidelines for the primary prevention of stroke a statement for healthcare professionals from the American Heart Association / JF. Meschia, C. Bushnell, B. Boden-Albala [et al.] // *Stroke*. – 2014. – Vol. 45. – P. 3754–3832.
9. He FJ. Fruit and vegetable consumption and stroke: meta-analysis of cohort studies / F.J. He, CA. Nowson, GA. MacGregor // *Lancet*. – 2006. – Vol. 367. – P. 320–326.
10. High salt intake and stroke: meta-analysis of the epidemiologic evidence / XY. Li, XL. Cai, PD. Bian [et al.] // *CNS Neuroscience and Therapeutics*. – 2012. – Vol. 18. – P. 691–701.
11. Larson SC. Dietary potassium intake and risk of stroke: a dose-response meta-analysis of prospective studies / SC. Larsson, N. Orsini, A. Wolk // *Stroke*. – 2011. – Vol. 42. – P. 2746–2750.
12. US Department of Agriculture and US Department of Health and Human Services. Dietary Guidelines for Americans 2010. 7th ed. Washington, DC: US Government Printing Office; December, 2010.
13. Kaluza J. Red meat consumption and risk of stroke: a meta-analysis of prospective studies / J. Kaluza, A. Wolk, SC. Larsson // *Stroke*. – 2012. – Vol. 43. – P. 2556–2560.
14. Excess body weight and incidence of stroke: meta-analysis of prospective studies with 2 million participants / P. Strazzullo, L. D'Elia, G. Cairella [et al.] // *Stroke*. – 2010. – Vol. 41 (5). – P. 418–426.
15. Body-mass index and cause-specific mortality in 900 000 adults: collaborative analyses of 57 prospective studies / G. Whitlock, S. Lewington, P. Sherliker [et al.] // *Lancet*. – 2009. – Vol. 373 (9669). – P. 1083–1096.
16. Ovbiagele B. Obesity and recurrent vascular risk after a recent ischemic stroke / B. Ovbiagele, PM Bath, D. Cotton [et al.] // *Stroke*. – 2011. – Vol. 42. – P. 3397–3402.
17. Рекомендации по ведению больных с ишемическим инсультом и транзиторными ишемическими атаками [Эл. ресурс] / Исполнительный и Авторский комитет ESO. – 2008. – Режим доступа: http://www.congress-switzerland.com/fileadmin/files/2013/eso_stroke/pdf/ESO08_Guidelines
18. National Institute on Alcohol Abuse and Alcoholism Web site. <http://www.niaaa.nih.gov>. Accessed December 23, 2013.
19. Nakamura K. Influence of smoking combined with another risk factor on the risk of mortality from coronary heart disease and stroke: pooled analysis of 10 Japanese cohort studies / K. Nakamura, H. Nakagawa, M. Sakurai [et al.] // *Cerebrovascular Diseases*. – 2012. – Vol. 33. – P. 480–491.
20. Ischaemic stroke and combined oral contraceptives: results of an international, multicentre, case-control study / WHO Collaborative Study of Cardiovascular Disease and Steroid Hormone Contraception // *Lancet*. – 1996. – Vol. 348. – P. 498–505.
21. Burns DM. Epidemiology of smoking-induced cardiovascular disease / DM. Burns // *Progress in Cardiovascular Diseases*. – 2003. – Vol. 46. – P. 11–29.
22. Effect of smoking on cerebrovascular reactivity / M. Silvestrini, E. Troisi, M. Matteis [et al.] // *Journal of Cerebral Blood Flow & Metabolism*. – 1996. – Vol. 16. – P. 746–749.
23. Cohort study of exposure to environmental tobacco smoke and risk of first ischemic stroke and transient ischemic attack / C. Iribarren, J. Darbinian, AL. Klatsky [et al.] // *Neuroepidemiology*. – 2004. – Vol. 23. – P. 38–44.
24. Guidelines for the prevention of stroke in patients with stroke and transient ischemic attack a guideline for healthcare professionals from the American Heart Association/American Stroke Association / WN. Kernan, B. Ovbiagele, HR. Black [et al.] // *Stroke*. – 2014. – STR-0000000000000024.

Статья поступила в редакцию 30.01.2015