

Лечение и реабилитация пациентов, перенесших ишемическое нарушение мозгового кровообращения

В.А. Парфенов

Острые нарушения мозгового кровообращения (ОНМК) ишемического характера, подразделяемые на ишемический инсульт и транзиторную ишемическую атаку (ТИА), остаются одной из наиболее актуальных проблем современной неврологии. В России имеется более 1 млн. пациентов, перенесших ишемический инсульт. Число пациентов, перенесших ТИА, трудно оценить, так как значительная часть из них не обращается к врачу в связи с быстрым регрессом неврологических нарушений, однако у многих из них в дальнейшем развивается инсульт [1, 3].

Среди больных, перенесших ишемический инсульт, более чем у половины остаются расстройства речи, движения или чувствительности, у трети отмечаются когнитивные нарушения. Вследствие этого у большинства больных после перенесенного инсульта снижается качество жизни, многие из них становятся инвалидами. Все пациенты, перенесшие ишемическое ОНМК, должны получать лечение с целью профилактики повторного инсульта и других заболеваний системы кровообращения [1–4].

Лечение больного после перенесенного инсульта проводится в реабилитационном центре, санатории и на дому под наблюдением врачей поликлиник. В связи с развитием семейной медицины в последние годы всё большее количество пациентов после перенесенного ишемического ОНМК наблюдаются врачами общей практики. Лечение и реабилитация больных, пе-

ренесших ишемическое ОНМК, представляет актуальную медицинскую и социальную проблему, в решении которой участвуют неврологи, врачи общей практики, физиотерапевты, логопеды, медицинские психологи и социальные работники. При ведении этих больных большое значение имеет не только реабилитация и коррекция последствий заболевания, но и вторичная профилактика ОНМК, а также лечение сопутствующих заболеваний.

Двигательные нарушения после перенесенного инсульта чаще всего представлены спастическими парезами конечностей, реже встречаются расстройства координации или экстрапирамидные нарушения. Максимальное восстановление утраченных двигательных функций наблюдается в течение 2–3 мес с момента инсульта, в дальнейшем темпы восстановления значительно снижаются. Через год после развития инсульта уменьшение степени пареза является маловероятным, однако возможно определенное улучшение двигательных функций и уменьшение инвалидности путем тренировки равновесия и ходьбы, использования специальных приспособлений для передвижения, снижения повышенного мышечного тонуса (спастичности) в паретичных конечностях.

Ведущее значение при двигательных нарушениях имеет физиотерапия, которая в виде пассивных движений в парализованных конечностях должна проводиться уже в первые дни с момента инсульта, после стабилизации неврологических нарушений и при отсутствии противопоказаний к физическим нагрузкам. Активные движения в паретичных конечностях необходимо тренировать сразу после их появле-

ния, постепенно увеличивая нагрузку. Большое значение имеет обучение больного, имеющего двигательные нарушения, самостоятельному приему пищи, одеванию и раздеванию, чистке зубов и другим навыкам, необходимым в быту. Необходимо постепенное увеличение физических нагрузок, а при наличии у больного сочетанной кардиальной патологии (например, аритмии или стенокардии) обязательно согласование реабилитационной программы с кардиологом.

Если после перенесенного инсульта в паретичных конечностях наблюдается повышение мышечного тонуса по типу спастичности, которая ухудшает двигательные функции, то для ее лечения можно использовать физиотерапию и лекарственные средства. Лечение пероральными антиспастическими средствами начинают с минимальной дозы препарата, затем постепенно повышают ее до получения необходимого эффекта. Баклофен применяют в дозе 10–50 мг/сут, тизанидин – по 6–30 мг/сут, толперизон – по 150–300 мг/сут. При наличии локальной спастичности можно использовать также внутримышечное введение ботулинического токсина типа А. Локальное введение препарата вызывает частичную блокаду нервно-мышечного синапса и расслабление мышцы в течение 3–6 мес, что обеспечивает возможности для успешной физиотерапии. Применение ботулинического токсина рекомендуется, если спастичность одной мышцы или группы мышц приводит к нарушению двигательной функции, сопровождается болезненными мышечными спазмами или затрудняет уход за больным.

Владимир Анатольевич Парфенов – докт. мед. наук, профессор, ММА им. И.М. Сеченова.

Если у больного после инсульта имеются речевые нарушения (афазия, дизартрия), рекомендуются логопедические занятия. Больной должен слышать речь других людей, радио, телевизор и иметь возможность общения с окружающими. Необходимо стимулировать больного к самостоятельной речи даже при грубой степени ее нарушения. Большое значение имеют чтение вслух, письмо, рисование и другие занятия, стимулирующие речевые функции. Эффективность восстановления речевых функций во многом определяется мотивацией больного и его активным участием в реабилитационном процессе, поэтому большое значения имеют положительные замечания врача и окружающих людей об успехах больного в занятиях.

Нарушение когнитивных функций, снижение памяти и интеллекта наблюдаются у значительной части больных после перенесенного инсульта, почти у каждого пятого больного через год после инсульта диагностируется деменция [9].

С целью улучшения речевых и когнитивных функций у больных, перенесших инсульт, используют средства, улучшающие метаболические процессы и кровоснабжение в головном мозге. Лечение чаще проводится курсами в течение 1 мес 2–4 раза в год. Церебролизин рекомендуется в больших дозах (20–50 мл/сут), вводимых на 100–200 мл физиологического раствора в/в капельно (в течение 60–90 мин) на протяжении 10–30 дней. Для приема внутрь могут быть рекомендованы пирацетам (1,2–4,8 г/сут), глиатилин (0,8–2,4 г/сут), пентоксифиллин (1,2 г/сут), винпоцетин (15–30 мг/сут), экстракт гинкго билоба (120–160 мг/сут).

При развитии деменции у больных, перенесших ишемическое ОНМК, эффективны ацетилхолинергические средства, которые на протяжении ряда лет с успехом применяют при лечении болезни Альцгеймера [9]. Лечение ацетилхолинергическими средствами начинают с небольших доз, чтобы избежать побочных осложнений со

стороны желудочно-кишечной системы (тошнота, рвота, диарея, потеря аппетита). Начальную дозу постепенно (в течение нескольких недель) увеличивают до терапевтической, которая составляет для галантамина 16–24 мг в сутки в два приема, для ривастигмина – 9–12 мг в сутки в два приема. Другим направлением нейротрансмиттерной терапии является применение антагониста NMDA-рецепторов глутамата – акатинола мемантина по 20 мг/сут, которое обосновано наличием повышенной глутаматергической активности (эксайтотоксичности) при сосудистой деменции.

Депрессия возникает более чем у половины больных после перенесенного инсульта, особенно при наличии инвалидности [1, 3]. Она значительно затрудняет процесс реабилитации больного, осложняет уход за ним и его контакт с окружающими людьми. Депрессия может проявляться головными болями и другими неврологическими нарушениями, которые иногда ошибочно расцениваются как прогрессирование сосудистого поражения головного мозга у больного, перенесшего инсульт. Для лечения депрессивного синдрома используется психотерапия и, при необходимости, антидепрессанты, например амитриптилин по 25–75 мг в сутки, тианептин по 25–37,5 мг в сутки или флуоксетин по 20 мг в сутки.

Одной из частых жалоб, беспокоящих пациентов после перенесенного ишемического ОНМК, является вестибулярное головокружение, которое может иметь как периферическое, так и центральное происхождение. При вестибулярном головокружении используются лекарственные средства, улучшающие кровообращение внутреннего уха и снижающие повышенную возбудимость вестибулярного аппарата: бетастигмин (24–48 мг/сут), циннаризин (75–150 мг/сут), экстракт гинкго билоба (120–160 мг/сут). Может назначаться также пентоксифиллин (Трентал), положительный эффект от приема которого отмечается при использовании препарата в дозе 1800 мг в сутки, что сопровождается как улучшением са-

мочувствия пациентов, так и улучшением кровообращения во внутреннем ухе [11]. Многим пациентам помогает гимнастика, направленная на тренировку вестибулярного аппарата.

Развитие эпилептических приступов чаще наблюдается после перенесенного ишемического инсульта в коре головного мозга или повторных ТИА. В этих случаях назначают противоэпилептические средства, например депакин, из расчета не менее 20 мг на 1 кг веса больного в сутки.

Одним из важных направлений лечения больных, перенесших ишемический инсульт или ТИА, является профилактика повторного инсульта, риск которого в 10–15 раз выше, чем в общей популяции того же пола и возраста. Профилактика повторного инсульта должна начинаться как можно скорее после развития ТИА или инсульта и продолжаться не менее 3 лет. Она основывается на выяснении этиологии и патогенеза первичного инсульта и направлена на корригируемые факторы риска его развития [1, 3, 4].

Пожилые пациенты максимально выигрывают от проведения профилактической терапии, потому что они имеют больше факторов риска развития ишемического инсульта, чем пациенты молодого и среднего возраста. Вместе с тем риск осложнений у пожилых пациентов выше, чем у пациентов среднего возраста, поэтому профилактическая терапия у пожилых должна проводиться с особой осторожностью и с учетом имеющихся у них соматических заболеваний.

В профилактике повторного инсульта и других сердечно-сосудистых заболеваний большое значение имеет поддержание здорового образа жизни, что включает отказ от курения или уменьшение количества выкуриваемых сигарет, отказ от злоупотребления алкоголем, адекватную физическую активность и снижение избыточного веса. Целесообразно уменьшить потребление продуктов, содержащих большое количество холестерина (сливочное масло, яйца, жирный творог и др.), и увеличить в питании долю свежих овощей и фруктов.

При сосудистых заболеваниях мозга всё чаще используются статины (симвастатин, правастатин, аторвастатин и др.) при отсутствии противопоказаний к их применению. Метаанализ нескольких исследований показал, что статины представляют эффективное средство первичной профилактики инсульта у больных, страдающих ишемической болезнью сердца; снижение холестерина липопротеидов низкой плотности на 1,0 ммоль/л снижает риск инсульта в среднем на 10%, снижение его уровня на 1,8 ммоль/л способствует уменьшению риска инсульта на 17% [13].

У больных, перенесших инсульт и ТИА, гипотензивную терапию следует проводить с осторожностью, чтобы избежать значительного снижения артериального давления и гипоперфузии головного мозга, особенно при наличии окклюзирующих поражений церебральных и прецеребральных артерий [3, 16]. Перед применением гипотензивных препаратов целесообразно исследовать сосуды мозга методом дуплексного сканирования и транскраниальной доплерографии, чтобы установить наличие и степень окклюзирующего поражения и на основании этого оценить риск церебральных осложнений гипотензивной терапии. В качестве гипотензивной терапии у больных с умеренной или выраженной степенью артериальной гипертензии могут быть использованы различные антигипертензивные средства с учетом индивидуальных показаний к их применению: β -адреноблокаторы, ингибиторы ангиотензинпревращающего фермента (АПФ), блокаторы кальциевых каналов, блокаторы рецепторов ангиотензина II и др. [3, 10]. Для нормализации артериального давления и у больных с I степенью (мягкой) артериальной гипертензии доказана эффективность диуретика индапамида по 1,5–2,5 мг в сутки [14], рамиприла по 10 мг в сутки [7], комбинации ингибитора АПФ периндоприла по 4 мг в сутки и индапамида [15], блокатора рецепторов ангиотензина II эпросартана по 600 мг в сутки [17]. Возможно, что и другие ингибиторы АПФ,

блокаторы рецепторов ангиотензина II или иные антигипертензивные средства обладают высокой эффективностью у больных, перенесших инсульт или транзиторную ишемическую атаку, но этот вопрос требует дальнейшего изучения.

Антитромбоцитарные средства (антиагреганты) занимают одно из ведущих мест в ряду средств вторичной профилактики ишемического инсульта [2, 4, 5]. Для профилактики повторного инсульта больным, перенесшим ишемический инсульт или ТИА, рекомендуется в течение 3 лет или постоянно прием ацетилсалициловой кислоты (аспирина) по 50–325 мг в сутки. В ряде исследований показано, что применение клопидогрела по 75 мг в сутки [8], тиклопидина по 500 мг в сутки [5] или комбинации дипиридамола и аспирина (400 и 50 мг в сутки соответственно) более эффективно, чем применение аспирина [5]. В настоящее время изучается эффективность комбинации клопидогрела и аспирина для профилактики повторного инсульта.

Анализ результатов мультицентровых исследований показывает, что у больных, перенесших ишемическое ОНМК, 3-летний прием антитромбоцитарных средств снижает риск сосудистых заболеваний (инсульт, инфаркт миокарда, сосудистая смерть) на 18–22% [5].

При хронических ишемических нарушениях мозгового кровообращения одно из ведущих мест в комплексной терапии занимает пентоксифиллин (Трентал, “Санофи-Авентис”), который улучшает реологические свойства крови и церебральную микроциркуляцию [2]. Внутривенное введение Трентала или его прием внутрь увеличивает регионарное и общее церебральное кровообращение у пациентов с хроническими цереброваскулярными заболеваниями. Применение Трентала при лакунарных инфарктах в дозе 1200 мг/сутки внутривенно приводит к регрессу неврологических симптомов, ускоряет процессы восстановления, улучшает реологические свойства крови – в основном повышает деформируемость эритроцитов. Воз-

можна комбинация пентоксифиллина с антитромбоцитарными средствами (аспирином, дипиридамолом) с целью усиления антитромботического действия у больных, перенесших ТИА или ишемический инсульт [2].

У больных с мерцательной аритмией, внутрижелудочковым тромбом, искусственным клапаном сердца и другой патологией, опасной повторением кардиоэмболического ишемического инсульта, более эффективно использование непрямых антикоагулянтов (варфарина по 2,5–10 мг/сут), чем антитромбоцитарных средств. Дозу варфарина подбирают постепенно, ориентируясь на международное нормализованное отношение (МНО), которое достигают на уровне 2–3, что соответствует увеличению протромбинового времени в 1,3–1,5 раза (частота больших или смертельных кровотечений составляет при этом 0,3–2% в год).

Каротидная эндартерэктомия или стентирование сонных артерий обсуждаются при выявлении стеноза внутренней сонной артерии с целью предупреждения повторного инсульта [6, 16]. В настоящее время каротидная эндартерэктомия рекомендуется при выраженном (сужение 70–99% диаметра) стенозе внутренней сонной артерии у больных, перенесших ТИА или малый инсульт. При решении вопроса о хирургическом лечении следует учитывать не только степень стеноза сонной артерии, но и распространенность атеросклеротического поражения прецеребральных и церебральных артерий, выраженность патологии коронарных артерий, наличие сопутствующих соматических заболеваний. Каротидную эндартерэктомию и ангиопластику следует проводить только в специализированной клинике, в которой уровень осложнений при этой операции не превышает 3–5%.

К сожалению, эффективные методы профилактики вторичного инсульта далеко не в полной мере используются при ведении больных, перенесших ишемический инсульт. Не более 10–15% больных, перенесших инсульт, получают адекватное лечение для профилактики повторного инсульта и

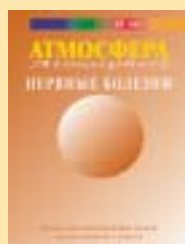
других сердечно-сосудистых заболеваний. Широкое внедрение научно обоснованных методов лечения больных, перенесших инсульт, а также методов вторичной профилактики инсульта необходимо как для повышения качества жизни больных, так и для снижения заболеваемости повторным инсультом и смертности от него.

Многие больные, перенесшие ишемический инсульт или ТИА, не проводят эффективного лечения имеющихся расстройств, не осуществляют профилактику повторного инсульта и других сердечно-сосудистых заболеваний, потому что недостаточно информированы об эффективных средствах лечения. Сравнительно часто пациенты, перенесшие ТИА или ишемический инсульт, наблюдаются только терапевтами в поликлиниках по месту жительства или вообще не обращаются за консультацией в поликлинику после выписки из больницы. Лишь относительно небольшая часть больных наблюдается в специализированных центрах по реабилитации больных после ишемического инсульта или ТИА.

Таким образом, адекватное использование всего имеющегося современного арсенала медикаментозных и немедикаментозных методов лечения и реабилитации больных, перенесших инсульт, способно, с одной стороны, улучшить исходы ОНМК и качество жизни больных, а с другой стороны – привести к существенному снижению заболеваемости повторным ишемическим инсультом и смертности от него.

Список литературы

1. Дамулин И.В. и др. Нарушения кровообращения в головном и спинном мозге // Болезни нервной системы: Руководство для врачей / Под ред. Яхно Н.Н. М., 2005. Т. 1. С. 232–303.
2. Суслина З.А., Танашян М.М. Антиагрегантная терапия при ишемических цереброваскулярных заболеваниях: Пособие для практикующих врачей. М., 2003. 40 с.
3. Шевченко О.П. и др. Артериальная гипертония и церебральный инсульт. М., 2001. 192 с.
4. Alberts M.J. // Cerebrovasc. Dis. 2002. V. 13. Suppl. 1. P. 12.
5. Antiplatelet Trialist Collaboration // Br. Med. J. 2002. V. 324. P. 71.
6. Barnett H. et al. // N. Engl. J. Med. 1998. V. 339. P. 1415.
7. Bosch J. et al. on behalf of the HOPE Investigators // Br. Med. J. 2002. V. 324. P. 699.
8. CAPRIE Steering Committee. A randomised, blinded trial of clopidogrel versus aspirin in patients at risk of ischemic events (CAPRIE) // Lancet. 1996. V. 348. P. 1329.
9. Cerebrovascular disease, cognitive impairment and dementia // Cerebrovascular Disease and Dementia / Ed. by O'Brien J. et al. L., 2004.
10. Chalmers J. et al. Clinician's Manual on Blood Pressure and Stroke Prevention. 2nd ed. L., 2000. 129 p.
11. Incandela L. et al. // Angiology. 2002. V. 53. Suppl. 1. P. S19.
12. Haas W.K. et al. // N. Engl. J. Med. 1989. V. 329. P. 501.
13. Law M.R. et al. // Br. Med. J. 2003. V. 326. P. 1423.
14. Post-stroke antihypertensive treatment study. A preliminary result. PATS Collaborating Group // Chin. Med. J. 1995. V. 108. P. 710.
15. PROGRESS Collaborative Group. Randomised trial of a perindopril-based blood-pressure-lowering regimen among 6105 individuals with previous stroke or transient ischaemic attack // Lancet. 2001. V. 358. P. 1033.
16. Rothwell P.M. et al. for the Carotid Endarterectomy Trialists' Collaboration // Stroke. 2003. V. 34. P. 2583.
17. Schrader J. et al. // Stroke. 2005. V. 36. P. 1218.



Продолжается подписка на научно-практический журнал “Атмосфера. Нервные болезни”

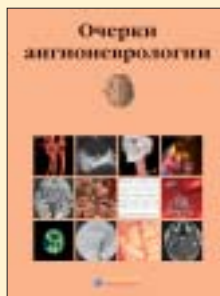
Подписку можно оформить в любом отделении связи России и СНГ.

Журнал выходит 4 раза в год. Стоимость подписки на полгода по каталогу агентства “Роспечать” – 60 руб., на один номер – 30 руб.

Подписной индекс 81610.

Книги издательства “АТМОСФЕРА”

Очерки ангионеврологии / Под ред. Суслиной З.А.



Настоящее руководство подготовлено коллективом сотрудников Института неврологии РАМН – ведущих специалистов страны в области цереброваскулярных заболеваний. Представлено современное состояние ангионеврологии как самостоятельного раздела клинической неврологии и нейронаук, дана исчерпывающая информация о фундаментальных (патофизиология, патоморфология, молекулярная генетика) и клинических аспектах нарушений мозгового кровообращения, а также обобщен собственный многолетний опыт авторов по наиболее актуальным проблемам эпидемиологии, диагностики, лечения, реабилитации и профилактики сосудистых заболеваний головного мозга. Руководство подытоживает развитие ангионеврологии в XX столетии, представляет ее сегодняшний уровень и перспективы на ближайшие годы. Особое внимание уделено новейшим медицинским технологиям (нейро- и ангиовизуализация, гемореология, ангиохирургия и реабилитация, ДНК-диагностика и др.). 368 с., ил.

Для неврологов, кардиологов, нейрохирургов, реабилитологов, специалистов в области функциональной и лучевой диагностики, а также врачей других специальностей, интересующихся проблемами сосудистой патологии мозга.