

ФАКТОРЫ РИСКА ПОВТОРНЫХ ИШЕМИЧЕСКИХ ИНСУЛЬТОВ

Нурмухамедова М. А., Парпибаева Д.И.,

Ташкентский педиатрический медицинский институт.

✓ *Резюме,*

В обзоре анализируются публикации о факторах риска повторного ишемического инсульта, данные исследование указывают на взаимосвязи различных клинических, биохимических, метаболических, сосудистых факторов, которые вовлечены в патогенезе ПИИ

Ключевые слова: ишемический инсульт, артериальная гипертензия, курение

ИШЕМИК ИНСУЛЬТНИНГ ҚАЙТАЛАНИШ ХАВФ ОМИЛЛАРИ

Нурмухамедова М.А., Парпибаева Д.И.,

Тошкент педиатрия тиббиёт институти.

✓ *Резюме,*

Мақолада такрорий ишемик инсультнинг хавф омиллари тўғрисидаги мақолалар таҳлил қилинган, ушбу тадқиқотлар қайталанган ишемик инсульт патогенезида иштирок этувчи турли клиник биохимик, метаболик, қон томир омилларининг ўзаробоғлиқлигини кўрсатади.

Калит сўзлар: ишемик инсульт, артериал гипертензия, чекиш

RISK FACTORS FOR RECURRENT ISCHEMIC STROKES

Nurmuxamedova M. A., Parpibaeva D. I.,

Tashkent Pediatric Medical Institute. 223, Bagishamal street, Tashkent, 100140. Uzbekistan.

Website: <http://tashpmi.uz>.

✓ *Resume,*

The review analyzes publications on risk factors for recurrent ischemic stroke; these studies indicate the relationship of various clinical, biochemical, metabolic, vascular factors that are involved in the pathogenesis of recurrent ischemic stroke.

Keywords: ischemic stroke, arterial hypertension, smoking

Актуальность

Распространенность цереброваскулярных заболеваний довольно значительно во всех стран. Среди этих заболеваний ишемические инсульты играют важную роль своими тяжелыми последствиями, экономическими затратами, ухудшением качества жизни, инвалидности, длительной госпитализации и летальностью.

Среди актуальных и приоритетных проблем современной неврологии инсульты прочно удерживают лидирующее положение в связи с их значительной распространенностью, высокой смертностью и степенью инвалидизации населения в экономически развитых странах, а также большими финансовыми затратами на лечение и реабилитацию [7]. Инсульт ежегодно поражает в мире около 20 млн. человек, из них умирает 4,7 млн. человек, при этом три четверти - жители экономически развитых стран. [11].

Инсульт - острое нарушение мозгового кровообращения, характеризующиеся внезапным появлением очаговых или общемозговых неврологических симптомов, которое сохраняются более 24 часов или приводят к смерти больного в более ранние сроки. По характеру поражения выделяют два основных типа инсульта- ишемический, геморрагический [13].

Ишемический инсульт возникает в результате внезапного ограничения притока крови к определенному

участку головного мозг (вследствие закупорки питающих его артерий или резкого снижение системного артериального давления) с развитием очага некроза мозговой ткани[8,13].

Почему так важно максимально определить причины повторных ишемических инсультов? Причем актуальность проблемы обусловлена также и тем, что примерно в 25-30% случаев после первого мозгового инсульта в течение года развивается повторный [5].

Повторные инсульты чаще имеют более тяжелые исходы, чем впервые возникшие, вследствие чего становится важным прогнозирование повторного инсульта с последующей активной его профилактикой в группах высокого риска [11]. Риск повторного инсульта существенно варьирует в зависимости от индивидуальных факторов риска. Чем больше у пациента факторов риска, тем выше риск развития повторного ишемического инсульта (ИИ).[3] Например, у молодого пациента, имеющего единственный фактор риска в виде АГ, риск повторного инсульта относительно низкий. А у пожилого пациента с длительным стажем курения, заболеванием периферических артерий нижних конечностей, сахарным диабетом, ИБС и выраженным стенозом внечерепной церебральной артерии он очень высокий [7].

К фактором риска относятся: увеличение возраста, половые гормоны - гормональная контрацепция,

заместительная гормональная терапия, гипертония, повышенная вариабельность артериального давления, чрезмерное употребление алкоголя, курение сигарет, мигрень, инсулинорезистентность и сахарный диабет, хроническая болезнь почек, липиды крови - высокий общий холестерин, соотношение аполипопротеина, хроническое воспаление, мерцательная аритмия, диета - с низким содержанием фруктов, овощей или цельного зерна; с высоким содержанием натрия или сахара, повышенный гематокрит, высокий индекс массы тела, недостаточная физическая активность, семейный анамнез инсульта, увеличение плазменного фибриногена, психосоциальная - стресс, депрессия, напряжение работы, долгие рабочие часы, повышенный тканевой активатор плазминогена антигена, предрасполагающие ишемические атаки, болезни сердца.

Возраст является самым сильным фактором риска для ишемического инсульта всех подтипов. Общая частота инсультов в возрасте 75-84 лет составляет примерно 25 раз выше, чем в возрасте 45-54 лет [4]. Связь между возрастом и повторным инсультом была изучена в трех исследованиях [3, 8, 9]. Возраст был независимо связан с рецидивом инсульта в течение одного года после его начала. Исследование Fu et al. предположили, что факторы риска рецидива инсульта варьируют у пациентов более молодого и пожилого возраста [12]. Действительно, исследование показало, что у пожилых пациентов был повышенный риск смертности в результате постинсультного состояния из-за рецидива инсульта, который включает все категории инсульта. Только одно исследование сообщило о гендерные особенности повторного развития ишемического инсульта; тем не менее, оно не продемонстрировало какой-либо существенной связи между полом и рецидивом инсульта.

Цереброваскулярная патология в анамнезе относится к пациентам с инсультом в анамнезе, включая ишемический инсульт (ИИ), внутримозговое кровоизлияние (ВК) или субарахноидальное кровоизлияние (САК), транзиторную ишемическую атаку (ТИА), стеноз магистральных артерий. Эти состояния были определены как независимые факторы риска повторного инсульта [4,7,13]. В другом исследовании Fu et al. подтвердили, что взаимосвязь между предшествующим цереброваскулярными заболеваниями в анамнезе и рецидивом инсульта была достоверно связана у пациентов старшего возраста по сравнению с молодыми.

Связь между подтипом инсульта и рецидивом инсульта была исследована в нескольких исследованиях. Было обнаружено, что подтипы ишемического инсульта являются значимыми независимыми предикторами рецидива инсульта. Разница, тем не менее, была статистически не значима, и не показала зависимости между различными подтипами инсультов и повторным ишемическим инсультом.

Модифицируемые факторы - это факторы, которые увеличивают риск развития ИИ, не обязательно одинаково важны для возникновения ПИИ. По мнению различных авторов, повышенный риск ПИИ связан с высоким артериальным давлением [3,8,9] и низким, повреждением сердечного клапана и сердечной недостаточностью [2,4,7] и сахарным диабетом. Сочетание церебрального атеросклероза с артериальной гипертензией было выявлено у 95% пациентов с ПИИ [78, 83]. Была обнаружена связь между курением, отсутствием физической активности, эмоциональным

стрессом и изменениями реологических свойств крови (гиперкоагуляция), которые считаются общим механизмом реализации вредного воздействия ФР, включая ПИИ [7]. ПИИ часто вызываются фибрилляцией предсердий. Низкий риск повторного инсульта связан с низким диастолическим артериальным давлением, отсутствием ИМ и диабета в анамнезе [4].

Многие исследования показали, что атеросклеротические поражения сосудистой стенки являются основой большинства ишемических нарушений мозгового кровообращения. Клинические проявления атеросклеротической ангиопатии очень разнообразны. Они охватывают многочисленные инсульты, в том числе рецидивирующие ишемические инсульты [9]. Современные представления о патогенезе развития АС основаны на том, что это хронический пролиферативно-воспалительный процесс сосудистой стенки [10,13,]. При прогрессировании этого процесса, на фоне которого происходит тромбоз, взаимодействие активированных клеток крови со стенкой сосудов становится чрезвычайно важным [11, 15].

Холестерин накапливается больше всего в интимах и первоначально образует липидные пятна, которые постепенно трансформируются в атероматозные бляшки [2, 16,]. Если бляшка уплотнена или наоборот, когда она разрыхлена или изъязвлена, образуются разрывы и трещины. В результате появляется риск возникновения церебрального инфаркта, поскольку в толще покрытия возникает небольшое кровотечение, которое впоследствии переходит в фиброз, увеличивает бляшку и, как следствие, уменьшает просвет в этой части артерии. Также, поражение эндотелия увеличивает его тромбогенность, и в месте образования бляшки постепенно образует пристеночный тромб.

На развитие и прогрессирование АС пагубное влияние оказывает артериальная гипертензия (АГ), а также сахарный диабет, неблагоприятный гормональный, стрессовый и другие факторы [10, 12, 16].

Высокое артериальное давление (АД) является наиболее важным из модифицированных ФР при инсульте. Систематические обзоры, анализирующие данный фактор, показали, что каждое повышение диастолического давления на 7,5 мм рт. ст. удваивает риск инсульта [11,15]. Некоторые рандомизированные контролируемые исследования показали, что антигипертензивное лечение снижает риск рецидива на 19% [10,11].

Большинство исследований рассматривали взаимосвязь между гипертонией и рецидивом инсульта, но результаты были разными и противоречивыми. Положительная связь между артериальной гипертензией и рецидивом инсульта была обнаружена в четырех исследованиях [7,12]. Напротив, артериальная гипертензия не была значимым фактором риска повторного инсульта у пациентов с инсультом [17]. Wang et al. продемонстрировали значительную связь между артериальной гипертензией и рецидивом инсульта только в при поражении мелких артерий, но не в других подтипах, таких как кардиоэмболический инсульт и другие уточненные и неуточненные причины.[15] Следовательно, гипертония может не способствовать развитию инсульта, а рецидивы возникают одинаково во всех подтипах ишемического инсульта.

Связь между сахарным диабетом и рецидивом инсульта была обнаружена во многих исследованиях. [6,7,12,13,15,17-19,22] Результаты показали, что сахар-

ный диабет является независимым фактором риска повторного инсульта у пациентов с инсультом. Однако Pan et al. обнаружили, что эта связь была обнаружена только в при поражении мелких артерий, а не в других подтипах инсульта [6]. Кроме того, данные показали, что это не является сильным фактором риска для молодых мужчин [17]. Тем не менее, результаты были противоречивыми, поскольку Chen et al. обнаружили, что сахарный диабет не был значимым фактором риска рецидива инсульта.

При сравнительном анализе системы гемостаза у пациентов пожилого возраста, перенесших первичный и повторный инсульт, были выявлены статистически значимые различия. По данным литературы, для острого периода ишемического инсульта характерен гемостатический дисбаланс с повышением активности системы гемостаза. У пациентов, перенесших повторный ишемический инсульт, был достоверно выше уровень фибриногена, ниже уровень антитромбина, что свидетельствует о более выраженном дисбалансе в системе гемостаза [10].

Исследование Canada Cooperative Study, BAATAF, EAFT, WARS доказывают, что приём варфарина, снижает риск возникновения ПИ (повторный инсульт) на 17%, аспирин на 16%. Пациентам, перенесшим ИИ и имеющим в анамнезе артериальную гипертензию (АГ) по результатам исследования HOPE, PROGRESS, MOSES необходимо назначить гипотензивную терапию с целью снижения риска повторных церебральных осложнений. Прием гипотензивных средств приводит к уменьшению риска возникновения ПИИ в пределах 24-43% [8].

Важность гормонов яичников как фактора риска развития повторного инсульта. Это очевидно при сравнении случаев женских инсультов до и после менопаузы. Женщины в период пременопаузы имеют гораздо меньшую заболеваемость инсульта по сравнению с молодыми мужчинами, однако в менопаузе переходный период (возраст 45-54), частота инсульта в два раза выше, чем у мужчин. Канадский регистр инсульта исследование показало, что 10% женщин, перенесших инсульт долгосрочный уход по сравнению с 5% мужчин (Karpal et al., 2005), несмотря на тот факт, что размер инсульта, как правило, не отличается у мужчин и женщин (Сильва и др., 2010). Более того, рецидив 5-летнего инсульта непропорционально выше у женщин (20%) по сравнению с мужчинами (10%) в возрасте 45-64 лет диапазон (Roger et al., 2011).

Регулярные физические нагрузки снижают риск развития повторного ИИ, что связано с их благоприятным влиянием на массу тела, уровень АД, содержание холестерина в сыворотке крови и толерантность к глюкозе. Пациентам, перенесшим инсульт, рекомендуется воздержаться от значительных физических нагрузок, особенно в течение 1-го месяца заболевания, однако постепенное увеличение умеренных нагрузок, регулярные пешие прогулки на свежем воздухе не противопоказаны и могут служить профилактикой повторного ИИ. Регулярные физические упражнения, направленные на тренировку сердечно-сосудистой системы и(или) силу мышц, не связаны с риском осложнений и улучшают функциональное состояние пациента.

Рациональное питание имеет большое значение для предупреждения повторного ИИ. Больной, перенесший инсульт или ТИА (транзиторно ишемическую

атаку), должен употреблять достаточное количество фруктов и овощей, растительного масла, ограничить в рационе продукты, богатые холестерином. При сахарном диабете необходимы строгий контроль уровня глюкозы в крови, диета, использование препаратов сульфонилмочевины или инсулина. При гипергомоцистеинемии целесообразно применение витаминов группы В и фолиевой кислоты для снижения содержания гомоцистеина в сыворотке [6].

Курение увеличивает риск развития ИИ примерно в 2 раза, при этом вредно не только активное, но и пассивное курение. Риск инсульта увеличился в зависимости от количества выкуриваемых сигарет. Относительный риск инсульта у злостных курильщиков (>40 сигарет в день) в 2 раза выше, чем у умеренно курящих (<10 сигарет в день), у женщин эта зависимость наиболее выражена [1].

Профилактика ПИИ должна быть нацелена на коррекцию основных факторов риска церебральной ишемии. Следует проводить адекватную антигипертензивную терапию, побудить пациента прекратить курение, проводить коррекцию обменных нарушений (гипергликемии, гиперлипидемии), бороться с избыточной массой тела и гиподинамией [12].

Так, по данным разных авторов, через 6 месяцев после инсульта 18% пациентов испытывают речевые нарушения, 22% не способны самостоятельно ходить, 53% больных нуждаются в посторонней помощи в быту. Риск развития повторного инсульта может меняться в зависимости от отдельных факторов риска. Чем больше количество факторов риска у пациента, тем выше риск развития повторного ишемического инсульта [3].

В отличие от инфаркта миокарда, который почти всегда возникает из-за атеросклеротических поражений крупных сосудов, поражающих коронарные артерии, выявление факторов риска развития инсульта осложняется тем фактом, что инсульты бывают разных видов. В настоящее время выбор методов профилактики ПИИ основан только на точных знаниях патогенеза. Трудность в предотвращении рецидива ИИ в зависимости от его возникновения связана с тем, что у пациентов часто есть несколько факторов риска одновременно, каждый из которых может привести к развитию инсульта.

Целью вторичной профилактики является снижение риска рецидивирующего ишемического инсульта и других сосудистых событий. Риск рецидива инсульта самый большой в первые часы и дни, а затем снижается до соответствующего стабильного уровня и зависит от индивидуальных особенностей пациента, течения заболевания, патогенетических механизмов инсульта и сопутствующих заболеваний. Вторичная профилактика зависит от правильного диагноза и комплексного изучения причин инсульта. Основные направления вторичной профилактики: контроль факторов риска, терапия антиагрегантами и хирургическое лечение выраженного симптоматического стеноза сонной артерии.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ:

1. Гавриленко А.В., Кукин А.А., - Профилактика повторных ишемических инсультов - Ангиология и сосудистая хирургия, Москва, 2008 №3 143-147 стр.
2. Гафуров Б.Г., Рахманова Ш.П. - Сравнительная характеристика клинико-патогенетических особенностей первого и повтор-

- ного мозговых инсультов- Неврология- Ташкент 4(48)/2010, - 3-4 стр.
3. Гусев Е.И., Скворцова В.И. Ишемия головного мозга. - М.: Медицина, 2001.- 327с.
4. Дамулин И.В., Захаров В.В. Дисциркуляторная энцефалопатия. Метод. рекомендации / Под. ред. Н.Н.Яхно.- М.: ММА, 2000.
5. Кадыков А.С., Шахпаронова Н.В., Шведков В.В. Больной, перенесший ишемический инсульт, на амбулаторном лечении 2002 справочник практического врача.
6. Карпов ЮА, Сорокин ЕВ "Профилактика инсульта - новая область применения статинов". РМЖ, 2002; Ю (1):12-15
7. Макаров А. О, Иванова Н.Е., Ефимова М.Ю, Иванов А.Ю- Сравнительная оценка состояния системы гемостаза у пациентов пожилого возраста в остром периоде первичного и повторного инсульта. - Вестник восстановительной медицины - М. 2018-Номер 3 108-114стр
8. Покровский В.И. Мозг, теоретические и клинические аспекты - Москва, Медицина, 2003.
9. Ходжаева.Д.Т, Хайдарова Н.К, Хайдаров Н.К- Вторичная профилактика повторных инсультов- Неврология_Ташкент 2012№2 67-68 стр
10. Штульман Д.Р., О.С.Левин "Неврология" 2005 - 385стр
11. Bhat V.M., Cole J.W., Sorkin J.D. et al.Dose-response relationship between cigarettesmoking and riskof ischemic stroke in young women. Stroke 2008;39: 2439-43p.
12. Sex hormones and stroke: Beyond estrogens Farida Sohrabji?, Andre Okoreeh, Aditya Panta., -Women's Health in Neuroscience Program, Neuroscience and Experimental Therapeutics, Texas A&M College of Medicine, Bryan, TX 77807, United States of America Hormones and Behavior 111 (2019) 87-95 p.
13. European Stroke Organisation (ESO) Executive Committee; ESO Writing Committee. Guidelines for management of ischemic stroke and transient ischemic attack. Cerebrovasc Dis 2008;25: 457-507.
14. Gary K. K. Lau Sarah T. Pendlebury Peter M. RothwellM - "Transient Ischemic Attack and stroke"- 2018, 17-23p.
15. Sacco R.L., Adams R., Albers G. et al.Guidelines for Prevention of Stroke in Patients With Ischemic Stroke or Transient Ischemic Attack: A Statement for Healthcare Professionals From the American Heart Association/American Stroke Association
16. Council on Stroke: Co-Sponsored by the Council on Cardiovascular Radiology and Intervention: The American Academy of Neurology affirms the value of this guideline. Stroke 2006;37: 577-617.
17. Saposnik G., Ray J.G., Sheridan P. et al. Homocysteine-Lowering Therapy and Stroke Risk, Severity, and Disability. Stroke2009;40: 1365-72.)

Поступила 09.03. 2020