

# Профилактика инсульта у пациентов с коморбидной патологией

Калашник Д.Н.

кандидат медицинских наук

---

# КОМОРБИДНОСТЬ

(лат. со-вместе, morbus-болезнь)-  
сосуществование двух и более  
заболеваний у одного пациента,  
патогенетически взаимосвязанных между  
собой или совпадающих по времени

---

# Артериальная гипертония повышает риск

- инсульта в 7 раз, а при сочетании с ИБС более чем в 10 раз.
- Таким образом, профилактика и лечение этих сочетанных заболеваний- это и профилактика осложнений, наиболее грозным из которых является ИНСУЛЬТ.

# Статистика

- **По смертности от ИБС и инсульта Украина занимает одно из первых мест в Европе.**
- **В Украине среди мужчин и женщин в возрасте 45-74 лет 87,5% случаев смерти от сердечно-сосудистых заболеваний приходится на ИБС и инсульт.**

# Статистика

- Доля смертности от сердечно-сосудистых заболеваний в общей смертности населения составляет **53,5%**.
- **35,2% смертности обусловлено цереброваскулярными заболеваниями.**
- **Сосудистые заболевания мозга выявляются у 20% лиц трудоспособного возраста, из которых 65% страдают АГ, а среди больных с нарушениями мозгового кровообращения более 60% имеют мягкую АГ.**
- Инсульты в Украине возникают в **4** раза чаще, чем в США и странах Западной Европы, хотя среднее артериальное давление (АД) в этих популяциях различается незначительно.
- Так, у мужчин в возрасте 40 лет АГ сокращает среднюю продолжительность жизни на **6,1** года, причем в большей мере, чем такие факторы риска, как курение, избыточная масса тела и гиперхолестеринемия.

---

*Наиболее частой причиной развития ОНМК при АГ является гипертонический криз*

**ГИПЕРТОНИЧЕСКИЙ КРИЗ (ГК)** - это состояние выраженного повышения АД, сопровождающееся появлением или усугублением клинических симптомов и требующее быстрого контролируемого снижения АД для предупреждения или ограничения повреждения органов-мишеней.

---

---

# Гипертонический криз при ОНМК

Тактика ведения пациентов с ГК и острым нарушением мозгового кровообращения имеет принципиальные особенности, в основном характеризующиеся отсутствием достаточной доказательной базы для определения оптимальных скорости снижения и целевых значений АД.

---

# Гипертонический криз при ОНМК

Инфаркт мозга в 60-80% случаев сопровождается подъемом АД, который, по-видимому, является компенсаторным и направлен на улучшение кровоснабжения в ишемизированном участке за счет повышения перфузионного давления в близлежащих артериальных системах.



# Гипертонический криз при ОНМК

- Рекомендовано осторожное снижение АД только в случаях чрезмерно выраженного его повышения.

# *ГК ПРИ ОНМК*

Внутричерепное и субарахноидальное кровоизлияния несколько чаще, чем ишемический инсульт, развиваются на фоне изначально повышенного АД. При геморрагическом инсульте, в отличие от ишемического, спонтанного снижения АД в ближайшие дни чаще всего не происходит. Существует опасность как повышенного АД (продолжение кровотечения), так и его снижения (ухудшение коллатерального мозгового кровотока).

# Профилактика инсульта

- Первичная:

Отказ от курения, рациональное питание, увеличение физической активности, нормализация давления, снижение массы тела, окружности талии

- Вторичная :

Прием антиагрегантной терапии, статинов, нейрометаболическая терапия. Лечение заболеваний сердца, сосудов, сахарного диабета и других сопутствующих заболеваний, которые могут усугублять течение инсульта.

# Первичная профилактика инсульта

## ■ Ожирение

увеличивает риск развития АГ от 2 до 6 раз, а малоподвижный образ жизни — от 20 до 50 %.

## ■ Прекращение курения

Курение способствует развитию сердечно-сосудистых заболеваний в любой возрастной группе (например, у мужчин моложе 65 лет риск возрастает в два раза)

Отказ от курения является одним из наиболее значимых изменений образа жизни в плане предотвращения заболеваний как сердечно-сосудистой системы, так и других органов.

# Первичная профилактика инсульта

- **Снижение избыточной массы тела**
- Потеря 1 кг веса приводит к снижению АД на 1 мм рт ст. Наибольший эффект дает сочетание снижения массы тела с физическими упражнениями и разумно подобранной лекарственной терапией.
- **Сидячий образ жизни** - самостоятельный ФР заболевания ССС, увеличивает вероятность их возникновения в 2 раза, он сопоставим с выкуриванием 20 сигарет в день.
- Различают 2 вида физических упражнений: динамические (изотонические), вовлекающие мышцы всего тела, (ходьба, бег) и статические (изометрические) - поднятие тяжестей.
- Гипертоникам более полезны динамические упражнения. Прогулки пешком или на велосипеде в течение 30 минут 3 или более раз в неделю оказывают больший антигипертензивный эффект, чем самые энергичные упражнения.

# Увеличение двигательной активности

- Регулярные прогулки в течение 4-5 недель способны снизить АД на 5-10 мм рт.ст. и могут рассматриваться в качестве адъювантной терапии на фоне приема гипотензивных препаратов
- Рекомендуется умеренная аэробная физическая нагрузка, например, быстрая ходьба пешком, плавание в течение 30-45 мин 3-4 раза в неделю. Более интенсивная физическая нагрузка (бег) обладает менее выраженным антигипертензивным эффектом. Изометрические нагрузки, связанные с натуживанием и задержкой дыхания, такие как подъем тяжестей, могут вызвать повышение АД.

# Уменьшение потребления поваренной соли

- Потребление соли следует ограничить до 5 г/сут : отказаться от соленых продуктов. Вся пища должна быть малосоленой.
- Употребление соли взаимосвязано с распространенностью АГ. Наиболее чувствительны к снижению употребления соли пациенты с превышением ИМТ и пожилые. Снижение употребления соли с 10 до 4,5 г/сут приводит к снижению систолического АД на 4-6 мм рт. ст.
- У пожилых снижение употребления соли до 2 г/сут не сопровождается нежелательными явлениями и приводит к существенному уменьшению потребности в антигипертензивных препаратах. Это повышает эффективность антигипертензивной терапии, в частности диуретиками и ингибиторами АПФ.

# Стресс

Хотя влияние внешних факторов на уровень АД давно уже доказано, однако эффективность так называемой «поведенческой» (релаксирующей) терапии в настоящее время еще обсуждается. Некоторые исследования показали, что уменьшение стрессового воздействия может приводить к снижению САД на 6-26 мм рт.ст., ДАД - на 5-15 мм рт.ст.



---

# ***ВТОРИЧНАЯ ПРОФИЛАКТИКА ИШЕМИЧЕСКОГО ИНСУЛЬТА (MOSES – доказат. А)***

1. Аспирин;
  2. Непрямые антикоагулянты при ФП;
  3. Статины у больных ИБС;
  4. Антигипертензивная терапия (ИАПФ + диуретики) независимо от уровня АД.
-

---

## ***ГК ПРИ ОНМК***

Могут быть назначены ***каптоприл***, ***клонидин***, показавшие свою эффективность в плане увеличения мозгового кровотока в зоне инфаркта.

---

# *ГК ПРИ ОНМК*

Имеются положительные данные об эффективности дигидропиридинового БКК **нимодипина** при назначении его больным с субарахноидальным кровоизлиянием.

Однако применение этого препарата требует осторожности из-за возможного резкого снижения АД. Как и при ишемическом инсульте, принято снижать только очень высокое АД – **САД > 180** мм.рт.ст, АД<sub>ср</sub> > 130 мм.рт.ст. и **ДАД > 150** мм.рт.ст.

# Особенности лечения АГ у больных с ИБС

Контроль АД у больных ИБС имеет важное значение, поскольку риск развития коронарных событий в значительной мере зависит от величины АД.

В-АБ, ИАПФ или БРА у больных с перенесенным ИМ снижают риск развития повторного ИМ и смерти. Благоприятный эффект может быть связан как со специфическими свойствами этих препаратов, так и вследствие контроля за АД.

У больных с хронической ИБС антигипертензивное лечение с помощью разных классов препаратов оказывает благоприятное влияние на течение заболевания.

***Использование комбинаций ИАПФ с АК, включая фиксированные, способствуют оптимальной кардио-васкулопротекции и оказывает антиангинальное (антиишемическое) действие.***

# Принципы лекарственной терапии

- **АГ требует постоянного лечения индивидуально подобранными препаратами или их комбинацией. Курсовое, прерывистое лечение недопустимо.**
- **Прежде чем менять терапию, необходимо оценить возможные причины ее недостаточной эффективности. Возможно, стоит оттитровать дозу препарата?!**
- **Использовать эффективные комбинации антигипертензивных препаратов с целью максимального снижения АД и хорошей переносимости.**

# Принципы лекарственной терапии

- При возможности применять препараты длительного действия, обеспечивающих эффективное снижение АД в течение 24 часов при однократном ежедневном приеме. Это снижает вариабельность АД в течение суток за счет более мягкого и продолжительного эффекта, а также упрощает соблюдение больным режима приема препаратов.
- Комбинировать антигипертензивные препараты с препаратами, корригирующими другие факторы риска, прежде всего с дезагрегантами, гиполипидемическими и гипогликемическими препаратами.
- Интервал между ступенями лечения должен составлять не менее 4 недель при отсутствии необходимости в более быстром снижении АД или непереносимых нежелательных явлений.

# Как повысить приверженность к лечению?

- Информировать пациентов о риске АГ и пользе эффективного лечения
- Давать ясные (письменные) инструкции по лечению
- Приводить режим лечения в соответствие с образом жизни и потребностями больного
- Упрощать лечение, уменьшая количество ежедневно принимаемых препаратов
- Объяснять больному и членам его семьи план лечения
- Систематически напоминать о самоизмерении АД и правильном поведении
- Обращать внимание на побочные эффекты и быть готовым изменять дозы или заменять препараты
- Беседовать с пациентом уважительно и быть в курсе его проблем

