

АНТИГИПЕРТЕНЗИВНАЯ ТЕРАПИЯ В ОСТРОМ ПЕРИОДЕ ИШЕМИЧЕСКОГО ИНСУЛЬТА

Гераскина Л.А., Фонякин А.В.

ФГБУ «Научный центр неврологии» РАМН, Москва

Инсульт – важная медико-социальная проблема, с которой связаны значительные человеческие и финансовые потери общества. Хотя заболеваемость инсультом в России сохраняется на высоком уровне, за последние годы отмечается улучшение ситуации, прежде всего, - увеличение госпитализации больных и уменьшение летальности. Однако, по-прежнему, инсульт остается лидирующей причиной инвалидизации и смертности, что наряду с повышением эффективности мероприятий, направленных на предупреждение инсульта, настоятельно требует совершенствования системы помощи этой категории пациентов.

Современная стратегия лечения больных в остром периоде ишемического инсульта складывается из специального лечения в зависимости от характера инсульта и общих мероприятий, определяемых как базисная терапия. Следует подчеркнуть, что реальная частота использования такого эффективного лечебного метода, направленного на восстановление гемодинамики в зоне ишемии, как медикаментозный тромболизис (системный либо селективный), в среднем, не превышает 5-7%, а в России составляет лишь 2,15%. При этом совокупные данные многочисленных исследований доказывают, что существенная роль в улучшении исхода заболевания принадлежит современной системе оказания помощи больным инсультом, центральное место в которой занимает ранняя госпитализация в специализированное отделение, где осуществляется базисная терапия, направленная на коррекцию артериального давления (АД), устранение соматических и кардиологических нарушений, нормализацию температуры тела, уровня глюкозы крови, оксигенации крови, поддержание водно-электролитного баланса; а также - профилактика и лечение осложнений.

Первостепенное место в ведении больных с острым инсультом занимает лечение повышенного АД, которое регистрируется у большинства пациентов. Так, в крупных проспективных исследованиях (CAST, IST) повышенные значения АД (>140/90 мм рт.ст.) были зафиксированы почти у 80% больных инсультом, причем почти у каждого четвертого систолическое АД превышало 180 мм рт.ст. По нашим наблюдениям, артериальная

А

гипертония (АГ) имеется у 90% больных с геморрагическим и у 80% - с ишемическим инсультом.

В настоящее время существуют определенные разночтения в отношении тактики гипотензивного вмешательства у больных с острым инсультом, что связано с представлением о нарушениях в системе регуляции мозгового кровотока. Очевидно, что повышение АД, обусловленное внутричерепной гипертензией, имеет компенсаторный характер и направлено на поддержание адекватного перфузионного давления. Как известно, стабильность церебрального кровоснабжения является залогом нормального функционирования мозга и обеспечивается сложной системой ауторегуляции, которая поддерживает постоянство мозгового кровотока на необходимом уровне в условиях изменяющегося системного АД. В норме эффективная ауторегуляция возможна в диапазоне среднего АД 50-150 мм рт.ст. При хронической АГ происходит адаптация системы в виде сдвига диапазона в сторону более высоких значений АД. При инсульте возможности ауторегуляции практически утрачиваются. В зоне тяжелой ишемии мозга регистрируется остаточный неэффективный кровоток (5-9 мл/100г/мин), который не зависит от уровня системного и перфузионного давления. В области менее тяжелой ишемии (пенумбра) ситуация иная: мозговой кровоток еще обеспечивает поддержание жизнедеятельности клеток головного мозга, но показатели кровоснабжения напрямую взаимосвязаны с системным и перфузионным давлением. При этом относительно небольшое дополнительное снижение АД может нарушить шаткое равновесие и привести к расширению зоны некроза. Поэтому оптимизация АД является важнейшей стратегией лечения острого инсульта.

Гипотензивное лечение теоретически способно уменьшить вероятность отека мозга, а также геморрагической трансформации инфаркта мозга. Однако, с другой стороны, снижение АД может сопровождаться ухудшением перфузии мозга в перинфарктной зоне и нарастанием ишемического повреждения. Риск церебральной гипоперфузии вследствие выраженного снижения АД весьма реален, так как АГ острого периода нарушения мозгового кровообращения характеризуется лабильностью и определенным хронобиологическим ритмом. Так, у большинства больных выявляются нарушения суточного ритма АД: почти у половины имеется недостаточное снижение АД в ночные часы, у 20% - его дополнительное повышение. Значительное повышение АД в большинстве наблюдений имеет преходящий характер и к 3-7 суткам инсульта его спонтанное снижение отмечается у 2/3 больных. Такая тенденция наблюдается независимо от проведения антигипертензивной терапии.

В целом, лабильность АД в остром периоде инсульта в сочетании с острым срывом ауторегуляции мозгового кровотока обуславливают существование в настоящее время двойственного отношения к активному снижению АД у этой категории больных, при этом

выжидательная тактика является доминирующей. Более того, лечение повышенного АД остается предметом многочисленных дискуссий. В современных рекомендациях по лечению больных с острым инсультом, в основном, излагаются мероприятия по неотложной коррекции чрезмерно повышенного АД (свыше 200-220/120-140 мм рт.ст.). При этом не акцентируется внимание на сроках от начала заболевания, наличии АГ в анамнезе, особенностях и эффективности предшествующего антигипертензивного лечения. Однако в условиях высокой распространенности АГ и активизации ее лечения эти вопросы представляются насущными и требуют решения.

Антигипертензивное лечение в остром периоде ишемического инсульта: обзор клинических исследований

Оптимизация АД в остром периоде ишемического инсульта – ведущая стратегия защиты мозга, что обусловлено тесной взаимосвязью системного АД и перфузионного давления, определяющего кровоснабжение мозга, в первую очередь, в зоне обратимых изменений. Поддержание АД на стабильном оптимальном уровне обеспечивает адекватную перфузию мозга, препятствует расширению зоны редуцированного кровотока и предваряет восстановление функционирования нейронов в области «ишемической полутени». Кроме того, улучшение метаболизма ткани мозга в этих условиях способствует уменьшению отека, предупреждает увеличение зоны инфаркта и потенциально может способствовать лучшему регрессу неврологического дефицита.

Метаанализ совокупности наблюдений за больными в острой стадии ишемического инсульта и далее в раннем восстановительном периоде (до 6 месяцев) позволил сопоставить частоту ранних и отсроченных осложнений с уровнем систолического и диастолического АД. При этом была обнаружена U-образная связь между исходом инсульта и уровнем АД в острейшем периоде. Так, наименьшая частота ранних и отсроченных неблагоприятных исходов (смерть, инвалидность) наблюдалась у больных, имевших в остром периоде инсульта систолическое АД 160-180 мм рт.ст. Повышение или снижение АД на каждые 10 мм рт.ст. от уровня систолического АД 150 мм рт. ст. было сопряжено с увеличением частоты неврологических и фатальных осложнений, однако подтверждения гипотезы о связи частоты геморрагических осложнений ишемического инсульта с величиной АД не получено. Фатальные кардиальные осложнения ассоциировались с низким систолическим АД (менее 120 мм рт. ст.).

В другом исследовании было установлено, что ранние неврологические осложнения у больных с инсультом регистрируются с наименьшей частотой при систолическом АД 160-180 мм рт. ст. и диастолическом АД 101-110 мм рт. ст.. Неврологический дефицит через 3