

АКТУАЛЬНЫЕ НАПРАВЛЕНИЯ ПЕРВИЧНОЙ ПРОФИЛАКТИКИ ИШЕМИЧЕСКОГО ИНСУЛЬТА

Фонякин А.В., Гераскина Л.А.

ФГБУ «Научный центр неврологии» РАМН, Москва

Сосудистые заболевания головного мозга являются актуальной медицинской и социальной проблемой во всем мире. Инсульт ежегодно поражает от 5,6 до 6,6 млн. человек и уносит 4,6 млн. жизней; смертность от инсульта уступает лишь смертности от заболеваний сердца и опухолей всех локализаций и достигает в экономически развитых странах 11-12% [1]. Примерно каждые 1,5 мин среди российской популяции у кого-то впервые развивается инсульт, укорачивающий продолжительность ожидаемой жизни мужчин на 1,62-3,41 года, женщин – на 1,07-3,02 года [2]. Цереброваскулярные заболевания наносят огромный ущерб экономике, учитывая расходы на лечение, медицинскую реабилитацию, потери в сфере производства. Инсульт является лидирующей причиной функциональной неполноценности: от 15 до 30% лиц остаются стойкими инвалидами. Изменить существующую ситуацию можно только путем создания адекватной системы лечебно-профилактической помощи населению. Имеются сведения о снижении частоты инсульта на 40% за 20-ти летний период наблюдения благодаря превентивной терапии и снижению популяционного воздействия факторов риска. Более того, практическое внедрение принципов здоровой жизни может привести к 80% снижению риска первого инсульта по сравнению с лицами, не модифицирующими свой образ жизни [3]. Поэтому идентификация лиц с повышенным риском инсульта, разработка индивидуальных профилактических программ является основой предупреждения развития острых нарушений мозгового кровообращения.

Современная стратегия первичной профилактики ишемического инсульта и сердечно-сосудистых заболеваний включает [4,5]:

1. модификацию поведенческих факторов риска и лечение сахарного диабета,
2. антигипертензивную терапию,
3. антитромботическую терапию,
4. гиполипидемическую терапию,
5. реконструктивные операции на крупных артериях.

Модификация образа жизни

Диета и питание. В настоящее время имеются весомые доказательства влияния некоторых особенностей диеты на повышение артериальное давление (АД) - основной модифицируемый фактор риска инсульта. В частности, с артериальной гипертензией (АГ) ассоциируется избыточное потребление соли, недостаточный прием калийсодержащих продуктов, избыточный вес, высокий уровень потребления алкоголя и субоптимальная структура питания [6]. В проспективных исследованиях установлено, что риск инсульта напрямую зависит от ежедневного количества употребляемых овощей и фруктов: увеличение приема на 1 порцию приводило к уменьшению риска инсульта дополнительно на 6%. С повышенным риском инсульта также связывают увеличение потребления натрия, тогда как высокий уровень потребления калия сопряжен с уменьшением риска инсульта [7].

Физическая активность. Недостаточная физическая активность связана с многочисленными неблагоприятными воздействиями на здоровье, включая повышенный риск общей и сердечно-сосудистой смертности, а также сердечно-сосудистой заболеваемости и инсульта. По данным мировых исследований, среди физически активных мужчин и женщин, в среднем, на 25%-30% ниже риск инсульта или сосудистой смерти по сравнению с наименее активными людьми [8]. В целом, протективный эффект физических нагрузок может быть обусловлен снижением АД и благоприятным воздействием на другие факторы риска развития сердечно-сосудистых заболеваний, включая диабет и избыточную массу тела. Дополнительные механизмы влияния физической активности на снижение риска инсульта связывают с уменьшением уровня фибриногена плазмы крови и агрегабельности тромбоцитов, активацией и повышением концентрации в плазме крови тканевого активатора плазминогена и холестерина (ХС) липопротеинов высокой плотности [9,10].

Ожирение. Традиционная систематика веса человека определяется индексом массы тела (ИМТ), который рассчитывается по формуле: $\text{ИМТ} = \text{вес (кг)} / \text{рост (м}^2\text{)}$. ИМТ от 25 до 29,9 кг/м² классифицируют как избыточный вес. ИМТ 30 кг/м² и выше свидетельствует об ожирении. Для выявления типа ожирения и его выраженности измеряют окружность талии либо определяют отношение окружности талии к окружности бедер. В ряде исследований, оценивающих влияние ИМТ и других показателей адипоцитарного статуса, было показано, что наиболее сильным предиктором повышенного риска инсульта является абдоминальное ожирение [11].

Связь между весом и частотой инсульта изучалась в большом количестве проспективных исследований. В частности, установлена нелинейная связь между ИМТ и смертностью. В диапазоне ИМТ от 25 до 50 кг/м² повышение ИМТ на каждые 5 кг/м² ассоциировалось с 40% увеличением риска смертности от инсульта, а в нормальном или низком диапазоне ИМТ (15 до 25 кг/м²) не выявлено какой-либо связи между ИМТ и

смертностью от инсульта даже с учетом других факторов риска, включая курение. Установлено, что снижение веса на 5,1 кг сопровождается редукцией систолического и диастолического АД, соответственно, на 4,4 мм рт. ст. и 3,6 мм рт. ст., что в свою очередь может способствовать уменьшению риска инсульта [12].

Метаболический синдром (МС) характеризуется увеличением массы висцерального жира, снижением чувствительности периферических тканей к инсулину и гиперинсулинемией, которые вызывают нарушения углеводного, липидного, пуринового обменов и повышение АД. МС ассоциируется с повышением риска первого инсульта. Распространенность МС была выше у лиц, перенесших инсульт (43,5%), чем у лиц с отсутствием в анамнезе сердечно-сосудистых заболеваний (22,8%; $p \leq 0,001$) [13]. Однако существует ли связь между риском инсульта и МС как таковым, не зависимым от суммы рисков, связанных с отдельными компонентами МС, на сегодняшний день остается спорным [4].

Потребление алкоголя. Чрезмерное потребление алкоголя может привести к многочисленным осложнениям, включая инсульт. В большинстве исследований показана J-зависимость между потреблением алкоголя и риском всех инсультов [14,15]. В отношении ишемического инсульта отмечается протективный эффект среди лиц с незначительным (<12 г в день) или умеренным (12-24 г в день) потреблением алкоголя и повышенный риск при злоупотреблении алкоголем. Риск геморрагического инсульта находится в прямой линейной зависимости от количества потребляемого алкоголя [16]. Употребление красного вина, по сравнению с другими алкогольными напитками, ассоциируется с наименьшим риском инсульта.

Курение. Курение – ведущий модифицируемый фактор сердечно-сосудистого риска, ассоциируется с 2-х кратным возрастанием риска ишемического инсульта [17]. Курение может потенцировать негативный эффект других факторов риска инсульта, включая повышенное АД и прием оральных контрацептивов. Быстрый неблагоприятный эффект курения заключается в развитии атеротромботических осложнений, тогда как долгосрочный эффект определяется прогрессированием атеросклероза. Выкуривание даже 1 сигареты увеличивает частоту сердечных сокращений, АД, минутный объем сердца и уменьшает артериальную податливость [18,19]. Отказ от курения ассоциируется с быстрой редукцией риска инсульта на 50%, а также других сердечно-сосудистых осложнений, однако не достигает значений рисков среди никогда не куривших людей [20].

Сахарный диабет. Пациенты с сахарным диабетом характеризуются как прогрессирующим течением атеросклероза, так и преобладанием проатерогенных факторов риска, прежде всего, таких, как АГ и нарушения липидного обмена. В проспективных