

Факторы риска и профилактика ишемического инсульта

Санкт-Петербургский государственный педиатрический медицинский университет, Санкт-Петербург

Резюме. Обследован 51 пациент: 28 (54,9%) женщин и 23 (45,1%) мужчины с диагнозом ишемический инсульт. Факторы риска ишемического инсульта оценивались по результатам анализа клиничко-анамнестических, лабораторных и психометрических данных, соматического и неврологического статусов. Установлено, что 100% пациентов имели артериальную гипертензию, у 12 (23,53%) больных ранее диагностирована перенесенная транзиторная ишемическая атака, у 6 (11,76%) диагностирован компенсированный сахарный диабет 2 типа, у 5 (9,8%) пациентов выявлено ожирение 1–3 степени. В целом, выделено 3 группы пациентов. Первая группа: больные с нарушением липидного обмена и артериальной гипертензией – 35 (68,6%). У них степень артериальной гипертензии не зависит от локализации сосудистого бассейна и патогенетического характера ишемического инсульта. Вторая группа: больные с первичной артериальной гипертензией 1–3 степени – 11 (21,6%). Третья группа: пациенты с метаболическим синдромом – 5 (9,8%). Установлено, что факторами риска ишемического инсульта являются артериальная гипертензия, нарушение липидного обмена, перенесенная транзиторная ишемическая атака, сахарный диабет, ожирение. Проводимые профилактика и коррекция факторов риска приводят к снижению заболеваемости и смертности от ишемического инсульта.

Ключевые слова: ишемический инсульт, фактор риска, профилактика, сахарный диабет, артериальная гипертензия, транзиторная ишемическая атака, нарушение липидного обмена, ожирение.

Введение. Инсульт – клинический синдром, представленный очаговыми неврологическими и/или общемозговыми нарушениями, развивающийся внезапно вследствие острого нарушения мозгового кровообращения, сохраняющийся не менее 24 ч или заканчивающийся смертью больного в эти или в более ранние сроки [1, 2].

В Российской Федерации более 1 млн человек перенесли ишемический инсульт, и более чем у 80% из них имеется инвалидность. Показатели летальности ишемического инсульта в острой стадии составляют 35%. Важнейшим направлением в неврологии является предупреждение и снижение факторов риска в развитии ишемического инсульта. К наиболее важным из них относят возраст, артериальную гипертензию, перенесенные транзиторные ишемические атаки, нарушение липидного обмена, сахарный диабет 2 типа, гиперкоагуляцию, курение, ожирение, низкую физическую активность.

Возраст – один из самых существенных факторов риска развития ишемического инсульта. В возрастной группе 45–54 лет ишемический инсульт диагностируется ежегодно у 1 пациента из 1000, в 65–74 года – уже у 1 из 100 человек; начиная с 55 лет, через каждое десятилетие риск инсульта удваивается [1, 3].

По данным Всемирной организации здравоохранения (ВОЗ), артериальной гипертензией страдают приблизительно 45% пациентов в возрасте 50 лет, 60% – в возрасте 60 лет, 70% – в возрасте 70 лет. В целом артериальная гипертензия увеличивает риск развития ишемического инсульта в 5 раз. Риск развития ишемического инсульта напрямую связан со степенью артериальной гипертензии. Увеличение

систолического артериального давления (САД) на 10 мм рт. ст. приводит к увеличению риска развития инсульта в 1,9 раза у мужчин и 1,7 раза у женщин. Во Фрегминском исследовании наличие подтвержденной артериальной гипертензии (определяемой как уровень артериального давления выше 160/95 мм рт. ст.) было связано со стандартным по возрасту соответствующим риском инсульта в 3,1 раза у мужчин и 2,9 раза у женщин [2, 4].

Наличие изолированной систолической артериальной гипертензии также независимо увеличивает риск развития инсульта с 2 до 4 раз. В дополнение к этому риск развития возрастает с увеличением уровня артериального давления (АД) в пределах нормального давления [5, 6]. Это является важным, потому что определение артериальной гипертензии варьирует среди различных стран, и нормальный уровень АД на одном континенте может отличаться от «определенного повышенного» уровня на другом. Увеличение АД на 7,5 мм рт. ст. удваивает риск развития ишемического инсульта у нормотензивных пациентов [1, 3, 8, 11].

Установлены различные параметры, характеризующие собственно артериальную гипертензию и ассоциирующиеся с ней риск развития инсульта, подъем как САД, так и диастолического артериального давления (ДАД), гипертрофия миокарда левого желудочка, гипертонические артериальные кризы.

Транзиторная ишемическая атака также ассоциируется с высоким риском развития ишемического инсульта. В популяционных исследованиях [7, 12] выявлено, что частота заболеваемости ишемическим инсультом составляет 17%, а после перенесенной транзиторной ишемической атаки составляет до 25%.

В исследовании Е.В. Гусевой и др. [3] было обнаружено, что у 10% пациентов в течение 90 дней после транзиторной ишемической атаки развивался ишемический инсульт в течение 2 дней от ее начала.

Нарушение липидного обмена – существенный фактор риска, приводящий к развитию ишемического инсульта. Связь повышенного уровня холестерина и ишемического инсульта опосредована через развитие стенозирующего процесса в магистральных и крупных внутримозговых артериях. В настоящее время большое значение придается оценке соотношений отдельных фракций липопротеидов низкой и высокой плотности. Сахарный диабет также является существенным фактором риска стенозирующего атеросклеротического поражения магистральных артерий. Риск развития ишемического инсульта при наличии сахарного диабета 2 типа повышается в 1,5–2 раза.

З.А. Суслина и др. [8] показали, что гиперкоагуляционные состояния могут повышать риск ишемического инсульта. Наследственные тромбофилии являются причиной ишемического инсульта преимущественно в педиатрической практике.

Существует убедительная доказательная база, свидетельствующая о том, что курение является независимым фактором риска для развития ишемического инсульта [1, 3]. Риск, связанный с курением, относится к пациентам всех возрастов, обоих полов. Относительный риск ишемического инсульта у злостных курильщиков (40 сигарет в день) в 2 раза выше, чем у умеренно курящих (10 сигарет в день), у женщин эта зависимость выражена сильнее [1]. Риск развития инсульта снижается после прекращения курения, а повышенный риск полностью нивелируется через 5 лет [3, 5].

Ожирение является одним из факторов риска развития ишемического инсульта. Риск ишемического инсульта возрастает по мере увеличения массы тела; абдоминальное ожирение в большей степени определяет риск развития инсульта, чем общее, оцениваемое индексом массы тела [3]. Влияние ожирения и повышенного веса на развитие инсульта является комплексным. Ожирение связано с такими факторами риска, как артериальная гипертензия, сахарный диабет, дислипидемия. У мужчин, по данным З.А. Суслиной и др. [8], повышенный индекс массы тела связан со значительно повышенной частотой ишемического инсульта независимо от наличия артериальной гипертензии, сахарного диабета и уровня холестерина.

Достаточная физическая активность оказывает благоприятное влияние на факторы риска развития ишемического инсульта. У мужчин и женщин со средней физической активностью риск повторных острых сосудистых нарушений снижен на 20%, а у пациентов с повышенной активностью – на 27%. Объясняется это тем, что физическая активность снижает уровень АД и массу тела [46]. Изменение образа жизни, регулярные физические нагрузки минимизируют риск развития ишемического инсульта.

Цель исследования. Выявить наиболее значимые факторы риска развития ишемического инсульта и разработать критерии профилактики нарушений мозгового кровообращения.

Материалы и методы. Обследован 51 пациент в возрасте 68 ± 6 лет, из них 28 (54,9%) женщин и 23 (45,1%) мужчины, находившиеся на лечении в неврологическом отделении Городской Мариинской больницы г. Санкт-Петербурга. Всем пациентам проведено комплексное обследование, включающее сбор и анализ клиничко-анамнестических, лабораторных, психометрических и нейровизуализационных данных.

Статистическая обработка данных проводилась методами вариационной статистики с использованием t-критерия Стьюдента и углового преобразования Фишера. Достоверными считались различия при $p < 0,05$.

Результаты и их обсуждение. Выявлено, что на момент осмотра перенесенную транзиторную ишемическую атаку имели 12 (23,53%) пациентов. Временной интервал между перенесенной транзиторной ишемической атакой и ишемическим инсультом составил $2 \pm 0,5$ года. С диагнозом компенсированный сахарный диабет 2 типа наблюдались 6 (11,76%) пациентов. Средний период течения сахарного диабета составил $3 \pm 0,6$ лет. Ожирение 1–3 степени выявлено у 5 (9,8%) пациентов. Установлено, что у 18 (35,3%) пациентов ишемический очаг локализовался в бассейне левой внутренней сонной артерии (ЛВСА), у 17 (33,3%) больных в вертебробазилярном бассейне (ВББ), у 16 (31,4%) больных в бассейне правой внутренней сонной артерии (ПВСА). Атеротромботический характер ишемического инсульта диагностирован у 40 (78,4%) пациентов, кардиоэмболический ишемический инсульт – у 8 (15,7%) больных, лакунарный – у 3 (5,9%) пациентов.

Выявлено, что все пациенты имели очаговую неврологическую симптоматику: правосторонняя пирамидная симптоматика диагностирована у 20 (39,21%) пациентов, левосторонняя – у 31 пациента (60,79%). Чувствительные расстройства представлены в виде гемипарезов у 8 (15,68%) пациентов, полиневритический тип расстройства чувствительности выявлен у 10 (19,6%) пациентов. Мозжечковая симптоматика в виде интенционного тремора при выполнении пальце-молоточковой и колено-пяточной проб диагностирована у 12 (23,53%) пациентов. Гемодинамические показатели пациентов представлены в таблице 1.

Таблица 1

Результаты гемодинамических показателей обследованных пациентов

Бассейн	САД, мм рт. ст.	ДАД, мм рт. ст.	ЧСС уд/мин
ЛВСА	140 ± 22	76 ± 9	73 ± 8
ПВСА	155 ± 24	74 ± 10	78 ± 11
ВББ	156 ± 15	80 ± 12	82 ± 8

Примечание: ЧСС – частота сердечных сокращений.

Таблица 2

Показатели липидо- и коагулограммы больных в острый период ишемического инсульта

Бассейн	Холестерин, моль/л	ЛПНП, моль/л	ЛПВП, моль/л	Фибриноген, г/л	АЧТВ, с	ПТИ, %
ВББ	8,9±1,8	3,6±1,5	1,3±0,7	3,8±1,1	35±1,8	98±1,3
ПВСА	9,1±2,2	3,8±1,5	1,5±0,6	3,97±2,1	37±1,4	100±1,6
ЛВСА	10,1±1,3	3,87±1,3	1,4±0,4	4,4±1,2	42±1,3	109±1,6

Примечание: ЛПНП – липопротеиды низкой плотности; ЛПВП – липопротеиды высокой плотности; АЧТВ – активированное частичное тромбопластиновое время; ПТИ – протромбиновый индекс.

Самые высокие уровни липидных параметров и свертываемости крови диагностированы у пациентов имеющих ишемический инсульт в бассейне ЛВСА (табл. 2).

В целом выделено 3 группы пациентов. Первая группа: больные с нарушением липидного обмена и артериальной гипертензией – 35 (68,6%). У них степень артериальной гипертензии не зависит от локализации сосудистого бассейна и патогенетического характера ишемического инсульта. Вторая группа: больные с первичной артериальной гипертензией 1–3 степени – 11 (21,6%). Третья группа: пациенты с метаболическим синдромом – 5 (9,8%). Статистически значимых различий при оценке таких факторов, как курение, неправильный образ жизни и пол достоверно не выявлено.

Заключение. Установлено, что факторами риска ишемического инсульта являются артериальная гипертензия, нарушение липидного обмена, перенесенная транзиторная ишемическая атака, сахарный диабет, ожирение. С целью предупреждения развития ишемического инсульта необходимо взять под диспансерное наблюдение пациентов, имеющих указанные факторы риска. Адекватное лечение больных с артериальной гипертензией, коррекция углеводного и липидного обменов способствуют профилактике ишемического инсульта. Выявление, диспансерное

наблюдение и проводимые профилактика и коррекция факторов риска приводят к снижению заболеваемости и смертности от ишемического инсульта.

Литература

1. Амелин, А.В. Кавинтон в патогенетической фармакотерапии цереброваскулярных заболеваний / А.В. Амелин [и др.] // Качественная клиническая практика. – 2004. № 2. – С. 5.
2. Гусев, Е.И. Ишемия головного мозга / Е.И. Гусев, В.И. Скворцов. – М.: Медицина, 2001. – 242 с.
3. Гусев, Е.В. Эпидемиология инсульта в России / Е.В. Гусев [и др.] // Журн. неврология и психиатрия. – 2003. – № 9. – С. 114–118.
4. Гусев, Е.В. Неврология национальное руководство / Е.И. Гусев, В.И. Скворцова. – Москва.: Гэотар-медиа, 2009. – 104 с.
5. Кадыков, А.С. Реабилитация после инсульта. / А.С. Кадыков. – М.: Миклош, 2003. – 176 с.
6. Мартынов, А.И. Особенности поражения белого вещества у пожилых пациентов с артериальной гипертензией / А.М. Мартынов [и др.] // Клин. мед. – 2000. – № 6. – С. 15.
7. Мументалер, М. Неврология / М. Мументалер [и др.]. – М.: Мед-пресс-информ, 2009. – 920 с.
8. Суслина, З.А. Ишемический инсульт: кровь сосудистая стенка, анти тромбическая терапия / З.А. Суслина, М.М. Тяншан, В.Г. Ионова. – М.: Медицина, 2005. – 248 с.
9. Barolin, G.S. Epileptische anfälle bei apoplektikern sherzer E / G.S. Barolin // Wein nervenh. – 1962. – Vol. 20. – P. 35–47.
10. Berges, S. Seizures and epilepsy following strokes: recurrence factors / S. Berges // Eur. neurol. – 2000. – Vol. 43, № 1. – P. 3–8.
11. Camilo, O. Seizures and epilepsy after ischemic stroke / O. Camilo // Stroke. – 2004. – Vol. 35, № 7. – P. 1769

O.N. Bykova, O. V. Guseva

Risk factors and prevention of ischemic stroke

Abstract. A total of 51 patients: 28 (54,9%) women and 23 (45,1%) men with a diagnosis of ischemic stroke were examined. To assess risk factors for ischemic stroke, all patients were examined including the collection and analysis of clinical and medical history, laboratory, psychometric data, the evaluation of somatic and neurological status. We obtained the following results: hypertension was in 100% of patients, transient ischemic attack was previously diagnosed in 12 (23,53%) patients with a diagnosis of compensated type 2 diabetes observed in 6 (11,76%) patients, the degree of obesity 1–3 was revealed in 5 (9,8%) patients. 3 groups of patients were generally allocated. The first group of patients had lipid metabolism disorders and arterial hypertension – 35 (68,6%). Their degree of arterial hypertension was not dependent on the vascular pool and pathogenetic nature of ischemic stroke. The second group of patients with primary arterial hypertension 1–3 degrees – 11 (21,6%). The third group: patients with metabolic syndrome – 5 (9,8%). It was found that the risk factors for ischemic stroke are hypertension, lipid metabolism, transient ischemic attack, diabetes, obesity. Ongoing prevention and correction of risk factors will reduce the morbidity and mortality from ischemic stroke.

Key words: ischemic stroke, risk factors, prevention, diabetes, hypertension, transient ischemic attack, lipid metabolism, obesity.

Контактный телефон: 8-911-246-36-34; e-mail viktoryka@mail.ru