

## **ИНСУЛЬТ: ВРАЧЕБНЫЙ НИГИЛИЗМ ПОРА ОСТАНОВИТЬ**

Казалось бы, медицина сделала за последние десятилетия гигантский скачок вперед. Но, как только ставится диагноз «инсульт», у родственников больных, да и, что греха таить, у многих врачей по-прежнему опускаются руки. Заболеваемость инсультом в России не снижается, и летальность от него остается на пугающе высоком уровне (в первые месяцы погибают до 50% больных). Между тем с этим грозным заболеванием можно и нужно бороться, причем с помощью не только дорогой диагностической и лечебной аппаратуры, но и достаточно простых профилактических мер. Об этом свидетельствует системный анализ летальности от инсульта, который провел наш сегодняшний собеседник – **директор НИИ неврологии РАМН академик РАМН Николай ВЕРЕЩАГИН**. Один из самых авторитетных российских ученых-медиков, он возглавил созданный в 1999 г. Научный центр по изучению инсульта Минздрава России.

**- Николай Викторович, мы видим, как помолодел инсульт, который все чаще приводит к смерти и инвалидности людей трудоспособного возраста, нанося колоссальный экономический урон. Что оказывает большее влияние на этот показатель – уровень медицинской помощи или образ жизни людей?**

- Как отмечалось в документах итоговой коллегии Минздрава России в марте 2002 г., главные проблемы нашего здравоохранения – высокие показатели смертности, заболеваемости и инвалидности населения. По данным ВОЗ, влияние здравоохранения на уровень состояния общественного здоровья, включая заболеваемость, составляет 10%, тогда как вклад медицины в снижение смертности достигает 40%, что показал в своих работах академик РАМН О.Щепин. Среди причин смерти 55% составляют болезни системы кровообращения, а в их структуре, в свою очередь, 46,9% приходится на долю ишемической болезни сердца, и 37,6% - на долю цереброваскулярных болезней. В то же время число пациентов, направленных на госпитализацию в Москве в 2000 г. с инсультом, вдвое превысило число больных с инфарктом миокарда. Это не значит, что инсульт был диагностирован у всех этих больных, иногда, вероятно, врачи просто перестраховываются, но все же эти цифры говорят о многом.

Согласно данным регистра, смертность от инсульта на 100 тыс. населения среди мужчин составляет в России 123 на 100 тыс. населения, что в 2 раза выше, чем в странах Северной Европы и 8 раз выше, чем в Северной Америке. Отвечая на ваш вопрос о влиянии образа жизни, могу привести пример Японии, которая в последние годы переместилась с печального 1-го на 16-е место по смертности от инсульта среди 52 стран, представивших отчеты в ВОЗ. Пересоленная пища всегда была традиционной для японской кухни, и, как следствие, в этой стране отмечался высокий уровень артериальной гипертонии. Как только с ней начали всерьез бороться на государственном уровне, прежде всего призывая население потреблять меньше соли и регулируя ее содержание в продуктах питания, результат не замедлил сказаться.

**- Насколько я знаю, государственная статистика по инсультам в России отсутствует. Как же в этих условиях можно говорить о контроле заболеваемости?**

- Действительно, нашей статистикой учитываются лишь цереброваскулярные заболевания (атеросклероз и другие), показатели которых в 2-2,5 раза превышают данные регистров инсульта. Ежегодно в России регистрируется более 400 тыс. цереброваскулярных заболеваний (а не инсультов, как ошибочно считают некоторые наши исследователи). Данные по острым нарушениям мозгового кровообращения мы получаем из регистров инсульта из ряда регионов страны, и эти показатели можно экстраполировать на всю популяцию. Регистр инсульта - это единственный достоверный метод определения заболеваемости, смертности, летальности, медицинских и социально-экономических последствий инсульта. Он определяет уровень организации неврологической службы, ее чувствительность к достижениям медицинской науки, способность руководства к выбору оптимальных управленческих решений.

**- И какой главный вывод можно сделать на основе анализа данных регистров?**

- Прежде всего я бы отметил неэффективную профилактику инсультов. Это подтверждается и высокими показателями смертности, летальности, и значительным удельным весом геморрагических инсультов, которые напрямую связаны с артериальной гипертонией (их соотношение к ишемическим кое-где доходит до 1:1, тогда как мировая статистика дает 1:4), и поздней госпитализацией (большинство больных госпитализируются позже чем через 6 часов). К сожалению, противоинсультная служба у нас развита слабо. Между тем, согласно экспертной оценке ВОЗ, адекватная система помощи больным с инсультом снижает летальность в первые месяцы (до 20%) и определяет их независимость в повседневной жизни к третьему месяцу (до 70%).

**- Адекватная система медицинской помощи требует больших материальных затрат. Простые профилактические меры обходятся много дешевле, но им у нас почему-то не**

**придается должного значения...**

- У нас есть очень хороший пример отдачи сочетания профилактических и не слишком дорогих лечебных мероприятий, которые были осуществлены в 80-х годах в Буденновске Ставропольского края. Повторный регистр инсульта чрез пять лет показал эффективность профилактики и системы помощи больным с инсультом (выявление и лечение артериальной гипертонии, инсультные бригады, неврологическое отделение с палатой интенсивной терапии, отделение реабилитации, санаторий). Работа по этим принципам дала снижение летальности от инсульта в общей популяции на 30%, смертности от геморрагического инсульта на 45,3%, заболеваемости геморрагическим инсультом на 37%. Правда, больничную летальность снизили незначительно – на 11,8%, поскольку на нее основное влияние оказывает техническая оснащенность отделений интенсивной терапии. Исходы инсульта были достаточно благоприятными – 36,1% больных сохранили трудоспособность, правда, 53% остались нетрудоспособными, но обслуживали себя дома, и лишь 10,9% требовали постоянного ухода. Опираясь на эти данные, я хочу сказать своим коллегам-врачам: надо сказать «стоп» терапевтическому нигилизму и верить в благополучный исход. Его можно добиться даже в наших не слишком благоприятных условиях.

**- Что входит в современные стандарты оказания медицинской помощи больным с инсультом?**

- К сожалению, отечественных стандартов пока нет, но, опираясь на мировой опыт и результаты многолетней работы нашего института, можно сделать вывод, что нейрореанимация и нейрохирургия – это важнейшие звенья помощи в остром периоде инсульта. Сюда входят поддержание гомеостаза, предупреждение соматических осложнений, удаление гематом (более 40 мл), профилактика острой обструктивной гидроцефалии (дренаж, операция).

**- Что может дать наука практике в плане лечения и профилактики инсульта?**

- Прежде всего, надо отметить следующие принципы изучения инсульта, которых всегда придерживалась научная школа НИИ неврологии: системный подход, концептуальность, доказательная медицина. Еще в 1971 г. мы вместе с моим учителем, академиком АМН Е.Шмидтом, получили Государственную премию СССР за изучение магистральных артерий головы. Было показано, что чуть ли не в трети случаев инсульт связан с патологией именно этих артерий. И их стали активно оперировать, удаляя атеросклеротические бляшки. Это пример системного подхода – изучать не только мозговое кровообращение, но и всю сердечно-сосудистую систему в целом. Приведу два примера концептуальности. Во-первых, в рамках новой главы ангионеврологии инсульт предстает как клинический синдром острого сосудистого поражения мозга. Он является исходом различных по своему характеру патологических состояний системы кровообращения – сосудов, сердца, крови. При этом установлено многообразие этиологии и патогенетических механизмов его развития (концепция гетерогенности инсульта). Так, ишемические инсульты имеют следующие подтипы: атеротромботические – 34%, кардиоэмболические – 22%, лакунарные (связанные с артериальной гипертонией) – 20%, гемодинамические – 15%, гемореологическая микроокклюзия – 9%. Многие из этих патогенетических механизмов взаимодействуют между собой.

Таким образом, рациональное лечение инсультов возможно лишь на основе определения его патогенетических подтипов, а эффективная профилактика повторных инсультов - на точном знании их патогенеза. Эти выводы применимы также к преходящим нарушениям мозгового кровообращения, так как они развиваются по единым с инсультом механизмам.

**- Можно ли дать оценку значимости факторов риска инсульта?**

- Это второй пример концептуальности, который я бы хотел привести. Концепция факторов риска - научная основа профилактики инсультов. Я бы дал такой рейтинг регулируемых факторов риска: артериальная гипертония, окклюзирующие поражения магистральных артерий головы, патология сердца (фибрилляция предсердий), курение, сахарный диабет, неадекватное лечение артериальной гипертонии. Практическое значение этой концепции – создание системы управления факторами риска. Так, систематическое лечение артериальной гипертонии в течение трех лет обеспечивает снижение в популяции заболеваемости инсультом на 48-50%, инфарктом миокарда – на 18-19%. В июле 2001 г. Правительством России принята федеральная целевая программа «Профилактика и лечение артериальной гипертонии в Российской Федерации», антиинсультная направленность которой очевидна.

Существует два основных принципа профилактики инсультов – популяционная стратегия (стиль жизни, диета), целевая стратегия (лечение в группах риска). Возможно и их сочетание. Роль немедицинских факторов нельзя недооценивать: по данным Национального института сердца, легких и крови США, ограничение потребления соли до 1,5 г в сутки снижает систолическое и диастолическое АД на 5 и 3 мм рт. ст. соответственно, а частоту инсульта – примерно на 30%. Я уже приводил пример Японии, почему бы нам не воспользоваться им, введя предельные нормы содержания соли в колбасах, консервах и других продуктах питания?

**- Или активно пропагандировать здоровый образ жизни...**

- Формирование мотивации к здоровому образу жизни становится первоочередной социальной, психологической и медицинской проблемой. В западных странах есть мода на здоровье, а в наших условиях человек вынужден следить за своим здоровьем, чтобы не потерять работу, прокормить семью.

**- Вы упомянули о доказательной медицине. Каковы основные результаты многоцентровых исследований инсульта?**

- Научно доказано, что срочная госпитализация больных с инсультом в палаты интенсивной терапии ангионеврологического отделения многопрофильной больницы с реанимационным и нейрохирургическим блоком снижает летальность и улучшает исход заболевания. Ведь больные умирают чаще всего не от самого инсульта, а от связанных с ним осложнений – тромбозов легочных артерий, инфаркта миокарда, пневмонии, поэтому госпитализация в многопрофильный стационар просто необходима. В мае этого года в Орле прошло Всероссийское рабочее совещание «Критические состояния в неврологии», участники которого отмечали, что издание приказа Минздрава России N25 от 25.01.99 «О мерах по улучшению медицинской помощи больным с нарушениями мозгового кровообращения» буквально развязало руки неврологам. Это приказ предусматривает организацию неврологических отделений для больных с нарушениями мозгового кровообращения на 60 коек, в их штатном расписании - 4 невролога, терапевт, логопед. Предусмотрены также три круглосуточных поста палатных медсестер, палата интенсивной терапии на 6 коек с круглосуточным постом невролога и двумя постами медсестер – это серьезное изменение к лучшему в организации противоинсультной помощи.

**- Но ведь эти отделения должны быть хорошо оснащены, между тем необходимых для диагностики компьютерных томографов нет даже во многих московских больницах, куда поступают больные с инсультами. Знаменитая Первая Градская – один из примеров...**

- Это тем более странно, что в целом в городе томографов достаточно, есть они и практически во всех регионах. Без этого немыслим современный уровень неврологической помощи. В нашем институте первый томограф появился 25 лет назад, и с тех пор мы «сносили» уже четыре КТ.

**- Насколько эффективно хирургическое лечение инсультов?**

- Удаление гематом мозга признано радикальным методом лечения геморрагического инсульта. Хирургическое лечение геморрагического инсульта эффективнее медикаментозного в два раза: по данным НИИ неврологии РАМН консервативное лечение дает летальность 49,1%, а стереотаксическое удаление гематомы – 21,1%. Уточнению подлежат показания к операции к зависимости от объема и локализации гематомы, а также техника операции (открытый или стереотаксический методы). Оперативное лечение острой обструктивной гидроцефалии в острейшем периоде инсульта является единственным эффективным методом лечения (от этого осложнения, приводящего к сдавливанию ликворных путей, умирают около 30% перенесших геморрагический инсульт). Операция каротидной эндартерэктомии – эффективная мера предупреждения некоторых подтипов ишемического инсульта (гемодинамического, атеротромботического), но она должна проводиться только по строгим показаниям в специализированном ангиохирургическом отделении. Либерализация показаний к этому вмешательству не оправдала себя ни в нашей стране, ни за рубежом. Эту операцию можно назвать самой простой и самой опасной, в ряде случаев она может спровоцировать инсульт, поэтому проводить ее в условиях ЦРБ недопустимо.

**- Сейчас рекламируются много лекарственных средств для профилактики и лечения инсульта. Эффективность каких групп препаратов является действительно доказанной?**

- Еще раз подчеркну, что снижение АД у лиц с артериальной гипертензией достоверно и значительно уменьшает риск развития геморрагического и ишемического инсультов, то есть в этом случае показаны гипотензивные средства длительного действия. Уточнению подлежит оптимальный уровень АД у лиц с сосудистыми заболеваниями мозга. Постоянный прием ацетилсалициловой кислоты у лиц с транзиторными ишемическими атаками снижает у них риск развития ишемического инсульта, уточняются дозы и эффективность употребления препарата в сочетании с дипиридамолом. Постоянный прием больными с нарушениями ритма сердца (фибрилляция предсердий при наличии эпизодов эмболий) или с протезами клапанов сердца антикоагулянтов в сочетании с антиагрегантами достоверно снижает риск развития кардиоэмболического инсульта.

Тромболитис при остром ишемическом инсульте пока не рекомендован для широкого применения в связи с многочисленными противопоказаниями и осложнениями (геморрагическая трансформация инфарктов мозга), маловероятна польза от нейропротекторов. Неэффективно или вредно быстрое снижение АД, срочная гипер- и антикоагуляция.

**- Николай Викторович, можно ли оценить количественно вклад генетического фактора в развитие инсульта?**

- Это очень интересный и важный вопрос, но ответа на него пока нет. Ясно только, что генетически детерминирован не сам инсульт, а приводящие к нему атеросклероз и артериальная гипертензия.

Когда речь заходит о генетике, мне часто приходит на память пример Черчилля. Когда его спрашивали, как ему удалось сохранить здоровье в 90 лет, он отвечал: «Пять сигар в день, 3-4 порции виски и никакой физкультуры». Разумеется, к этому рецепту надо относиться как к шутке великого человека. Ведь не всем же повезло выйти из крепкого рода Мальборо, да и опасный образ жизни в конце концов может победить даже самые хорошие гены.  
Беседу вел Федор СМИРНОВ.

© Медицинская газета, 2002, 14 июня