

Мозъчен инсулт – социална значимост, лечение и ефективна превенция

Нели Петрова, Анна Руменова, Никола Събев

Abstract: *Cerebrovascular stroke is the third leading cause of death and a major source of disability and mortality. Stroke may result in quantifiable decrease in quality of life which is determined not only by the neurological deficits but also by impairment of cognitive functions. Etiological classification systems of acute ischemic cerebrovascular events were developed based on a review of relevant conceptual frameworks.*

Key words: *ischemic stroke, hemorrhagic stroke, thrombolysis, stroke unit.*

ВЪВЕДЕНИЕ

Мозъчно-съдовите заболявания са важен медицински и социален проблем – една от водещите причини за смърт, инвалидност, депресия, деменция и епилепсия. Те са и голям консуматор на обществени ресурси [5]. Всяка година около 15 милиона души по света получават инсулт, шест милиона от тях не оцеляват, а около една четвърт са под 65 години. Според различни проучвания все повече нараства броят на младите пациенти - 10-20% от получилите инсулт са на възраст от 18 до 54 години. Повече от една трета от преживелите остават с различна степен на инвалидизация. Хората, които са преживели един мозъчен инсулт, имат и повишен риск от последващ – над 25% получават втори в рамките на 5 години. По данни на Световната организация по инсулт, една от всеки 5 жени и един от всеки 6 мъже ще получи мозъчен инсулт през живота си. При голяма част от пациентите е нарушена тяхната активност като проява на остатъчни функционални, когнитивни и психични промени, които са от съществено значение за социалните, професионални и семейни взаимоотношения.

ВИДОВЕ МОЗЪЧНИ ИНСУЛТИ И ТЯХНАТА ЧЕСТОТА

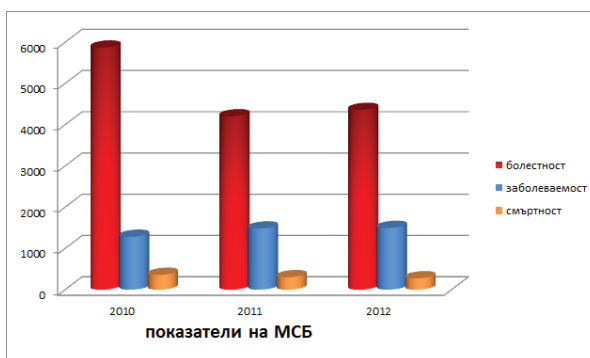
Мозъчните инсулти обхващат група заболявания, възникващи в резултат на остро нарушение на артериалното или венозното мозъчно кръвообращение. Могат да се изаят като остри и подостри инсулти (исхемични, хеморагични, венозни тромбози). Клиничната картина се състои от фокален неврологичен дефицит, често в съчетание с количествено нарушение на съзнанието. Около 85% от инсултите са исхемични (мозъчни инфаркти), а останалите – хеморагични. Основните причини за исхемичен инфаркт са: стенози на големите артериални съдове, заболяване на малките съдове и кардио-емболизъм. Към тях могат да се добавят още каротидни или вертебрални дисекации, васкулити, тромбофилии и др. Хеморагичните мозъчни инсулти се подразделят на субарахноидни кръвоизливи, най-вече при руптура на мозъчна аневризма или артерио-венозна малформация и паренхимни мозъчни кръвоизливи в резултат на руптура на перфорантни мозъчни артерии. Макар и с по-малък процент в общия брой на инсултите, те носят по-голям риск от инвалидизация и смъртност в над 50% от случаите.

България е на едно от първите места в света по заболяемост, болестност и смъртност от мозъчни инсулти, които през последните 15 години показват тенденция за прогресивно нарастване. Характерно за страната е широкото разпространение на рисковите фактори за мозъчен инсулт и съчетанието на няколко рискови фактори у един болен. В България от мозъчен инсулт умира всеки пети мъж и всяка четвърта жена. През 2012 год. (по данни на НСИ) 48 959 от населението на Русенска област са на възраст над 65 години. Регистрирани са: болни с хипертонична болест – 92 328; захарен диабет – 22 195; исхемична болест на сърцето – 14 930; предсърдно мъждене – 6 168; сърдечна недостатъчност – 4 508. Това са най-рисковите групи за мозъчен инсулт.

През 2012 год. смъртността от мозъчно-съдови заболявания за страната е 23105 души; 20,4 като относителен дял и 301,6 на 100000 души население; за Русенска област – съответно 717 души починали и 276 на 100000 население (Таблица 1, фигура 1).

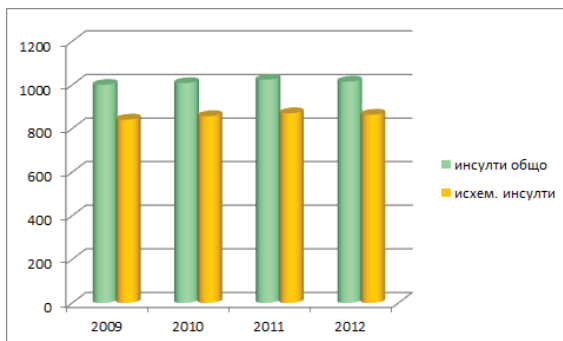
Таблица 1. Заболеваемост, болестност и смъртност от мозъчно-съдова болест в Русенска област

година	болестност	заболеваемост	смъртност
2010	5 869/100 000 общ брой: 15 340	1 282/100 000 общ брой: 3 350	358/100 000 общ брой: 952
2011	4 202/100 000 общ брой: 10 982	1 483/100 000 общ брой: 3 878	302,3/100 000 общ брой: 794
2012	4 356/100 000 общ брой 11 016	1 497/100 000 общ брой 3 986	275,6/100 000 общ брой 717



Фигура 1. Показатели на мозъчно-съдова болест в Русенска област

В отделението по Съдова неврология на „МБАЛ-Русе“ АД през 2009 год. са постъпили 1000 болни с мозъчни инсулти, през 2010 год. – 1008, през 2011 год. – 1024, през 2012 год. - 1015. От тях с исхемични инсулти са били съответно: през 2009 год. – 841, през 2010 год – 857, през 2011 год. – 870, през 2012 год. – 863 (фигура 2).



Фигура 2. Преминали болни с инсулти в ОЧН - Русе

ЛЕЧЕНИЕ В ОСТРИЯ СТАДИЙ НА МОЗЪЧНИЯ ИНСУЛТ

Принципите и насоките за диагностично и терапевтично поведение при пациентите с мозъчен инсулт са посочени в Българския национален консенсус за профилактика, диагностика и лечение на мозъчно-съдовите заболявания, актуализиран през ноември 2013 год. [1].

Най-ефективното лечение на исхемичния инсулт в острия стадий е извършване на венозна тромболиза. Наскоро публикуваните данни от проучването ECASS-III показват, че интравенозното приложение на рекомбинантен тъканен плазминогенен активатор (алтеплазе, rt-PA) в първите 4,5 часа след началото на инсулта е не само ефективно, но и безопасно [3]. В първите часове и дни след инсулта освен специфичното лечение с алтеплазе, различни други фармакологични и нефармакологични стратегии биха били полезни – поддържане на добра мозъчна перфузия и адекватно кръвно налягане, контрол на телесната температура и кръвната захар, както и други общи грижи. За съжаление обаче в повечето центрове за лечение на остри инсулти по света, тромболиза се прилага само на 5-10% от пациентите, а в нашата страна този процент е значително по-нисък. Основната причина за това е, че повечето пациенти пристигат късно, извън времеви прозорец. Артериалната тромболиза е алтернатива на венозната, като ползата от това лечение е както удължен до 6 часа терапевтичен прозорец, така и локалното приложение на тромболитичното вещество с по-голям ефект и по-малко системни въздействия. В някои центрове за лечение на остри инсулти се практикува започване с венозна тромболиза, след което се преминава към интраартериална тромболиза, тромбектомия или стентирание – т.нар. bridging concept. Положителни резултати има и от декомпресивното неврохирургично лечение при пациенти с малигнен мозъчен оток на възраст под 60 год. Тези пациенти имат тежко клинично протичане с над 80% смъртност.

Лечението на хеморагичния мозъчен инсулт в острия стадий включва общо и интензивно лечение, мониториране на неврологичния статус и виталните показатели, превенция на усложненията, ранна вторична профилактика за редукция на повторния мозъчен кръвоизлив и специфична терапия срещу нарастване на хематома. Хирургичната евакуация на хематома не показва предимства по отношение на консервативното лечение в проведените клинични проучвания. Напоследък се дава предимство на минимално инвазивни техники, които водят до лизиране и евакуиране на съсирека, в комбинация с консервативно лечение.

При субарахноидни кръвоизливи и наличие на мозъчна аневризма все повече в практиката навлиза новото ендоваскуларно облитериране на аневризмите, което показва известно предимство спрямо откритата хирургия по отношение на клиничния изход в острия стадий на заболяването. Независимо от това какво специфично лечение ще се проведе, едно е сигурно – най-ефективна е терапията в специализирани отделения за лечение на инсулти (Stroke units). Необходимо е и прилагане на стандартизирани протоколи за грижи за пациентите в тях, наред с адекватно терапевтично и/или интервенционално лечение. Целта е до 90% от получените мозъчни инсулти да бъдат хоспитализирани, като е доказано, че висококвалифицираното лечение и интензивни грижи в специализирани инсултни отделения води до увеличение броя на преживелите през първата седмица, съответно на 30-я ден и в края на третия месец; редуцира се смъртността с над 3%; намалява се тежката инвалидизация и зависимост от грижите на околните с 6%.

Новостите по отношение на лечението в острия стадий могат да се обобщат по следния начин: все по-често прилагане на интервенционална терапия с модернизираны устройства, поява на нови антикоагуланти и антиагреганти за лечение на исхемичния инсулт, разработване на медикаменти за неврорегенерация, на нови технологии за невроизобразяването и за диагностика на редки етиологични причини.

ПЪРВИЧНА И ВТОРИЧНА ПРОФИЛАКТИКА НА МОЗЪЧНИЯ ИНСУЛТ

Първичната профилактика включва идентифициране на т.нар. модифицируеми рисков фактори и въздействие върху тях. Те са: артериална хипертония, захарен диабет, дислипидемии, затлъстяване, тютюнопушене, предсърдно мъждене, асимптомни каротидни стенози, намалена физическа активност. Има достатъчно научни доказателства за ефекта на съдовите рискови фактори върху структурните промени в мозъка. През последните години контролът върху рисковите фактори се фокусираше върху диагностицирането и лечението на отделните изолирани фактори. Сега вече клиничните препоръки са за по-широко обхващане на тези фактори и прилагане на комплексен подход с глобална съдова оценка на риска, за да се определят възможностите за лечение и превенция. Известно е, че най-често пациентите имат повече от един рисков съдов фактор и те обикновено са свързани. Предполага се, че наличието на съпътстващ рисков фактор може да доведе до увеличаване на индивидуалния ефект на всеки един от тях. Затова, както и за да се оптимизира лечението на лицата с множество рискови фактори, трябва при всеки един пациент да се има пред вид общия съдов риск [6]. Разработени са няколко критерии и коефициенти за определяне на общия риск от вероятен сърдечно-съдов инцидент. Сред най-използваните индекси за европейската популация са: Framingham coronary risk profile, Framingham risk profile stroke [4] и системната оценка на коронарния риск - Systematic Coronary Risk Evaluation (SCORE) [2]. Всички изброени методи се базират на лесни за клинична оценка параметри – възраст, тютюнопушене, артериално налягане и серумни липидни нива. Това измерване помага да се оцени глобалния 10-годишен съдов риск. Този глобален риск е повишен при групите пациенти, които вече са преживяли съдов инцидент, също при тези пациенти с рискови фактори, които самостоятелно носят по-висок риск – захарен диабет тип 1 и тип 2, а също и при тези с множество съчетани рискови фактори като метаболитен синдром.

За вторична профилактика след тромботичен исхемичен инсулт се прилагат антиагреганти и антикоагуланти. Друга важна мярка са операциите на високостепенните симптоматични каротидни стенози. Нов метод за тяхното лечение е и стентирането на магистралните съдове. Рисковете и ползите от двата метода следва да се индивидуализират за всеки отделен пациент. При пациенти с неклапно предсърдно мъждене са показани антикоагуланти, тъй като предсърдното мъждене се асоциира с повишен риск от исхемичен инсулт, особено при пациенти във възраст над 80 год. Задължително в рамките на вторичната профилактика е прилагането на статини, ако има показания за това, още от подостратата фаза.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Посочените статистически данни за мозъчно-съдовите заболявания в страната и областта, както и тези от проведените проучвания показват тяхната изключителна социална значимост. Въпреки успехите в лечението на исхемичните инсулти с тромболиза, резултатите все още не са достатъчно задоволителни. Това подчертава необходимостта от изясняване на рисковите фактори, водещи до мозъчен инсулт, както и дават основание да се акцентира върху първичната и вторична профилактика на съдовите заболявания и усложненията, предизвикани от тях. Установено е, че първичната профилактика на инсултите е най-ефективния подход за намаляване на заболяемостта и смъртността от тях. Следователно, ранното установяване на рисковите фактори, адекватното им и своевременно повлияване, и последващо проследяване, може да увеличи ефективността на превенцията относно развитието и степента на тежест при изява на мозъчен инсулт.

ЛИТЕРАТУРА

- [1]. Национален консенсус за профилактика, диагноза и лечение на мозъчно-съдовите заболявания. Българска неврология, 12.2013, том 14/ брой 3, допълнение 1; стр. 170-179
- [2]. Conroy RM, Pyorala K, Fitzgerald AP, Sans S, Menotti A, De Backer G, et al. Estimation of ten-year risk of fatal cardiovascular disease in Europe: the SCORE project. Eur.Heart J. 2003 Jun; 24(11):987-1003
- [3]. Cronin C, Sheth K, Zhao X, Messé S, Olson DW, Hernandez A, Bhatt D, Schwamm L, Smith E. Adherence to Third European Cooperative Acute Stroke Study 3- to 4.5-Hour Exclusions and Association With Outcome: Data From Get With The Guidelines-Stroke. Stroke. 2014; 45:2745-2749
- [4]. D'Agostino RB, Wolf PA, Belanger AJ, Kannel WB. Stroke risk profile: adjustment for antihypertensive medication. The Framingham Study. Stroke 1994 Jan; 25(1):40-43.
- [5]. Mackowiak-Cordoliani MA, Bombois S, Memin A et al. Poststroke dementia in the elderly. Drugs Aging, 2005, 22:483-493
- [6]. Mancia G, De Backer G, Dominiczak A, Cifkova R, Fagard R, Germano G, et al. 2007 Guidelines for the Management of Arterial Hypertension: The Task Force for the Management of Arterial Hypertension of the European Society of Hypertension (ESH) and of the European Society of Cardiology (ESC). J.Hypertens. 2007 Jun; 25(6):1105-1187

За контакти:

Д-р Нели Петрова, „МБАЛ-Русе“ АД, Отделение Функционална диагностика на нервната система, тел.: (082)887388, e-mail: npetrova27@yahoo.com

Д-р Анна Руменова, „МБАЛ-Русе“ АД, Отделение Обща и съдова неврология, тел.: (082)887473, e-mail: annarumenova@abv.bg

Д-р Никола Събев, дм, зам.-директор РЗИ Русе, тел.:(082)823278, e-mail: nikola_sabeff@abv.bg

Докладът е рецензиран.