



ВТОРИЧНАЯ ПРОФИЛАКТИКА ИНСУЛЬТА

Эпидемиологические исследования показывают, что частота развития повторных нарушений мозгового кровообращения составляет 25-30% от общего числа всех новых случаев, причем в первый месяц повторный инсульт развивается у 2-3% выживших, в первый год 10-16%, затем 5% ежегодно. Около 20-40% повторных инсультов предшествовали транзиторные ишемические атаки (ТИА) или малые инсульты. Риск повторной транзиторной атаки или развития инсульта максимален в течение первых 3 дней после первого эпизода. Повторные инсульты имеют более тяжелое течение и чаще заканчиваются летальным исходом, чем первичный. Профилактика вторичного инсульта уменьшает риск развития повторного мозгового нарушения на 28-30%, снижают частоту госпитализаций, улучшают функциональное состояние, уменьшают общую смертность.

Вторичная профилактика включает комплекс мероприятий: модификацию образа жизни (контроль массы тела, оптимизация физической активности, ограничение потребления алкоголя, соли, увеличение потребления фруктов и овощей, потребление нежирных молочных продуктов, прекращение курения, коррекция психосоциальных факторов), медикаментозную терапию (анти тромботическую, гипотензивную, гиполипидемическую), а также при необходимости ангиохирургическое лечение, направленное на восстановление адекватного церебрального кровотока при стенозирующем атеросклерозе сонных артерий.

Программа индивидуальной вторичной профилактики разрабатывается в условиях стационара уже в первые 48 часов после определения патогенетического варианта инсульта. Если вторичная профилактика не была начата в стационаре, подбор терапии осуществляется на этапе амбулаторно-поликлинической помощи неврологом совместно с терапевтом и кардиологом. Вторичная профилактика **проводится пациентом пожизненно**. При ИБС риск развития инсульта двукратный, трехкратный при гипертрофии левого желудочка и четырехкратный у пациентов с сердечной недостаточностью.

После перенесенного инсульта применяется для **коррекции психоэмоционального напряжения** когнитивная и поведенческая психотерапия. При депрессивных и тревожно-депрессивных состояниях препаратами выбора являются антидепрессанты. Лечение депрессии не только способствует улучшению психоэмоционального состояния больных, но и позитивно влияет на приверженность пациентов к лечению в целом.

Основные принципы лечения депрессии: назначать антидепрессанты только при депрессивных состояниях легкой и средней тяжести. Тяжелые депрессии может лечить только врач-психиатр. Применять антидепрессанты новых поколений (эсциталопрам – 10 мг, циталопрам – 20 мг, сертралин 100 мг.) Длительность приема не менее 1,5 месяцев до 4-6 месяцев.

Антигипертензивная терапия

Необходим постоянный контроль за АД. Целевой уровень менее 140/90 мм. рт. ст. Снижение АД менее 120 мм. рт. ст. у пациентов с АГ 2-3 ст не рекомендуется из-за риска ухудшения кровоснабжения головного мозга.

Перед назначением антигипертензивной терапии провести ультразвуковое исследование сонных артерий.

Дозы препаратов подбирать на основе результатов СМАД (суточного мониторирования АД) и субъективного состояния, постепенно снижать АД на 10\5мм.



рт.ст. в течение 2-3 месяцев. Избегать быстрого темпа снижения показателей АД у пациентов, имеющих окклюзирующее или выраженное стенозирующее поражение магистральных сосудов с целью уменьшения риска развития гемодинамического инсульта.

Для первичной и вторичной профилактики применяются все классы гипотензивных препаратов и их комбинация: диуретики, ИАПФ, АРА, или любой снижающий АД препарат.

Анти тромботическая терапия

Наиболее доказанное направление медикаментозной профилактики. При некардиоэмболическом инсульте назначается

Аспирин 1мг на 1 кг веса, клопидогрел 75 мг 1 раз в день, комбинация АСК 25 мг+дипиридамол 200 мг по 1 капсуле 2 раза в день.

С целью предупреждения тромбозов (кардиоэмболический инсульт) пациентам с фибрилляцией предсердий антикоагулянты назначаются врачом при показаниях.

Гиполипидемическая терапия

Эффективность назначения статинов доказана эпидемиологическими исследованиями, достигается снижение вторичного инсульта до 31%.

Целевой уровень ХС-ЛПНП <1,8 ммоль/л или снижение на 50% от исходного уровня.

Статины необходимо назначать как можно раньше, доза 80 мг \сут аторвастатина в острый период, не рекомендуется снижать дозу ниже 40 мг\сут. При лечении необходимо контролировать уровень трансаминаз. Статины отменяются, если при двукратном их измерении активность трансаминаз повышается в три раза относительно верхних границ нормы. После перерыва при снижении уровня трансаминаз, статины назначаются вновь в меньшей дозе или назначается другой статин. Повышение печеночных трансаминаз более в 3 раза по сравнению с верхней границей нормы встречается не более, чем у 3 больных на 1000.

С осторожностью применять терапию статинами у пациентов, перенесших геморрагический инсульт.

Хирургическая профилактика острых нарушений мозгового кровообращения

Стенозирующая патология сонных артерий является ведущей причиной атеротромботического и гемодинамического подтипов инсульта.

При стенозе внутренней сонной артерии более 70% по европейской методике и более 50% по американской методике оценки стеноза вероятность развития ишемического инсульта составляет от 2% до 5%. С появлением ТИА риск развития инсульта увеличивается с 12% за первый год до 30-37 % в течение последующих 5 лет.

Рекомендации:

1. Необходимо проводить ультразвуковое исследование прецеребральных артерий для выявления окклюзирующих атеросклеротических поражений у всех пациентов, перенесших ишемический инсульт и транзиторную атаку;
2. Консультация ангиохирурга с целью определения дальнейшей тактики ведения;
3. Проведение каротидной эндартерэктомии в наиболее оптимальные сроки от 2 до 4 недель от начала проявлений ТИА или малого инсульта;
4. Проводить анти тромботическую терапию до и после операции на сонных артериях в течение 3 месяцев АСК (75-150 мг в сутки) и клопидогрел (75 мг в сутки).

**Малакинова З.Х., к.м.н.,
Зав. методическим кабинетом РЦМП**

Энтеровирусная инфекция – опасное заболевание

Распространенность

В последние годы наметилась явная тенденция активизации энтеровирусной инфекции. Об этом свидетельствуют подъемы заболеваемости и вспышки, которые регистрируются в разных странах и континентах. География энтеровирусных инфекций чрезвычайно широка и охватывает все страны мира, в том числе и постсоветского пространства. Россия не является исключением, о чем свидетельствует неблагоприятная эпидемиологическая ситуация по ЭВИ в 2013 г. (г. Ростов-на-Дону, Тульская, Липецкая, Курская, Московская, Самарская обл.).

Энтеровирусные инфекции (ЭВИ) – это группа острых инфекционных заболеваний, развивающихся при поражении человека вирусами рода Enterovirus, характеризующихся многообразием клинических проявлений.

вым, воздушно-капельным. Наиболее интенсивно вирус выделяется в первые дни болезни, но заразность может сохраняться в течение нескольких месяцев.

Часто заражение происходит при употреблении в пищу загрязненных вирусами овощей и фруктов.

Вирусы попадают на овощи и фрукты при удобрении необеззараженными сточными водами, поливе неочищенной водой. Эпидемиологическую значимость представляет вода открытых водоемов, загрязненная сточными водами, как в качестве источников питьевого водоснабжения, так и используемая в качестве зон для купания населения. Нередки случаи заражения контактно-бытовым путем (через загрязненные руки, игрушки, предметы быта, средства личной гигиены). Некоторые энтеровирусы выделяются с секретом слизистых оболочек дыхательных путей, что может способствовать реализации воздушно-капельного пути передачи. В случае заражения энтеровирусной инфекцией беременной женщины возможна вертикальная передача возбудителя ребенку.

Инкубационный период заболевания, в среднем, может длиться от двух до семи дней.

ЭВИ проникает в организм через слизистую пищеварительного тракта или верхние дыхательные пути, где могут развиваться местные воспалительные реакции (отсюда – признаки ОРЗ, дисфункция ЖКТ, как первые проявления болезни). Затем, благодаря крови, инфекция разносится через кровеносную систему, проникая в легкие, мозг и др. жизненно-важные органы, что и определяет клиническую картину.

Клинические проявления ЭВИ

Энтеровирусные инфекции характеризуются разнообразием клинических проявлений и множественными поражениями органов и систем: лихорадка, серозные менингиты, менингоэнцефалиты, миелиты, геморрагические конъюнктивиты, ангины, синдромы острых вялых параличей, миалгии, экзантемы, миокардиты, заболевания с респираторным синдромом, гастроэнтериты, сепсисы новорожденных и др.

Наибольшую опасность представляют тяжелые клинические формы с поражением нервной системы (менингит, менингоэнцефалит, миелит) и сепсис, которые приводят к летальному исходу.

Основные диагностические признаки ЭВИ:

- Начало заболевания острое бурное с лихорадкой (39-40°C), ознобом, выраженными симптомами общей интоксикации: головной болью, головокружением, расстройством сна, часто в сочетании с желудочно-кишечными проявлениями, реже с экзантемой.
- Характерен полиморфизм клинических про-

явлений – герпетическая ангина, мышечные боли, катаральные явления, диарея, экзантемы и др.

- У детей чаще других форм встречаются герпетическая ангина, серозный менингит и паралитические формы.

Лечение

При диагнозе энтеровирусная инфекция лечение должно проводиться незамедлительно и носить комплексный характер. Поскольку этиотропные средства отсутствуют, проводят дезинтоксикационную терапию и симптоматическое лечение. Показаны десенсибилизирующие препараты. При развитии угрожающих

Убедительная просьба: при первых проявлениях инфекционного заболевания: высокая температура, тошнота, рвота, кишечное расстройство, головная боль и проч. – срочно обратиться за медицинской помощью!

жизни состояний может потребоваться интенсивная терапия и реанимационные меры.

Профилактика энтеровирусных инфекций обеспечивается соблюдением правил личной и общественной гигиены. В целях этого, как и для профилактики любой кишечной инфекции, необходимо строго соблюдать правила личной гигиены, как детям, так и взрослым.

- ☑ Чаще мойте руки с мылом под проточной водой: перед едой, после посещения туалета, уборки, занятий с домашними животными, даже когда держали в руках денежные знаки, не поленитесь смыть с рук все то многообразие микрофлоры, которая содержится на купюрах и монетах.
- ☑ Тщательно мойте все фрукты и овощи, после чего обдавайте их кипятком. Воздержитесь от покупок пищевых продуктов и напитков в несанкционированных местах. Для питья используйте кипяченую или бутилированную воду.
- ☑ Соблюдайте товарное соседство и температурные условия хранения продуктов, не употребляйте в пищу продукты с неизвестными сроками изготовления и реализации, а также хранившиеся с нарушением условий.
- ☑ При кашле и чихании прикрывайте рот и нос медицинской маской, салфеткой или платком, своевременно заменяйте их на новые. Чаще проветривайте помещения.
- ☑ Купаться следует только в официально разрешенных местах, старайтесь не заглатывать воду и приучать к этому своих детей.
- ☑ При уходе за маленькими детьми обязательно ежедневно мойте игрушки, доски, прочие предметы ухода, а при появлении первых симптомов инфекционного заболевания, не исключая энтеровирусную инфекцию, немедленно обращайтесь за квалифицированной медицинской помощью.
- ☑ При лечении заболевшего ЭВИ в домашних условиях необходимо его изолировать, выделить отдельную посуду и полотенце, влажную уборку обязательно проводить с использованием дезинфицирующих средств.

Возбудители

ЭВИ относительно новые заболевания. Сами вирусы (их более 60 типов) научились выделять лишь в середине прошлого века. Основными возбудителями ЭВИ являются вирусы Коксаки А (24 серотипа), Коксаки В (6 серотипов), ЕСНО (34 серотипа) и неклассифицированные энтеровирусы человека 68-72 типов.

Энтеровирусы активны на протяжении всего года, но **пик заболеваемости инфекциями приходится на летне-осенний период.** Больше всего их воздействию подвержены дети 3-10 лет, нередко групповые вспышки в детских коллективах. Распространению заболевания способствуют отсутствие у них гигиенических навыков и восприимчивость к инфекции из-за снижения иммунитета, переуплотненность ДДУ. Новорожденные до полугодя, находящиеся на грудном вскармливании, заболевают редко, поскольку имеют защиту – материнские антитела.

Энтеровирусы отличаются высокой устойчивостью в агрессивной среде, что делает их крайне опасными. Они выдерживают действие желудочного сока, 70% спирта и очень низких температур; нечувствительны к воздействию всех известных антибиотиков и противовирусных препаратов. Прекрасно переносят многократное замораживание и оттаивание без потери активности, способны сохранять жизнеспособность в воде и влажной почве до 2-х месяцев. Однако энтеровирусы весьма чувствительны к нагреванию – мгновенно погибают при t 100°C, быстро разрушаются при высушивании, под воздействием ультрафиолетового облучения, растворов хлора, йода.

Эпидемиология

Источником инфекции является **больной человек или вирусноноситель.** Заражение происходит разными путями: **пищевым, водным, контактно-быто-**