

ДИНАМИКА АРТЕРИАЛЬНОГО ДАВЛЕНИЯ У БОЛЬНЫХ, ПЕРЕНЕСШИХ ИНСУЛЬТ

Уринова Г.М.

*Доктарант кафедры Неврологии, Центр развития профессиональной
квалификации медицинских работников*

Резюме. Новые перфузионные методы исследования головного мозга не поддерживают сложившихся представлений о полезности высокого артериального давления в первые часы и дни ишемического инсульта. Можно выделить как минимум три механизма негативного влияния выраженной артериальной гипертензии (АГ) на клиническую ситуацию в остром периоде инсульта. Первое и главное: высокое артериальное давление (АД) как минимум не улучшает мозговую перфузию, а как максимум ухудшает ее не только в зоне повреждения, но и в областях мозга, отдаленных от участка ишемии. Второе: избыточное АД увеличивает вероятность геморрагической трансформации ишемического очага и всех вариантов внутричерепных кровоизлияний. Третье: АГ увеличивает нагрузку на миокард, что приводит к уменьшению минутного объема крови и, в конечном счете, снижению объемной скорости мозгового кровотока.

Ишемический инсульт (ИИ) занимает одно из ведущих мест среди причин смерти и стойкой утраты трудоспособности. Только 10% больных, перенесших его, возвращаются к привычной жизни. В течение года после инсульта умирают около 40% больных. Заболеваемость ИИ не уменьшается, а смертность за последние 10 лет увеличилась более чем на 30%. Летальность в остром периоде ИИ остается довольно высокой – от 8% до 20% в зависимости от тяжести острого нарушения мозгового кровообращения (ОНМК). Контроль состояния центральной гемодинамики и артериального давления (АД) составляет одно из важных направлений лечения больных с ИИ. Известно, что артериальная гипертензия (АГ) является важнейшим фактором риска ИИ. Около половины всех ИИ ассоциируется с гипертоническими кризами. Это обстоятельство заставляет предполагать, что повышение АД в ИИте служит гемодинамической компенсацией недостаточности мозгового кровообращения и не все больные получают инсульт в результате повышения

давления, но в части случаев гипертония возникает как следствие острой церебральной ишемии. На первый взгляд представляется очевидным, что высокое АД будет обеспечивать лучшее кровоснабжение тканей мозга, подобно водопроводу, высокое давление в котором обеспечит водоснабжение самых отдаленных потребителей. Однако такое суждение о регуляции мозгового кровообращения представляется сильно упрощенным и не учитывает целый ряд факторов, оказывающих влияние на церебральную гемодинамику. Вопросы: кто снижает, кем не принято и почему 220, а не 210, – остаются без ответа. Некоторые новые данные о состоянии центральной и церебральной гемодинамики у больных в остром периоде ИИ помогут уточнить тактику ведения пациентов после появления признаков церебральной ишемии. Артериальное давление и перфузия тканей головного мозга причины АГ в ИИте связывают с активацией нейроэндокринных и нейрогенных механизмов регуляции АД, ишемией стволовых структур мозга, госпитальным стрессом и срывом ауторегуляции мозгового кровообращения. Таким образом, гипертензивный адаптивный ответ системы кровообращения на локальную церебральную ишемию действительно существует. Однако повышение системного давления линейно не связано с внутримозговой гемодинамикой. Множество факторов, таких как ауторегуляция мозгового кровотока, ишемическая ангиопатия, отек мозга, состояние микроциркуляции, оказывают влияние на кровоснабжение тканей в области ишемического очага. В связи с этим для оценки кровоснабжения мозга и ишемического очага уместнее использовать понятие перфузии, а не мозгового кровотока, тем более не показатели АД. Но именно АД служит наиболее доступным и легко контролируемым маркером гемодинамических нарушений в инсульте. Для больных тромболитической терапии – значения АД в первые сутки ИИ ниже 180/110 мм рт. ст. конкретизированы. Для больных с ИИ, которым не предполагается проведение тромболиза, уровень АД 220/120 мм рт. ст. не требует активной антигипертензивной терапии (целевые уровни не конкретизированы). Однако линейная и объемная скорость кровотока в артериях головного мозга не имеет прямой связи с перфузией. Перфузия – это способность вещества мозга пропускать кровь (скорость кровотока не всегда означает, что ткани мозга получают и пропускают эту кровь). Современные перфузионные исследования головного мозга, которые

выполняются на основе МРТ- и КТ-технологий, предполагают возможность более детального анализа перфузии как физического динамического процесса. Объем мозгового кровотока (cerebral blood volume – CBV) отражает общее количество крови в конкретном участке головного мозга. Объемная скорость кровотока (cerebral blood flow –

CBF) – скорость прохождения определенного количества крови через 100 граммов мозгового вещества за единицу времени. Среднее время циркуляции (mean transit time – МТТ) – время, за которое кровь проходит по сосудам выбранного участка мозга. Результаты последних исследований не поддерживают догматических представлений о благоприятном влиянии высоких уровней АД на перфузию и безопасность столь выраженной АГ. Предположение о благоприятном влиянии высокого систолического АД на поврежденный мозг представляется неубедительным и с другой точки зрения – у больных с высокими значениями АД и формирующимся инфарктом мозга отек в зоне повреждения более выражен. Нарушение функции гематоэнцефалического барьера сопровождается воспалением и микротромбо-образованием. Принципиально важно, что грубые нарушения микроциркуляции и повреждение сосудистой стенки обнаруживаются не только в области ишемического повреждения, но и в интактном полушарии головного мозга. Это свидетельствует о развитии не только локальных, но и системных расстройств регуляции мозгового кровообращения у больных с ИИ.

Заключение: Настоящее время оптимальные значения АД в остром периоде ишемического инсульта неизвестны. Объем повреждений белого вещества головного мозга с соответствующими когнитивными нарушениями был в два раза выше у гипертоников с низким давлением. В целом результаты отдельных клинических наблюдений и подобных исследований свидетельствуют о том, что для больных, страдающих АГ, критическое снижение АД действительно может быть опасным. Однако нижняя граница АД, за которой эта опасность становится реальностью, находится не в районе 220 мм рт. ст., а расположена существенно ниже. По-видимому, оптимальные значения САД в остром периоде ИИ находятся в пределах ниже 160 и выше 120 мм рт. Ст.

СПИСОК ИСПОЛЬЗУЕМОЙ ЛИТЕРАТУРЫ:

1. Халимова, Замира Юсуфовна, Шохсанам Машариповна Сафарова, and Адлия Омонуллаевна Холикова. "ГЕНДЕРНЫЕ И ВОЗРАСТНЫЕ ОСОБЕННОСТИ ОПОРНО-ДВИГАТЕЛЬНЫХ ОСЛОЖНЕНИЙ АКРОМЕГАЛИИ." *Новый день в медицине* 4 (2020): 414-418.
2. Халимова, З. Ю., Холикова, А. О., Сафарова, Ш. М., & Исаева, С. С. (2015). Функциональное состояние нейроэндокринного статуса у больных с сердечно-сосудистыми осложнениями акромегалии. *Молодой ученый*, (21), 314-317.