Современные подходы к ведению больных с инсультом

ОПРЕДЕЛЕНИЕ ИНСУЛЬТА

Инсульт - это клинический синдром острого сосудистого поражения мозга.

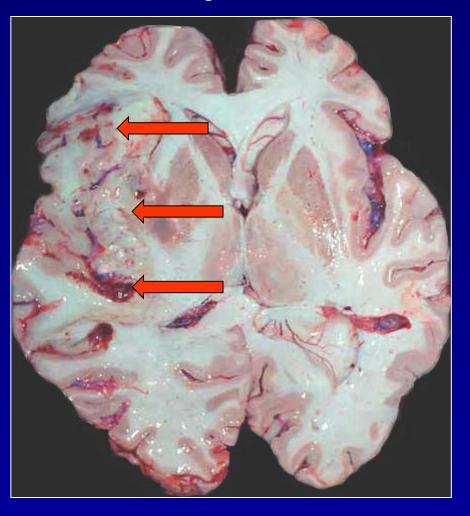
Инсульт является исходом различных по своему характеру патологических состояний системы кровообращения: сосудов, сердца, крови.

Транзиторная ишемическая атака – < 24 часов

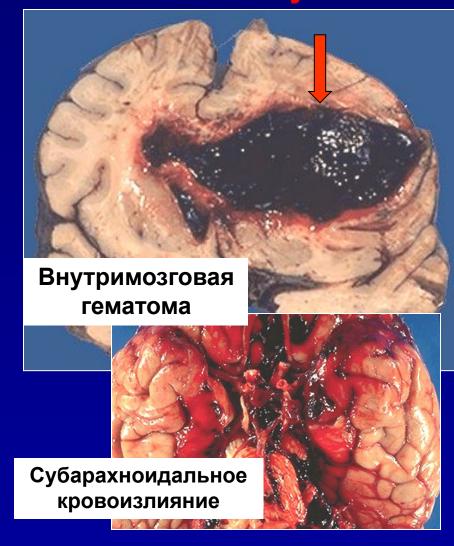
Ишемический инсульт - > 24 час

Основные типы инсультов

Ишемический инсульт



Геморрагический инсульт



ТЕЧЕНИЕ ИНСУЛЬТА

Острейший период – 3-7 дней

Острый период – до 21-х суток

Ранний восстановительный период – 21 сут – 6 мес.

Поздний восстановительный период – 6 мес – 2 года

Патогенетические варианты ишемического инсульта Классификация ТОАST

1. Атеротромботический

2. Кардиогенный

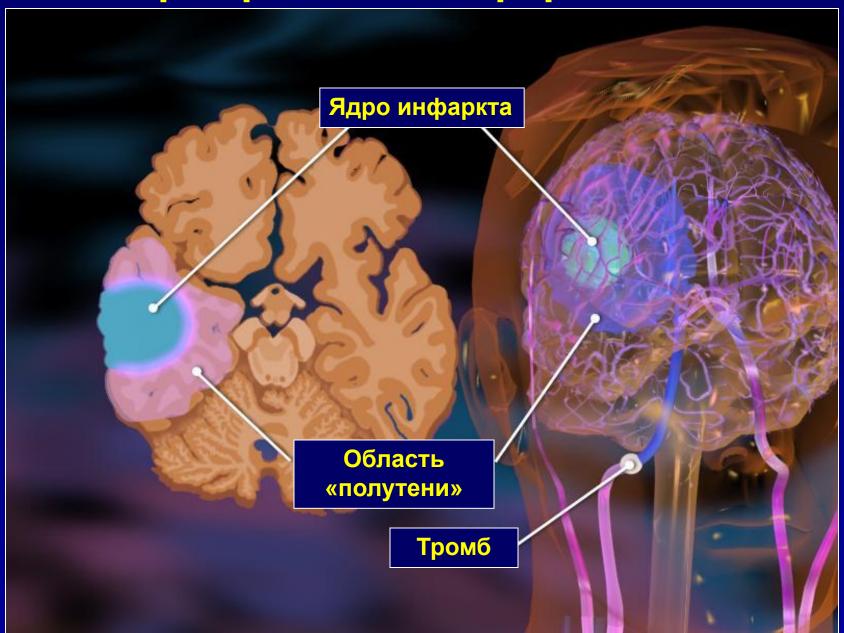
3. Лакунарный

4. Другой этиологии (гемодинамический)

5. Неизвестной этиологии

ИШЕМИЯ

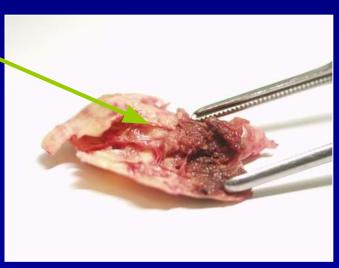
Формирование инфаркта мозга



Клиническая картина атеротромботического инсульта

- <u>Постепенное</u> (прогредиентное) развитие инсульта днем
- Часто развивается ночью
- Связан с атеросклерозом магистральных артерий головы
- ТИА в анамнезе
- Очаги более 15 мм на МРТ (КТ)



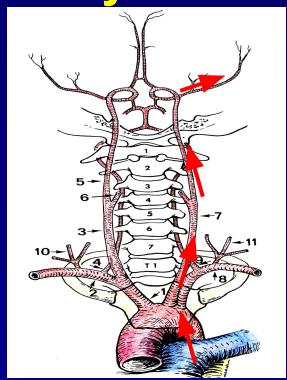


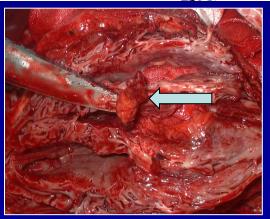
Причины атеротромботического инсульта-бляшки (атеромы)

- На атеросклеротической бляшке может формироваться тромб
- Атерома суживает сосуд
- Может развиться артерио-артериальная эмболия (изъязвленные бляшки)

Клиническая картина кардиоэмболического инсульта

- Внезапное начало
- <u>Быстрое появление</u> очаговых и общемозг-ых <u>симптомов</u>
- Нередко геморраг-ое пропитывание инфаркта
- Обязательное наличие кардиогенного источника эмболии!
- Очаги более 15 мм на МРТ (КТ)





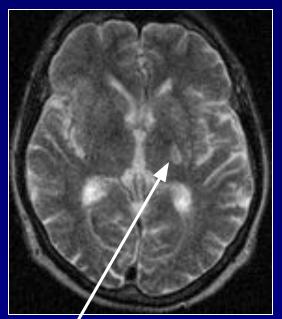
Кардиальные источники эмболии

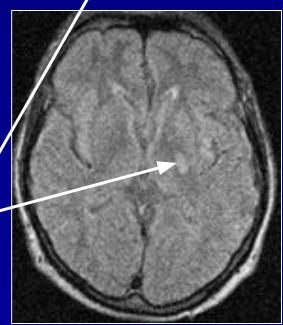
- Искусственный клапан
- Митральный стеноз с мерцательной аритмией
- Мерцательная аритмия (постоянная и пароксизмальная формы)
- С-м слабости синусового узла
- Инфаркт миокарда (до 6 мес)
- Дилятационная кардиомиопатия
- Инфекционный эндокардит
- Пролапс митрального клапана
- Незаращенное овальное отверстие
- Застойная сердечная недостаточность

Клиническая картина лакунарного

инсульта

- Наличие «лакунарного» синдрома: <u>«чистый</u> двигательный» или <u>«чувствительный инсульт»</u>
- Быстрый регресс симптомов, иногда по типу малого инсульта
- Стереотипные ТИА-20%
- Нет общемозговых с-ов, нарушений ВМФ
- Очаги менее 15 мм на МРТ- / КТ, могут отсутствовать





Причины лакунарного инсульта

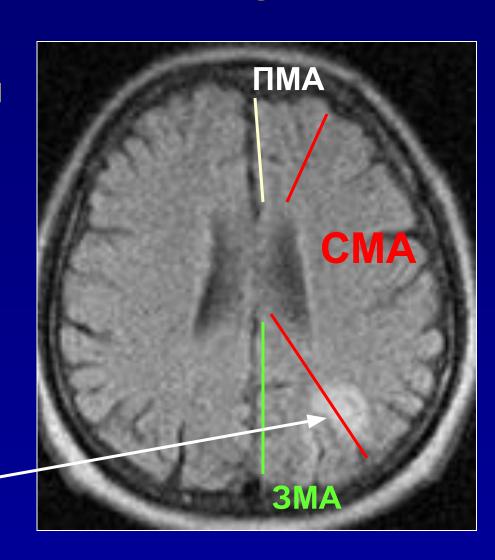
- Закупорка мелких артерий, кровоснабжающих глубинные отделы мозга, что определяет локализацию инфаркта-базальные ганглии, внутренняя капсула, таламус, мост, мозжечок
- Изменяет артерии гипертоническая микроангиопатия (артериосклероз)

Клиника лакунарных синдромов

- Чисто двигательный инсульт
- Чисто сенсорный инсульт
- Сенсомоторный инсульт
- Атактический гемипарез (сочетание слабости и дискоординации в одних и тех же конечностях)
- Дизартрия-неловкая кисть

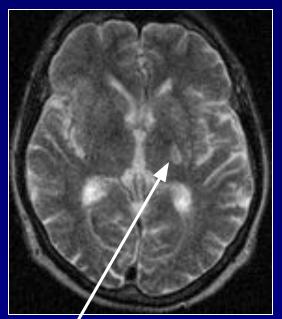
Клиническая картина гемодинамического инсульта

- Развитие при резком падении системной гемодинамики (острый инфаркт миокарда, шок)
- На фоне грубого стенозирующего поражения МАГ
- Ишемия зон смежного кровоснабжения



Клиническая картина лакунарного инсульта

- Наличие «лакунарного» синдрома: <u>«чистый</u> двигательный» или <u>«чувствительный инсульт»</u>
- Быстрый регресс симптомов, иногда по типу малого инсульта
- Стереотипные ТИА-20%
- Нет общемозговых с-ов, нарушений ВМФ
- Очаги менее 15 мм на МРТ- / КТ, могут отсутствовать





Экспресс-диагностика ОНМК (FAST)

- 1. Асимметрия лица (улыбка)
- 2. Парез руки (поднять обе руки и подержать)

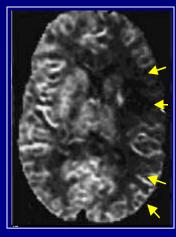


- 3. Речевые нарушения («тридцать три», отсутствие или затруднения речи)
 - Правильная диагностика полушарного инсульта на ДГЭ в 88%
 - Корреляция в правильности диагностики между опытными неврологами и парамедиками достигала r=0.92

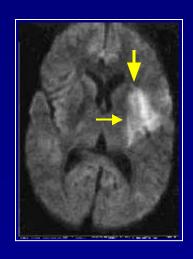
Ранняя МРТ-диагностика церебральной ишемии (4 часа после окклюзии мозговой артерии)



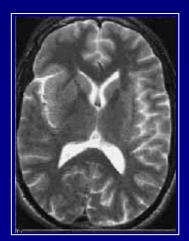
МР-ангиография



Перфузионный режим



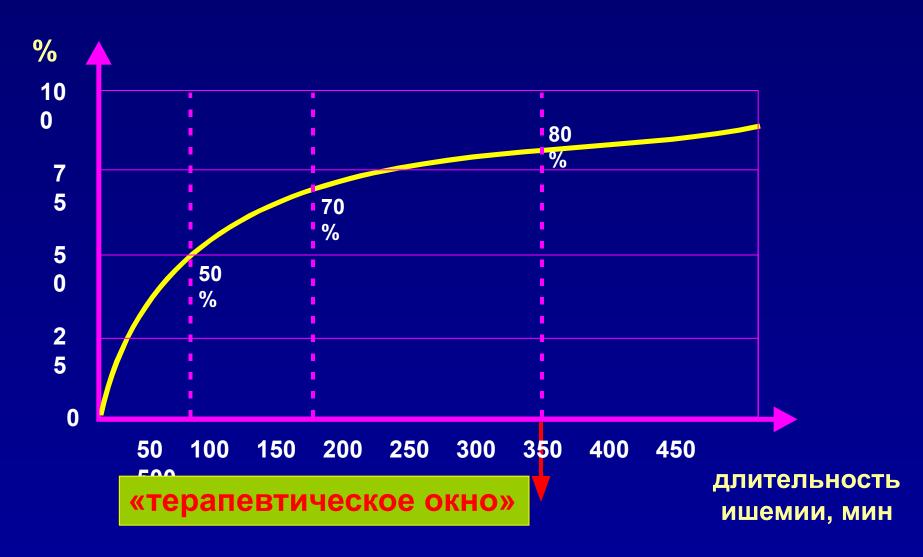
Диффузионный режим



Т₂-взвешенное изображение

Появление клинических симптомов

Динамика увеличения объема инфаркта головного мозга (по данным МРТ)



Современная концепция ишемического инсульта

- неотложное состояние, требующее быстрой и патогенетически обоснованной медицинской помощи;
- «терапевтическое окно» индивидуальное (первые 180 минут 6 часов);
- «острейший период» период формирования инфаркта мозга (первые 3 7 дней)

Лечение ишемического инсульта



<u>Базисная терапия</u>

(поддержание жизненно-важных функций)

Дыхание, АД, Противоотечная терапия, Водно-электролитный обмен, Температура, Обмен Глюкозы и т.д.

Лечение инсульта



Базисная терапия

- •Обеспечение проходимости дыхательных путей (воздуховод, интубация)
- •Не снижать резко артериальное давление!

 Стандарты СМП: +25% от привычных цифр
 - = нормотоники 150-170/80-90 мм Hg, = гипертоники 170-190/80-90 Hg,
- •Для ↓ АД: сульфат магния, ингибиторы АПФ, нежелательно использование антагонистов ионов Са+

Лечение инсульта



Базисная терапия

- •Избегать рутинного применения глюкозы! (исключение гипогликемия)
- Исключить 5% p-р глюкозы (↑ отека мозга!)
- •Противоотечная терапия:

_□30° головной конец _□Маннитол 15% 0,5-1,0 г/кг в/в



Лазикс, Преднизолон, Дексаметазон



Лечение инсульта (острейший п-д)

ИЗБЕГАТЬ!!!

- резкого снижения артериального
- давления (усугубление гипоперфузии !),
- применения салуретиков
- (фуросемид) (ухудшение гемореологии !),
 - использования вазодилататоров ! (синдром «обкрадывания»!),
 - применения ноотропов истощающего действия

[пирацетам (ноотропил)]

Комбинированная терапия ишемического инсульта



- Реперфузия
- Комбинированная нейропротекция
- Стимуляция репаративных процессов
- Предотвращение вторичного сосудистого и тканевого повреждения
- Вторичная профилактика инсульта

Основные Направления Реперфузионной Терапии Острого Ишемического Инсульта

rtPA

Прямые антикоагулянты

Непрямые антикоагулянты

Гемодилюция (при Ht > 35%)

Продолжать в течение 2-3 месяцев

АНТИАГРЕГАНТЫ

Вазоактивные препараты

Истинные антиагреганты

) 3 4

3 сут 5 сут

14 сут

21

ГЕПАРИН при остром ишемическом инсульте

The International Stroke Trial Collaborative Group (LANCET 1997)

Высокий риск раннего кровоизлияни я



Положительны й эффект

- •Преходящая тромбоцитопения 25%
- •Тяжелая тромбоцитопения 5%
- •Парадоксальная тромбоэмболия

Гепаринотерапия

Показания:

- Прогредиентное развитие тромботического ишемического инсульта (нарастающий тромбоз)
- Кардиогенная эмболия
- Расслоение стенки артерии (диссекция)
- ДВС-синдром
- После эндартерэктомии

Относительные ограничения:

- Неконтролируемые колебания АД
- Кома II-III
- Внутренние кровотечения
- Эпилептические припадки
- Тяжелые заболевания печени и почек

Антикоагулянтная Терапия Ишемического Инсульта



Мониторирование эффекта:

- АЧТВ 2–3 раза в день;
- время кровотечения и свертывания крови 2–3 раза в день;
- количество тромбоцитов ежедневно;
- антитромбин-III (при необходимости + плазма крови)

Абсолютные показания

- Крупноочаговый инфаркт миокарда с выраженной систолической дисфункцией ЛЖ, дилятацией полостей сердца и
- Мерцание предсердий (1-3 месяца)
- Тромбоэмболии в анамнезе (1-3 месяца)
- Острая или хроническая аневризма сердца с пристеночным тромбозом.
- Хроническая аневризма сердца без пристеночного тромбоза при отсутствии дилятации полостей и сохранной насосной функцией и тромбоэмболиями в анамнезе.
- Застойная недостаточность кровообращения с выраженной систолической дисфункцией ЛЖ, дилятацией полостей сердца и тромбоэмболиями в анамнезе/ или с мерцательной аритмией.
- Пристеночный тромбоз полостей сердца любого генеза.
- Ревматический порок (особенно митральный стеноз) с мерцательной аритмией без тромбоэмболий в анамнезе.
- Механические клапаны в аортальной позиции.
- Биопротез митрального клапана в первые 3 месяца после операции, а при наличии системных тромбоэмболий терапия продлевается еще на 12 месяцев.
- Биопротез и мерцательная аритмия/или тромбоэмболии в анамнезе.
- За 3 недели до электрической или фармакологической кардиоверсии и 4 недели после нее.
- Рецидивирующие артериальные тромбоэмболии.

Рецидив ТЭЛА или идиопатического венозного тромооза (пожизненная (ерапия). Острый симптоматический венозный тромбоз (терапия НАК в течение 3 МНО 3,5 (3,0-4,0). мес.). Ревматический порок (особенно митральный стеноз) с мерцательной Рецидив венозного тромбоза, или первый идиопатический тромбоза, или первый идиопатический тромбоза, или первый идиопатический тромбоз, или аритмией и тромбоэмболиями в анамнезе (можно МНО 2.5 (2.0-3.0 4 первый тромбоз до 45 лет. или семейный анамнез венозных тромбозов, аспирин 80-100 мг/сут., или курантил, или клопидогрель). или на фоне беременности, гормонозаместительной терапии, у женщин с механические клапаны в митральной позиции. Или на фоне беременности, гормонозаместительной терапии, у женщин Механические клапаны в митральной позиции. поивычными выкидышами — длительность терапии 6 месяцев. Механические клапаны и мерцательная аритмия. Т.ЭЛА (терапия 6 месяцев). Механические клапаны и дополнительные факторы риска + аспирин Рецидив Т.ЭЛА или идиопатического венозного тромбоза (пожизненная (80-100мг/сут.). Механические клапаны. М. (35.3.0-4.0): Ревматический порок (особенно митральный стеноз) с мерцательной Рецидивирующие артериальные тромбоэмболии на фоне приема аритмией и тромбоэмболиями в анамнезе (можно МНО 2.5 (2.0-3.0 + варфарина.

варфарина. аспирин 80-100 мг/сут., или курантил, или клопидогрель).

Механические клапаны в митральной позиции.

Механические клапаны и мерцательная аритмия.

Механические клапаны и дополнительные факторы риска + аспирин (80-100мг/сут.).

Механические клапаны.

MHO 3,5 (3,0-4,0):

Рецидивирующие артериальные тромбоэмболии на фоне приема варфарина.

Относительные показания (мно 2,5)

- Хроническая аневризма сердца без пристеночного тромбоза при незначительном снижении насосной функции и отсутствии дилятации полостей.
- Крупноочаговый обширный передний Q-инфаркт с мерцательной аритмией при незначительном снижении насосной функции и отсутствии выраженной дилятации полостей (1-3 месяца).
- Застойная недостаточность кровообращения с выраженной систолической дисфункцией ЛЖ, дилятацией полостей сердца без тромбоэмболии в анамнезе.
- Неревматические пороки клапанов сердца и мерцательная аритмия при незначительном снижении насосной функции и отсутствии дилятации полостей.
- Мерцательная аритмия и
 - Ишемические инсульты или системные эмболии в анамнезе (риск инсульта 12% в год)
 - Возраст старше 75 лет (риск инсульта 12% в год).
- Митральный порок с синусовым ритмом +Ø левого предсердия более 5,5.
- Частные длительные пароксизмы (если пароксизм более 3 суток в 14% выявляются внутрисердечные тромбы) мерцательной аритмии (риск тромбоэмболических осложнений 1-3% после купирования каждого пароксизма).

ЭКСТРЕННОЕ ЛЕЧЕНИЕ БОЛЬНОГО С ИШЕМИЧЕСКИМ ИНСУЛЬТОМ (КАРДИОЭМБОЛИЧЕСКИЙ ВАРИАНТ) И МЕРЦАТЕЛЬНОЙ АРИТМИЕЙ

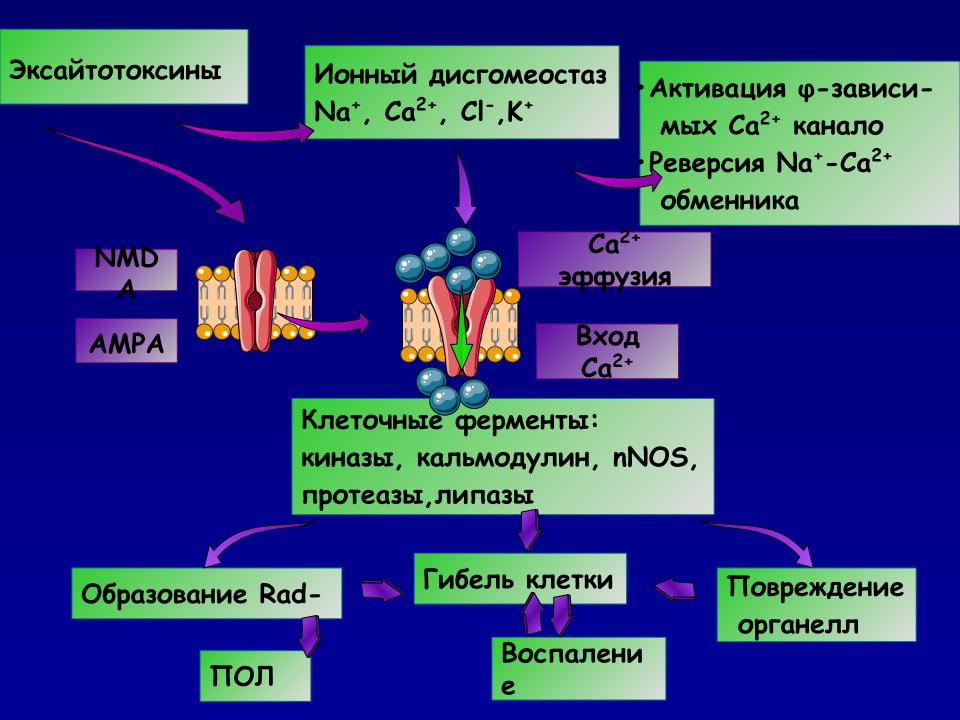
- Экстренно назначить аспирин (или провести тромболизис)
- Больным с мелкими инфарктами и хорошо контролируемым АД- варфарин через 3 дня после инсульта
- Обширный инфаркт или неконтролируемое АД варфарин через 10-14 дней после инсульта

К основным факторам риска внутримозгового кровоизлияния, связанного с приемом антикоагулянтов, относят:

- 1. Истончение стенок сосудов мозга (цереброваскулярная болезнь в анамнезе, КТ-признаки патологии микроциркуляторного русла «лейкоареоз»
- 2. Высокое артериальное давление (гипертония, плохо поддающаяся лечению)
- 3. Гипокоагуляция (МНО менее 3,5) или факторы, которые предрасполагают к гипокоагуляции, а именно, деменция, трудность мониторирования показателей свертывающей системы крови, алкогольное поражение печени и склонность к падениям
- 4. Пожилой возраст

Реперфузия

- Реополиглюкин 200-400 мл в\в 3-4 дня
- Аспирин, тромбоАсс
- Трентал 5-10 мл в\в
- Кавинтон 10-20 мг
- Магнезия



Нейропротекция

- Глицин
- Мексиприм (Мексидол) 200-300мг в\в
- Семакс
- Препараты тиоктоновой к-ты (тиогамма, берлитион)
- Актовегин 1000-2000мг
- Глиатилин (церепро)
- Цитофлавины 10,0 в\в (янтарная к-та, инозин, никотинамид, рибофлавин)
- Кортексин
- Фенотропил, ноотропил (6-12 г), луцетам
- Церебролизин

Классификация основных форм тромбофилий

- Гемореологическая группа(сгущение крови, полиглобулия,полицитемия,высокий уровень гемоглобина, замедленная СОЭ)
- Формы, обусловленные тромбоцитарными нарушениями (повышение числа тромбоцитов в крови, гиперагрегация тромбоцитов)
- Дефицит и аномалии физиологических антикоагулянтов (антитромбина III, протеина С, протеина S, тромбомодулина, избыток ингибитора протеина C)
- Формы, связанные с дефицитом или аномалиями плазменных факторов свертывания крови и фибринолиза (аномалия фактора V и резистентность его к протеину C, тромбогенные дисфибриногенемии)

(первичный и вторичный (при СКВ) антифосфолипидный синдром, приефойцинитеменьюю вкей в при винитеменью в при вактериальном эндокардите, сепсисе)

Формы, связанные с высоким уровнем факторов свертывания кроческие высоким уровнем факторов свертывания кроческие высоким уровнем факторов уровани факторов урования уровнем факторов урования уровнем факторов урования уровнем факторов урования урования уровнем факторов урования уро

Интаунты и синдроме Бехчета, при тиреотоксикозе, при имптунным волезни и синдроме Бехчета, при тиреотоксикозе, при имптунным возменующим мунтым мунт

Паранеопластические формы – при раках разной локализации (синдром Труссо)

Метаболические формы (диабет, диабетическая ангиопатия, гиперлипидемии и атеросклероз, гипергомоцистеинемия)

Ятрогенные, в том числе медикаментозные формы (при катетеризации, шунтировании, протезировании сосудов и клапанов

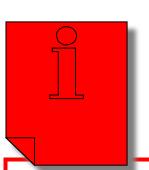
Реабилитация через 3-6 мес от начала заболевания

- Психическая реабилитация
- Физическая реабилитация
- 1) Базовые природные факторы: прием минеральной воды, четырехкамерные бром-йодные хлоридно-натриевые ванны
- 2) Гидролечение: лечебные души: (циркулярный, дождевой), подволный душ-массаж
- 3) Преформированные физические факторы

Преформированные физические факторы

- Лекарственный электрофорез 3-5% p-р йодистого калия на воротниковую зону
- СМТ-электрофорез 10% оксибутирата натрия
- ДДТ- или СМТ-терапия на паретические конечности
- ДМВ-терапия на очаг поражения
- Магнитотерапия
- Лазеротерапия на зоны позвоночника и конечностей
- КВЧ-терапия

- Ингаляционная терапия (гидроаэронизация отваров седативных трав), аэронизация (люстра Чижевского)
- Рефлексотерапия
- Массаж: ручной (классический, сегментарнорефлекторный); аппаратный (вибрационный, вакуумный, баночный) вдоль позвоночника и конечностей
- ЛФК в зале и бассейне
- Фитотерапия: фиточаи, настои, отвары лекарственных трав



На какие нейромедиаторные системы воздействуют ноотропные препараты ???

моноаминергическая (пирацетам вызывает увеличение содержания в мозге <u>дофамина</u> и <u>норадреналина</u>, некоторые другие ноотропы — <u>серотонина</u>)

холинергическая (пирацетам) увеличивают содержание ацетилхолина в синаптических окончаниях и плотность холинергических рецепторов, холина альфосцерат

<u>(глиатилин),</u>

производные пиридоксина и пирролидина (энцефабол) улучшают церебральную холинергическую проводимость); глутаматергическая (мемантинглутаматергическая (мемантин и глицин воздействуют через N-метил-D-аспартат (NMDA) подтип рецепторов).



Патогенетическое обоснование нейропротекции

ГИПОКСИЯ

Нарушение энергообмена и ионного гомеостаза клеток мозга
Снижение концентрации нейромедиаторов (НМ) в межклеточном пространстве

Распад аминокислот Снижение синтеза НМ

Ферментное дезаминирование НМ, окисление, выход через ГЭБ в кровь Инактивация НМ

Значительные изменения нейромедиаторной активности

Одним из ключевых моментов в реализации нейромедиаторной поддержки пострадавшей ткани является обеспечение нормальной работы синаптического аппарата (Боголепов Н.Н.,1975, Ikeda Y.,Long D.M.,1990,Garcia J.H. et al.,1993)

Омарон – общие сведения



Состав

Одна таблетка содержит:

- пирацетама 400 мг.
- циннаризина 25 мг.

Форма выпуска

30, 60 и 90 таблеток

<u>По</u>казания

Недостаточность мозгового кровообращения, интоксикации; другие заболевания центральной нервной системы, сопровождающиеся снижением интеллектуально-мнестических функций, психоорганический синдром с преобладанием признаков астении и адинамии, астенический синдром; лабиринтопатии синдром Меньера; отставание интеллектуального развития у детей, профилактика мигрени

Преимущества комплексного действия





ноотропное действие



СОСУДИСТЫЙ ЭФФЕКТ

Время достижения С в плазме

1-4 ЧАСА



пирацетам **2-6 ЧАСОВ**

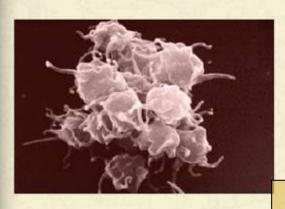
СОСУДИСТЫЙ ЭФФЕКТ ПРЕДШЕСТВУЕТ НООТРОПНОМУ





Усиление терапевтического действия Механизм сосудорасширяющего действия Галидора является блокада фосфодиэстеразы и блокада кальциевых каналов. Уникальным свойством Галидора является его доказанное периферическое антисеротониновое действие.

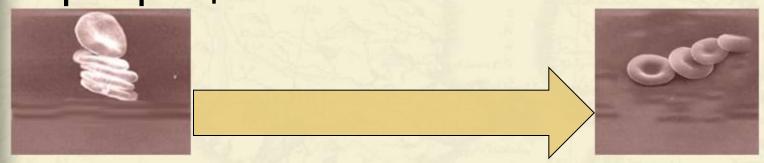
• Обладая доказанной способностью блокировать серотониновые рецепторы, Галидор способствует уменьшению агрегации тромбоцитов...





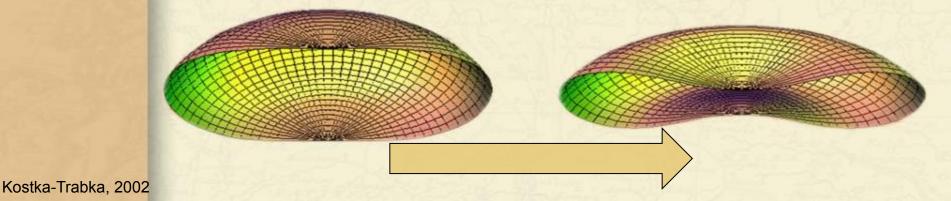


• ... и эритроцитов...





• ... повышая их пластичность



Галидор не вызывает синдром «обкрадывания»

Синдром «обкрадывания»
Перераспределение
кровотока в пользу
не ишимизированных отделов



РЕКОМЕНДОВАН ВЕДУЩИМИ РОССИЙСКИМИ И ЗАРУБЕЖНЫМИ НЕВРОЛОГАМИ



ГАЛИДОР – инъекции 400 мг в/в-капельно

ГАЛИДОР 100 мг по 2 таблетки 2 раза в день

> ГАЛИДОР 100 мг 2 раза в день

10 дней

21 день

2 месяца

При острой ишемии головного мозга

При хронической ишемии головного мозга

* Приложение к Приказу Федеральной службы по надзору в сфере здравоохранения и социального развития от 28 апреля 2006г. № 1014-Пр/06 «Об утверждении перечня торговых наименований лекарственных средств»

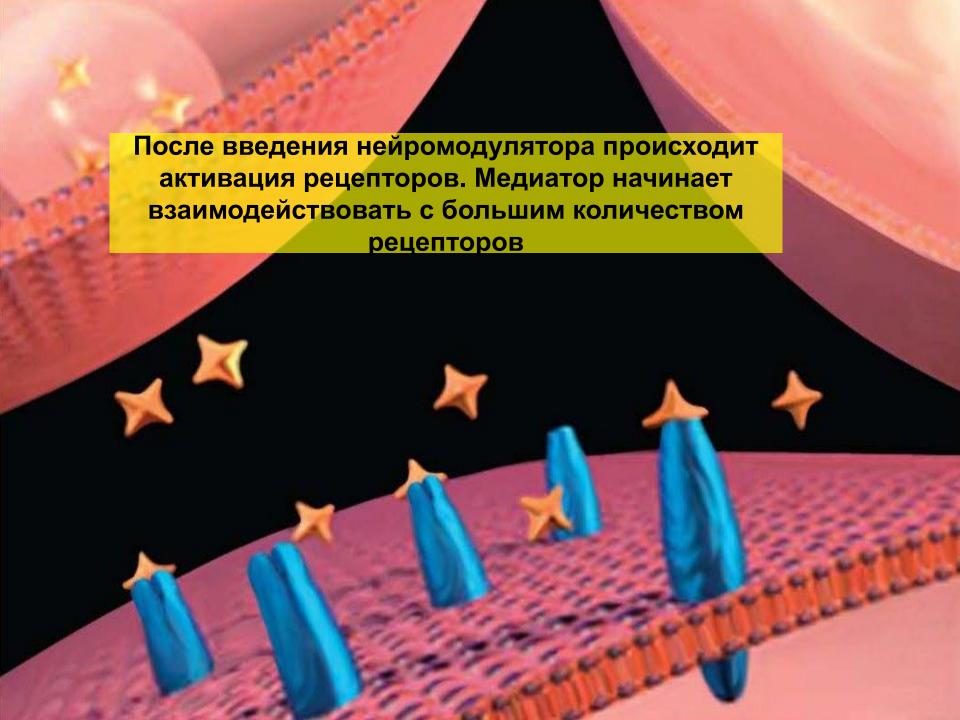
Перечень жизненно необходимых и важнейших лекарственных средств. Утвержден распоряжением правительства РФ № 2343-р от 29.12.2005 ОПТИМАЛЬНАЯ СУТОЧНАЯ ДОЗА ГАЛИДОРА 400мг¹⁻⁶ **УТРО – 2 ТАБ.

ВЕЧЕР- 2 ТАБ.

ОПТИМАЛЬНАЯ ДЛИТЕЛЬНОСТЬ ТЕРАПИИ – 3 МЕС.^{5,6} ФЕНОТРОПИЛ - первый представитель класса нейромодуляторов с уникальным механизмом действия.

Механизм действия Фенотропила





Фенотропил – первый представитель нового класса нейромодуляторов!

Эмоциональный стресс *(ГАМК, 5-НТ2 Серотонин)*

Утомление (Дофамин, АХ, Глутамат)

Умственная нагрузка (АХ, Глутамат, цАМФ)

Лечебные эффекты и механизмы действия Фенотропила

Гипокинезия (Дофамин, АХ)

Нарушение сна (*5-HT2 Серотонин*)

Физическая нагрузка (АХ, Дофамин, Глутамат, цАМФ)

Гипоксия (цАМФ)

Интоксикации (цАМФ) Судороги (Блокада D рецепторов, ГАМК, цАМФ)

СХЕМЫ КУРСОВОГО НАЗНАЧЕНИЯ ФЕНОТРОПИЛА® 100 МГ №30

- Средняя суточная доза Фенотропила[®] 100—200 мг (1—2 табл.).
- Суточную дозу 100 мг принимать в утренние часы, суточную дозу 200 мг рекомендуется разделять на 2 приема (принимать не позднее 15 часов).
- Продолжительность курса в среднем составляет 30 дней.
- При необходимости курс лечения может быть повторен (определяется состоянием больного).

Хроническая цереброваскулярная недостаточность	мес.	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12
Восстановительные периоды инсульта и ЧМТ	мес.	1	2	3 15	4	5 17	6 18	7	8 20	9 21	10	11 23	12 24

Для повышения работоспособности у здоровых людей	100—200 мг однократно в утренние часы в течение 2-х недель (для спортсменов 3 дня)
Алиментарно- конституциональное ожирение	100—200 мг однократно в утренние часы 30—60 дней

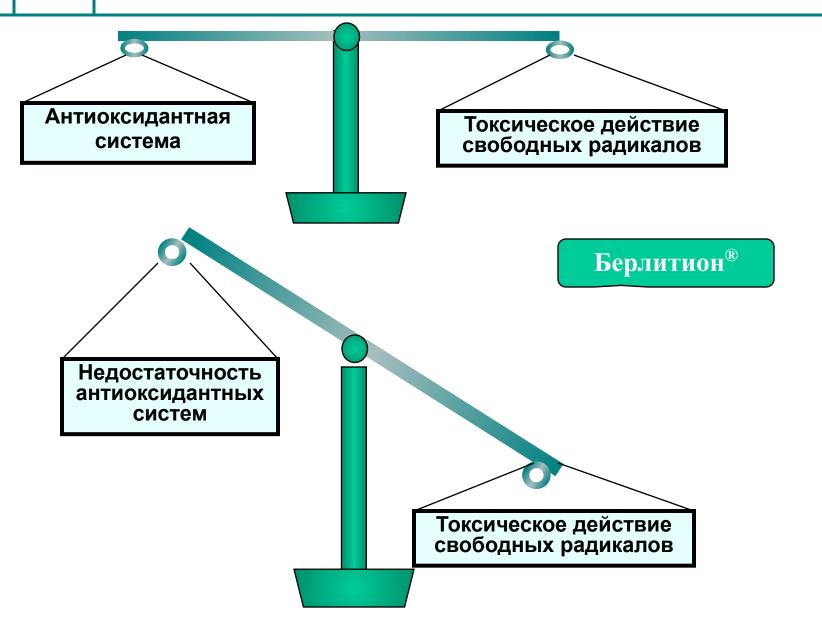


БЕРЛИТИОН® 300





Берлититон[®] – восстановление баланса





Берлитион вошел в СТАНДАРТЫ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ БОЛЬНЫМ С ИНСУЛЬТОМ

(Приказ № 513 от 01.08.2007 г)

При оказании специализированной помощи

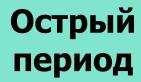
α-липоевая кислота (Берлитион[®]) включена в Стандарты для терапии в острой фазе инсульта (стационары)

α-липоевая кислота (Берлитион[®]) включена в
 Стандарты для терапии в ранний восстановительный период (ранняя нейрореабилитация - стационары и дневные стационары)



Берлитион при инсульте

Russia



Препятствует образованию свободных радикалов, что останавливает процесс повреждения головного мозга

Восстановительный период

Восстанавливает антиоксидантные системы и связывает свободные радикалы, что восстанавливает поврежденные функции мозга

Берлитион[®] защищает нейроны головного мозга во время ишемии и увеличивает выживаемость после неё



ЛЕЧЕНИЕ ИНСУЛЬТА В ОСТРЫЙ ПЕРИОД

Russia



(ДОПОЛНИТЕЛЬНО К ОСНОВНОЙ ТЕРАПИИ)

Берлитион[®] 300 ЕД внутривенно капельно в дозе 600 мг, разведенного в 250 мл 0,9 % раствора натрия хлорида 1 раз в сутки в течение 10 дней







ЛЕЧЕНИЕ ИНСУЛЬТА В ВОССТАНОВИТЕЛЬНОМ ПЕРИОДЕ

Схема назначения препарата Берлитион[®] 300 в ампулах

Схема приема

2-4 недели



600 мг (24 мл) внутривенно капельно

Схема назначения препарата Берлитион[®] 300 в таблетках

Схема приема

2-4 месяца



По 300 мг 2 раза в сутки (2 таблетки в сутки)

(ДОПОЛНИТЕЛЬНО К ОСНОВНОЙ ТЕРАПИИ)

CXEMA №1:

- Берлитион[®] 300 ЕД внутривенно капельно в дозе 600 мг, разведенного в 250 мл 0,9 % раствора натрия хлорида 1 раз в сутки в течение 2 4 недель
- Переход на пероральный прием по 300 мг Берлитиона[®] 300 1-2 раза в сутки в течение 2- 4 месяцев



ЛЕЧЕНИЕ ИНСУЛЬТА В ВОССТАНОВИТЕЛЬНОМ ПЕРИОДЕ



(ДОПОЛНИТЕЛЬНО К ОСНОВНОЙ ТЕРАПИИ)

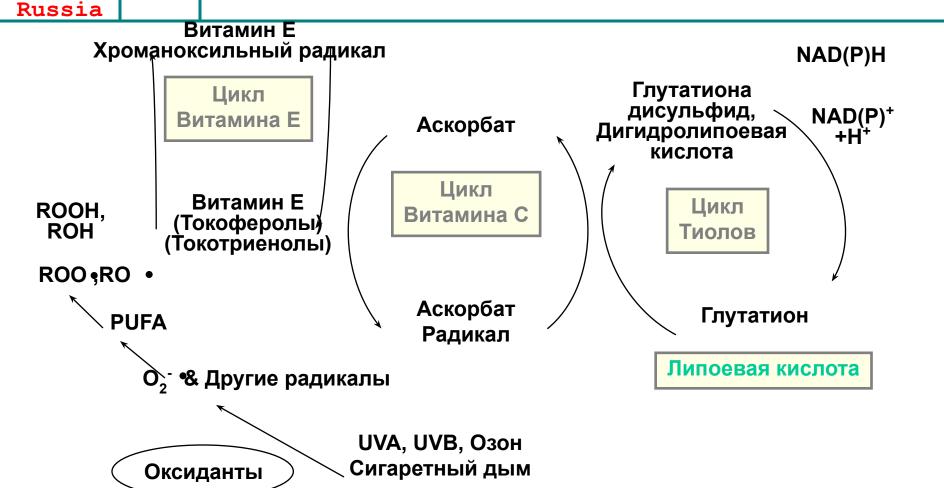
CXEMA №2:

 Берлитион® 300 перорально в дозе 600 мг в сутки (по 1 таблетке 2 раза в день) в течение 2- 4 месяцев без предшествующего парентерального введения





Антиоксидантные системы организма



Антиоксиданты либо захватывают и нейтрализуют свободные радикалы (ловушки свободных радикалов), либо служат донорами водорода, предупреждая повреждение ими организма.



Механизмы защитного действия Берлитиона[®]300

- Имеет свойство «ловушки» свободных радикалов, действует как в клеточной мембране, так и в цитоплазме
- Способен активировать процессы биосинтеза восстановленного глутатиона — основного компонента детоксикации и антирадикальной защиты
- Улучшает синтез оксида азота (NO) и стресс-белков HSP72 (важное звено клеточной системы репарации)

Берлититон[®]300

О-липоевая кислота – потенциальный антиоксидант.

Kagan V.E. et al. 1992.

- -Восстанавливает витамин С (напрямую)
- -Регенерирует витамин E (опосредованно) (Lakatos B. et al. 1999.)
- -Увеличивает уровень внутриклеточного глутатиона и кофермента Q 10
- -Взаимодействует с другими антиоксидантами глутатионом, атокоферолом
- -Модулирует содержание NO в ткани мозга
- -Ингибирует острую фазу воспаления и болевой синдром при нем (Weicher C.H. und Ulrich H. 1989)

ПЕРВИЧНАЯ ПРОФИЛАКТИКА ИНСУЛЬТА-

Снижение риска развития инсульта среди здорового населения

- Регулярный контроль уровня артериального давления, снижение артериального давления за счет изменения образа жизни и индивидуальной фармакотерапии
- Для лиц с пороговой АГ при наличии сердечной недостаточности, сахарного диабета, инфаркта миокарда, ХПН необходима антигипертензивная терапия

ПЕРВИЧНАЯ ПРОФИЛАКТИКА ИНСУЛЬТА

- Регулярный контроль уровня глюкозы, нормализация уровня глюкозы изменение образа жизни и индивидуальная фармакотерапия. У пациентов с диабетом АД снижать до 130/80 использовать ингибиторы АПФ или антагонисты рецепторов к ангиотензину
- Регулярный контроль холестерина крови , снижение холестерина изменением образа жизни и терапией статинами
- Отказ от курения
- Отказ от злоупотребления алкоголем
- Регулярная физическая активность

ПЕРВИЧНАЯ ПРОФИЛАКТИКА ИНСУЛЬТА

- Соблюдение диеты с ограничением поваренной соли и насыщенных жиров, богатой клетчаткой
- При повышенном индексе массы тела диета для снижения веса
- Не рекомендуется назначение гормональной заместительной терапии в качестве первичной профилактики

Вторичная профилактика инсульта

НАПРАВЛЕНИЯ вторичной профилактики инсульта

- Антигипертензивная терапия (ингибиторы АПФ, АРА)
- Антитромботическая терапия (антиагреганты, непрямые антикоагулянты)
- Гиполипидемическая терапия (статины)

• Эндартерэктомия - при гемодинамически значимом стенозе сонных артерий, проявляющемся клиническими симптомами, стентирование и ангиопластика

АНГИОПРОТЕКТИВНОЕ ДЕЙСТВИЕ ИНГИБИТОРОВ АПФ

- Антиатерогенное действие*.
- Антипролиферативное и антимиграционное влияние на ГМК, нейтрофилы и моноциты.
- Нормализация дисфункции эндотелия с увеличением образования NO
- Предупреждение разрыва атеромы*.
- Антитромбоцитарные эффекты.
- Усиление фибринолиза (за счет снижения фибриногена и ингибитора тканевого активатора плазминогена)*.
- Улучшение расслабления артерий (вазодилятация).

* - доказано только в эксперименте



Антиагреганты: классификация

- 1 класс: Ингибиторы ЦОГ-1 (снижают образование тромбоксана)
 - ацетилсалициловая кислота (АСК)
- **2 класс: Активаторы аденилциклазы** (повышают образование простациклина)
 - Курантил[®] (дипиридамол)
- 3 класс: Антагонисты аденозиновых рецепторов
 - тиклопидин/клопидогрель



Плавикс[®] — препарат первой линии для вторичной профилактики ишемического инсульта

Пациентам с перенесенным ишемическим инсультом:

• Принимать Плавикс® 75 мг 1 раз в сутки





Плавикс® 75 мг доступен в упаковках по 14 и 28 таблеток



как выписывают Курантил[®]?

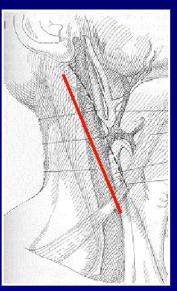
Неврология

• Вторичная профилактика инсульта

•Курантил N в малых дозах (75 мг в сутки)

- пациентам старше 65 лет
- противопоказания к аспирину или непереносимость
- пациентам, получающим И-АПФ
- Курантил N в средних дозах 225 мг в сутки (75мг х 3 раза)
 - недостаточно контролируемая АГ
 - высокий риск развития повторного инсульта
 - гиперагрегационный синдром
 - пациентам, получающим И-АПФ
- Курантил N 150 мг (75 мг х 2 р) + АСК 50 мг (1 раз в сутки)
 - после эмболического, лакунарного, атеротромботического инсульта
 - высокий риск развития раннего повторного инсульта
 - быстрая нормализация гемостаза при гиперагрегационном синдроме
 - сочетанная сосудистая патология (атеросклероз)

Хирургическая профилактика инсульта







Открытая операция (эндартерэктомия)



Малоинвазивное вмешательство (стентирование)