



ПРОФИЛАКТИКА ИНСУЛЬТА У БОЛЬНЫХ

Ш.Ф.Останакулов

Ассистенты Термезского филиала Ташкентской медицинской академии

Ш.Ш.Рашидов

Студент Термезского филиала Ташкентской Медицинской Академии

<https://doi.org/10.5281/zenodo.7627424>

Инсульт представляет собой разновидность острого нарушения мозгового кровообращения (ОНМК) и характеризуется внезапным (в течение минут, реже — часов) появлением очаговой неврологической симптоматики (двигательных, речевых, чувствительных, координаторных, зрительных и других нарушений) и/или общих мозговых нарушений (угнетение сознания, головная боль, рвота и др.), которые сохраняются более 24 часов или приводят к смерти больного в короткий промежуток времени вследствие причины цереброваскулярного происхождения.

Среди основных причин внутримозгового кровоизлияния можно выделить следующие: 1) длительная артериальная гипертензия с кризовым течением — причина более 50 % геморрагических внутримозговых инсультов; 2) церебральная амилоидная ангиопатия — около 10–12 %; 3) прием антикоагулянтов — около 10 %; 4) опухоли головного мозга — около 8 %; 5) на долю всех остальных причин приходится около 20 %.

Спонтанное субарахноидальное кровоизлияние в большинстве случаев (70–85 %) вызвано разрывом мешотчатой аневризмы, размер которой может составлять от 2 мм до нескольких сантиметров в диаметре, чаще — 2–10 мм.

Мешотчатые аневризмы наиболее часто локализуются в артериях Виллизиева круга, и их образование, по-видимому, обусловлено врожденным дефектом сосудистой стенки, обычно возникающим в месте бифуркации или ветвления артерии. Со временем отмечается постепенное увеличение размеров аневризмы, особенно у пациента, длительно страдающего артериальной гипертензией. Примерно 30 % всех аневризм локализуется на задней соединительной артерии (в месте ее отхождения от внутренней сонной артерии), 20–25 % — на средней мозговой артерии, 10–15 % — на артериях вертебрально-базилярного бассейна (преимущественно на базилярной и нижней мозжечковой артериях). Основным фактором риска разрыва мешотчатой аневризмы — артериальная гипертензия, дополнительные — курение и злоупотребление алкоголем.





Первичная профилактика

Рекомендации по первичной профилактике инсульта составлены на основе избранных данных Guidelines for the Primary Prevention of Stroke 2011. 1. Антигипертензивная терапия:

1) необходимо регулярно контролировать АД у лиц с артериальной гипертензией, необходима модификация образа жизни и фармакологическая терапия (уровень доказательности А);

2) целевой уровень систолического АД составляет менее 140 мм рт. ст. и диастолического АД менее 90 мм рт. ст., поскольку эти уровни связаны с более низким риском инсульта и сердечно-сосудистых осложнений (уровень доказательности А);

3) у пациентов с артериальной гипертензией, страдающих сахарным диабетом или заболеванием почек, целевой уровень АД составляет менее 130/80 мм рт. ст. (уровень доказательности А).

2. Антиагрегантная терапия:

1) рекомендуется использование ацетилсалициловой кислоты для профилактики сердечнососудистых осложнений и инсульта (неспецифично именно для инсульта) у лиц с 10-летним риском возникновения острых сердечно-сосудистых осложнений от 6 до 10 %, при этом профилактическая польза должна превышать осложнения от антиагрегантного лечения (уровень доказательности А);

2) ацетилсалициловая кислота (81 мг в сутки или 100 мг через день) может быть показана для предотвращения первого инсульта у женщин с высоким риском сердечно-сосудистых осложнений, при этом польза должна перевешивать риск развития осложнений (уровень доказательности В).

3. Антикоагулянтная и антиагрегантная терапия у пациентов с фибрилляцией предсердий:

1) в учреждениях первичной медицинской помощи показано активно выявлять фибрилляцию предсердий с помощью электрокардиографии у пациентов старше 65 лет (уровень доказательности В);

2) у всех пациентов с неклапанной фибрилляцией предсердий высокого и умеренного риска инсульта рекомендуется использовать варфарин с достижением целевых уровней международного нормализованного отношения от 2,0 до 3,0 (уровень доказательности А);

3) пациентам с фибрилляцией предсердий высокого риска инсульта, имеющим противопоказания к антикоагулянтам, показана двойная





антиагрегантная терапия (ацетилсалициловая кислота + клопидогрель), оказывающая большее антиагрегантное действие, чем монотерапия ацетилсалициловой кислотой, но приводящая к большему риску кровотечений (уровень доказательности В).

4. Гиполипидемическая терапия:

1) статины, а также меры по нормализации диеты и образа жизни рекомендуются для первичной профилактики ишемического инсульта пациентам с ишемической болезнью сердца или определенным группам высокого риска, в частности пациентам с сахарным диабетом (уровень доказательности А);

2) препараты фиброевой кислоты могут быть рассмотрены для пациентов с гипертриглицеридемией, но их эффективность в профилактике ишемического инсульта не установлена (уровень доказательности С);

3) никотиновая кислота может быть рекомендована пациентам с низким уровнем холестерина липопротеидов высокой плотности или при повышенном альфа-липопротеине, но ее эффективность в профилактике ишемического инсульта у таких пациентов не установлена (уровень доказательности С);

4) гиполипидемическая терапия с использованием фибратов, секвестрантов желчных кислот, ниацина, эзетимиба может рассматриваться у пациентов, которые не достигают целевого уровня холестерина липопротеидов низкой плотности при приеме статинов или при непереносимости статинов, но эффективность этих видов лечения в снижении риска инсульта не установлена (уровень доказательности С).

5. Хирургическая профилактика ишемического инсульта:

1) профилактическая каротидная эндартерэктомия может осуществляться в центрах, имеющих менее 3 % осложнений и летальности, у тщательно отобранных пациентов с «асимптомным» стенозом сонной артерии (более 60 % по ангиографии, более 70 % по дуплексному сканированию) (уровень доказательности А);

2) профилактическая каротидная ангиопластика со стентированием может быть использована у тщательно отобранных пациентов с «асимптомным» стенозом сонной артерии (более 60 % по ангиографии, более 70 % по дуплексному сканированию, или более 80 % по КТ-ангиографии или МР-ангиографии, если стеноз при дуплексном сканировании был 50– 69 %) (уровень доказательности В).





6. Неинвазивный скрининг неразорвавшихся внутричерепных аневризм показан у следующих групп пациентов:

- 1) имеющих более двух родственников первой степени родства, перенесших субарахноидальное кровоизлияние или имеющих диагностированную внутричерепную аневризму (уровень доказательности C);
- 2) с аутосомно-доминантным поликистозом почек и более одного родственника с аутосомно-доминантным поликистозом почек и субарахноидальным кровоизлиянием или внутричерепной аневризмой (уровень доказательности C);
- 3) у больных с фибромускулярной дисплазией артерий шеи (уровень доказательности C).

10. Вторичная профилактика

Рекомендации по вторичной профилактике ишемического инсульта составлены на основе избранных данных Guidelines for Management of Ischaemic Stroke and Transient Ischaemic Attack 2008.

1. Антигипертензивная терапия:

1) рекомендуется регулярный контроль уровня АД; снижение уровня АД после острейшего периода инсульта, включая пациентов с нормальным уровнем АД (уровень доказательности A).

2. Антитромботическая терапия:

1) рекомендуется назначение клопидогреля, комбинации ацетилсалициловой кислоты и дипиридамола замедленного высвобождения; в качестве альтернативы возможно использование ацетилсалициловой кислоты или трифлюзала (уровень доказательности A);

2) комбинация клопидогреля и ацетилсалициловой кислоты не рекомендована пациентам, недавно перенесшим инсульт, за исключением специальных показаний (нестабильная стенокардия, или не-Q-образующий инфаркт миокарда, или недавнее стентирование) с продолжительностью терапии до 9 месяцев (уровень доказательности A);

3) терапия оральными антикоагулянтами (МНО 2,0–3,0) рекомендована больным после перенесенного ишемического инсульта, связанного с фибрилляцией предсердий (уровень доказательности A);

4) антикоагулянтная терапия не рекомендована пациентам после некардиоэмболического инсульта, за исключением некоторых ситуаций (атерома аорты, фузиформная аневризма основной артерии, диссекция





артерий шеи, открытое овальное окно в сочетании с доказанным тромбозом глубоких вен голени или с аневризмой межпредсердной перегородки (уровень доказательности D).

3. Гиполипидемическая терапия:

1) рекомендуется терапия статинами у пациентов с некардиоэмболическим инсультом (уровень доказательности A).

4. Хирургическая профилактика ишемического инсульта:

1) операция каротидная эндартерэктомия рекомендована пациентам со стенозами сонных артерий 70–99 % (уровень доказательности A) и должна выполняться только в центрах с показателем периоперационных осложнений (любой инсульт и смерть) менее 6 % (уровень доказательности A);

2) рекомендован прием антитромбоцитарных препаратов как до, так и после операции каротидной эндартерэктомии (уровень доказательности A);

3) каротидная ангиопластика со стентированием рекомендована некоторым пациентам с тяжелым «симптомным» стенозом сонных артерий (уровень доказательности A): при наличии противопоказаний к каротидной эндартерэктомии, при стенозах в хирургически недоступном месте, рестенозе после каротидной эндартерэктомии, стенозах после лучевой терапии (уровень доказательности D);

4) пациенты должны получать комбинацию клопидогреля и аспирина непосредственно после стентирования и далее не менее одного месяца (уровень доказательности D).

Литература:

1. Неврология: национальное руководство / Под ред. Е.И. Гусева, А.Н. Коновалова, А.Б. Гехт. — М.: ГЭОТАР-Медиа, 2014.— 688 с. [Nevrologiya: natsional'noe rukovodstvo. Ed by E.I. Guseva, A.N. Konovalova, A.B. Gekht. Moscow: GEOTAR-Media; 2014. 688 p. (In Russ).]

2. Guidelines for Management of Ischaemic Stroke and Transient Ischaemic Attack. The European Stroke Organization (ESO), 2008. 120 p. <http://www.eso-stroke.org>.

3. Goldstein LB, Bushnell ChD, Adams RJ, et al. Guidelines for the Primary Prevention of Stroke: A Guideline for Healthcare Professionals From the American Heart Association. American Stroke Association. Stroke. 2011;42(2):517-584. doi: 10.1161/str.0b013e3181fcb238.

