

В.А.ПАРФЕНОВ, д.м.н., профессор, С.В.ВЕРБИЦКАЯ, кафедра нервных болезней Первого МГМУ им. И.М.Сеченова, Москва

ПЕРСПЕКТИВЫ И РЕАЛИИ ПРЕДУПРЕЖДЕНИЯ ПОВТОРНОГО ИШЕМИЧЕСКОГО ИНСУЛЬТА

В статье изложены основные международные рекомендации по предупреждению повторного ишемического инсульта. Они включают нелекарственные методы (отказ от курения, злоупотребления алкоголем, рациональное питание, снижение избыточного веса, регулярная физическая активность), использование антитромботических и антигипертензивных средств, статинов, у части больных — проведение хирургического лечения (каротидная эндартерэктомия, стентирование). Отмечается, что в нашей стране только небольшая часть пациентов получает лечение согласно имеющимся международным рекомендациям. Представлен собственный опыт ведения пациентов с целью предупреждения повторного ишемического инсульта, обсуждаются перспективы совершенствования профилактики рецидива этого заболевания.

Ключевые слова: предупреждение повторного ишемического инсульта, нелекарственные средства, профилактика инсульта, антитромботические средства, антигипертензивные средства, статины, каротидная эндартерэктомия

Предупреждение повторного ишемического инсульта — одно из наиболее актуальных направлений в современной неврологии. Вероятность инсульта увеличивается почти в 10 раз у лиц, перенесших транзиторную ишемическую атаку (ТИА) или инсульт [1–3]. Профилактика должна начинаться как можно раньше, в большинстве случаев она проводится в течение всей оставшейся жизни [1–7].

В настоящее время разработаны международные рекомендации по предупреждению повторного ишемического инсульта [1–3]. Внедрение этих рекомендаций в клиническую практику открывает перспективы для снижения заболеваемости инсультом и смертности от него в нашей стране, где эти показатели очень высоки [4–7].

■ НЕЛЕКАРСТВЕННЫЕ МЕТОДЫ ПРЕДУПРЕЖДЕНИЯ ПОВТОРНОГО ИШЕМИЧЕСКОГО ИНСУЛЬТА

Важную роль в профилактике рецидива ишемического инсульта играют нелекарственные методы, их использование позволяет снизить риск развития инсульта в среднем на 20–30% [1–3].

В течение от 6 месяцев до 5 лет (в среднем 4,1 года) под нашим наблюдением находилось 326 пациентов, перенесших ишемический инсульт в каротидной системе (269 пациентов) или в вертебробазилярном бассейне (57 пациентов) [8]. Наблюдение показало, что только небольшая часть пациентов следует рекомендациям врача по изменению образа жизни.

Отказ от курения или уменьшение числа выкуриваемых сигарет сопровождается постепенным существенным снижением риска рецидива. Статистические расчеты показывают, что для его предотвращения достаточно, чтобы 4 пациента,

перенесших ишемический инсульт или ТИА, отказались от дальнейшего курения [1–3].

В наблюдаемой нами группе до развития инсульта среди мужчин курили 66%, среди женщин — 33%. В результате длительного диспансерного наблюдения и регулярных разъяснений вреда курения почти одна треть пациентов отказались от него или существенно (в 2 и более раз) уменьшили число выкуриваемых сигарет [8].

Прекращение злоупотребления алкоголем уменьшает риск развития повторного инсульта у бывших алкоголиков. Всем пациентам, перенесшим ТИА или ишемический инсульт, рекомендуется отказаться от злоупотребления алкоголем [1–3].

В наблюдаемой нами группе пациентов до заболевания злоупотребляли алкоголем 36% мужчин и 15% женщин. В результате длительного диспансерного наблюдения и регулярных объяснений необходимости прекратить злоупотребление алкоголем почти половина (47%) пациентов отказались от него [8].

Пациентам, перенесшим ишемический инсульт или ТИА, рекомендуется достаточная физическая активность [1–3]. Целесообразно достижение физической активности, которая была до инсульта, и ее постепенное увеличение, если она была низкой. Положительный эффект от регулярных физических нагрузок может быть обусловлен снижением веса, артериального давления (АД), повышением толерантности к глюкозе, снижением содержания холестерина в сыворотке крови.

В наблюдаемой нами группе до развития инсульта низкую физическую активность имели большинство (80%) пациентов. В результате длительного диспансерного наблюдения и регулярных разъяснений только небольшая часть (25%) из них увеличили физическую активность, преимущественно за счет пеших прогулок [8].

Коррекция лишнего веса у пациентов, перенесших ишемический инсульт или ТИА, должна проводиться путем снижения калорийности питания и увеличения физической активности [1–3]. При этом отмечается большое значение сбалансированного питания, использования в достаточном количе-

стве фруктов и овощей, растительного масла при ограничении потребления продуктов, богатых холестерином.

В наблюдаемой нами группе до развития инсульта избыточный вес (индекс массы тела от 25 до 30 кг/м²) имели 73% пациентов, ожирение (индекс массы тела более 30 кг/м²) — 12% пациентов. За период наблюдения часть пациентов снизили вес, всего нескольким пациентам удалось достигнуть нормальных показателей массы тела [8].

АНТИГИПЕРТЕНЗИВНАЯ ТЕРАПИЯ

Большинству пациентов, перенесших ишемический инсульт или ТИА, требуется антигипертензивная терапия; примерно одну треть повторных инсультов можно предупредить путем постепенного снижения АД [1–3].

Метаанализ 7 рандомизированных контролируемых исследований, включавших 15 527 больных, которые перенесли ТИА или инсульт и наблюдались в течение от 2 до 5 лет, установил, что лечение антигипертензивными средствами приводит к достоверному снижению повторного инсульта (на 24%), инфаркта миокарда (на 21%) и смертности от сердечно-сосудистых заболеваний [9]. Снижение частоты инсульта зафиксировано при использовании в качестве антигипертензивных средств диуретиков, ингибиторов ангиотензинпревращающего фермента (АПФ), комбинации ингибиторов АПФ с диуретиком, но оно не обнаружено при применении β-адреноблокаторов. Чем значительнее снижается АД (но не ниже 120/80 мм рт.ст.) при применении антигипертензивных средств, тем существеннее снижается частота развития инсульта.

Один из последних метаанализов включал 10 рандомизированных контролируемых исследований, посвященных эффективности применения антигипертензивных средств у пациентов, которые перенесли ТИА или инсульт [10]. Результаты его также показали, что антигипертензивная терапия снижает риск развития повторного инсульта и смертности от сердечно-сосудистых заболеваний, однако при этом не выявлено достоверного снижения частоты развития инфаркта миокарда и общей смертности.

Целевой уровень АД при проведении антигипертензивной терапии индивидуален, в среднем целесообразно снижение на 10/5 мм рт.ст., при этом не рекомендуется снижение АД ниже 120/80 мм рт.ст. [1–3]. Выбор антигипертензивного средства во многом определяется сочетанными заболеваниями (сахарный диабет, ишемическая болезнь сердца и др.), при этом часто требуется комбинация нескольких препаратов [3].

Необходимо отметить, что у больных, перенесших инсульт или ТИА, риск развития повторного инсульта повышается при снижении систолического АД ниже 130 мм рт.ст. в случае одностороннего стеноза сонной артерии более 70% диаметра и при снижении систолического АД ниже 150 мм рт.ст. в случае двустороннего стеноза сонной артерии более 70% диаметра [11]. Примерно у 20% больных имеется существенный стеноз (сужение более 70% диаметра) или окклюзия сонных артерий, наличие которых делает опасным значительное снижение АД при антигипертензивной терапии. В

этих случаях целесообразно хирургическое лечение (каротидная эндартерэктомия или стентирование), после этого рекомендуется нормализация АД на фоне антигипертензивной терапии. Если хирургическое лечение не проводится, то оптимальный уровень АД, который следует достигать в этой группе больных, остается неясным, но, вероятно, систолическое АД не должно быть не ниже 130 мм рт.ст. при одностороннем существенном стенозе сонной артерии и не ниже 150 мм рт.ст. при двустороннем существенном стенозе сонной артерии [11].

Проведено только одно большое рандомизированное исследование, в котором сравнивалась эффективность двух антигипертензивных средств в профилактике повторного ишемического инсульта, — MOSES [12]. В этом исследовании было установлено преимущество блокатора рецепторов ангиотензина II эпросартана перед блокатором кальциевых каналов нитрендипином у пациентов, перенесших инсульт, в виде снижения частоты рецидива на 25%, общей смертности и всех сосудистых событий в среднем на 20% в сравнении с группой пациентов, леченных нитрендипином.

■ Целевой уровень АД при проведении антигипертензивной терапии индивидуален, в среднем целесообразно снижение на 10/5 мм рт.ст., при этом не рекомендуется снижение АД ниже 120/80 мм рт.ст. Выбор антигипертензивного средства во многом определяется сочетанными заболеваниями (сахарный диабет, ишемическая болезнь сердца и др.), при этом часто требуется комбинация нескольких препаратов.

АНТИТРОМБОТИЧЕСКАЯ ТЕРАПИЯ

При некардиоэмболическом инсульте (атеротромботическом, лакунарном и инсульте с неясной причиной) в качестве антитромботической терапии рекомендуются антитромбоцитарные средства, при кардиоэмболическом инсульте — антикоагулянты [1–3].

В качестве антитромбоцитарных средств, рекомендуемых для предупреждения повторного ишемического инсульта, в нашей стране зарегистрированы и применяются ацетилсалициловая кислота, клопидогрел, агренокс (комбинация ацетилсалициловой кислоты и дипиридамола) и тиклопидин [4–7].

Ацетилсалициловая кислота (Аспирин) — наиболее известное и широко применяемое антитромбоцитарное средство. Метаанализ нескольких исследований показал, что регулярный прием Аспирина снижает риск развития нефатального инсульта на 28% и фатального инсульта на 16%, а риск возникновения различных сосудистых событий (инсульт, инфаркт миокарда, сосудистая смерть) — в среднем на 13% [13]. Для предупреждения повторного ишемического инсульта Аспирин рекомендуется принимать в дозе от 75 до 325 мг/сут [1–3], потому что прием более высоких доз не



Профилактика инсульта и системной тромбоэмболии у пациентов с фибрилляцией предсердий неклапанного происхождения

ЭФФЕКТИВНОСТЬ

- Эффективная защита от инсульта и системной эмболии¹
- Подходит для пациентов с сердечно-сосудистым риском^{1,2}
- Защита с первого дня лечения

БЕЗОПАСНОСТЬ

- Значительно ниже частота внутримозговых и фатальных кровотечений по сравнению с варфарином¹
- Изучен у разных групп пациентов, более 75 000 пациентов в программах клинических исследований

ПРОСТОТА ПРИМЕНЕНИЯ

- 1 таблетка 1 раз в сутки
- Фиксированная доза
- Не требует мониторинга свертывания крови, ограничений в диете



Более подробная информация на сайтах:

www.xarelto.com и www.thrombosisadviser.com

КСАРЕЛТО®. Краткая инструкция по применению.

Международное непатентованное название: ривароксабан, **Лекарственная форма:** таблетки, покрытые пленочной оболочкой. 1 таблетка, покрытая пленочной оболочкой, содержит 15 или 20 мг ривароксабана микронизированного. **ПОКАЗАНИЯ К ПРИМЕНЕНИЮ:** Профилактика инсульта и системной тромбоэмболии у пациентов с фибрилляцией предсердий неклапанного происхождения. **ПРОТИВОПОКАЗАНИЯ:** повышенная чувствительность к ривароксабану или любым вспомогательным веществам, содержащимся в таблетке; клинически значимые активные кровотечения (например, внутримозговые кровоизлияния, желудочно-кишечные кровотечения); заболевания печени, протекающие с коагулопатией, которая обуславливает клинически значимый риск кровотечений; беременность и период грудного вскармливания; детский и подростковый возраст до 18 лет (эффективность и безопасность у пациентов данной возрастной группы не установлены); врожденный дефицит лактазы, непереносимость лактозы, глюкозо-галактозная мальабсорбция (в связи с наличием в составе лактозы). Клинические данные о применении ривароксабана у пациентов с тяжелой почечной недостаточностью (клиренс креатинина < 15 мл/мин) отсутствуют, поэтому применение ривароксабана не рекомендуется у данной категории пациентов. **С ОСТОРОЖНОСТЬЮ:** При лечении пациентов с повышенным риском кровотечения (в том числе при врожденной или приобретенной склонности к кровотечениям, неконтролируемой тяжелой артериальной гипертензии, язвенной болезни желудка и 12-перстной кишки в стадии обострения, недавно перенесенной язвенной болезни желудка и 12-перстной кишки, сосудистой ретинопатии, недавно перенесенном внутримозговом кровоизлиянии, при патологии сосудов спинного или головного мозга, после недавно перенесенной операции на головном, спинном мозге или глазах), при лечении пациентов с почечной недостаточностью средней степени тяжести, получающих одновременно препараты, повышающие уровень ривароксабана в плазме крови, при лечении пациентов с тяжелой почечной недостаточностью (клиренс креатинина между 30 и 15 мл/мин) следует соблюдать осторожность, поскольку концентрация ривароксабана в плазме крови у таких пациентов может значительно повышаться (в среднем в 1,6 раза) и вследствие этого они подвержены повышенному риску кровотечения. у пациентов, получающих лекарственные препараты, влияющие на гемостаз (например, НПВП, антиагреганты или другие антитромботические средства), Ксарелто® не рекомендуется к применению у пациентов, получающих системное лечение противогрибковыми препаратами азоловой группы (например, кетоконазолом) или ингибиторами протеазы ВИЧ (например, ритонавиром). Пациенты с тяжелой почечной недостаточностью или повышенным риском кровотечения и пациенты, получающие сопутствующее системное лечение противогрибковыми препаратами азоловой группы или ингибиторами протеазы ВИЧ, после начала лечения должны находиться под пристальным контролем для своевременного обнаружения осложнений в форме кровотечений. **ПОБОЧНОЕ ДЕЙСТВИЕ:** Учитывая механизм действия, применение Ксарелто® может сопровождаться повышенным риском скрытого или явного кровотечения из любых органов и тканей, которое может приводить к постгеморрагической анемии. Геморрагические осложнения могут проявляться слабостью, бледностью, головокружением, головной болью, одышкой, а также увеличением конечности в объеме или шоком, которые невозможно объяснить другими причинами. В некоторых случаях вследствие анемии развивались симптомы ишемии миокарда, такие как боль в груди и стенокардия. Также часто отмечаются анемия, тахикардия, жаворокание в глазах (включая кровоизлияние в конъюнктиву), желудочно-кишечное кровотечение (включая кровоизлияние десен и ректальное кровотечение), боли в области желудочно-кишечного тракта, диспепсия, тошнота, диарея, периферические отеки, повышение активности трансаминаз, ухудшение общего самочувствия (включая слабость, астению), кровоизлияния после проведенных процедур (включая послеоперационную анемию и кровотечение из ран), избыточная гематома при ушибе, головокружение, головная боль, кратковременный обморок, кровотечение из урогенитального тракта (включая гематурию и меноррагию), носовое кровотечение, зуд (включая нечастые случаи генерализованного зуда), сыпь, экзема, гипотензия, гематома. **Регистрационный номер:** ЛП-001457. Актуальная версия инструкции от 25.01.2012. **Производитель:** Байер Шеринг Фарма АГ, Германия. Отпускается по рецепту врача. Подробная информация содержится в инструкции по применению.

1. Patel MR, Mahaffey KW, Garg J, et al. Rivaroxaban versus warfarin in nonvalvular atrial fibrillation. N Engl J Med. 2011;365 (10):883-891. 2. Data on file. Bayer Pharma AG, Berlin, Germany.

ЗАО «БАЙЕР»

107113, Москва, 3-я Рыбинская ул., д. 18, стр. 2.
Тел.: +7 (495) 231-1200, факс: +7 (495) 231-1202
www.bayerhealthcare.ru



Bayer HealthCare

усиливает профилактическое действие, но чаще осложняется желудочно-кишечными расстройствами и кровотечениями.

Тиклопидин, производное тиснопиридина, рекомендуется принимать по 250 мг 2 раза в сутки [1]. При его приеме примерно у 2% пациентов возникает нейтропения, поэтому требуется регулярный контроль общего анализа крови (каждые 2 недели в течение первых 3 месяцев лечения) и отмена препарата при развитии нейтропении.

Клопидогрел, производное тиснопиридина, химически сходен с тиклопидином, но имеет меньше побочных эффектов, поэтому в настоящее время только клопидогрел рекомендуется для предупреждения рецидива инсульта в европейских рекомендациях [2]. Клопидогрел применяется в дозе 75 мг 1 раз в сутки, он несколько эффективнее снижает риск развития повторного инсульта, чем Аспирин, особенно у пациентов с мультифокальными проявлениями атеросклероза (поражение периферических артерий нижних конечностей, ишемическая болезнь сердца).

Агренокс (дипиридамол замедленного высвобождения по 200 мг в комбинации с 25 мг ацетилсалициловой кислоты) рекомендуется для вторичной профилактики ишемического инсульта, принимается 2 раза в сутки [1–3]. Эта комбинация имеет небольшое преимущество перед приемом одной ацетилсалициловой кислоты в отношении снижения риска развития повторного ишемического инсульта.

Варфарин рекомендуется для вторичной профилактики ишемического инсульта пациентам с фибрилляцией предсердий, внутрижелудочковым тромбом, искусственным клапаном сердца и другой патологией, опасной повторением кардиоэмболического ишемического инсульта [1–3]. В этой группе пациентов варфарин эффективнее, чем Аспирин, снижает риск развития повторного инсульта и системной эмболии.

Дозу варфарина (в среднем 2,5–10 мг/сут) подбирают постепенно, ориентируясь на международное нормализованное отношение (МНО), которое поддерживают на уровне 2–3. У пациентов, перенесших ТИА или ишемический инсульт на фоне фибрилляции предсердий, при приеме варфарина и поддержании МНО на уровне 2,0–3,5 ишемические события ежегодно развиваются только в 8% случаев при относительно низкой частоте (до 3% в год) больших кровотечений [1–3].

В настоящее время для профилактики инсульта у больных с фибрилляцией предсердий могут использоваться относительно новые пероральные антикоагулянты — дабигатран (Прадакса) и ривароксабан (Ксарелто), которые в сравнительных исследованиях с варфарином показали, что не только не уступают ему по эффективности и безопасности, но и имеют определенные преимущества [14,15].

Эффективность ривароксабана была показана в исследовании, в котором 14 264 пациента, страдающих фибрилляцией предсердий и имеющих высокий риск развития инсульта,

методом случайной выборки (рандомизации) стали получать 20 мг ривароксабана (15 мг для пациентов со сниженной функцией почек — клиренс креатинина 30–49 мл/мин) или варфарин с достижением целевого МНО [15]. Инсульт или системная эмболия развились у 269 пациентов, принимавших ривароксабан (2,1% в год) и у 306 пациентов, леченных варфарином (2,4% в год, тенденция к преимуществу для ривароксабана, $p = 0,12$). Клинически явные кровотечения развились у 1 475 пациентов, принимавших ривароксабан (14,9%), и у 1 449 пациентов, леченных варфарином (14,5%, $p = 0,44$). В группе пациентов, принимавших ривароксабан, достоверно реже, чем в группе пациентов, леченных варфарином, возникали внутричерепные кровотечения (соответственно 0,5 и 0,7%, $p = 0,02$) и фатальные кровотечения (0,2 и 0,5%, $p = 0,003$).

Следует отметить, что, обладая сравнимой с варфарином эффективностью, новые пероральные антикоагулянты имеют ряд важных преимуществ: отсутствие необходимости мониторингирования параметров свертывания крови, соблюдение определенных ограничений в питании. Положительным моментом является однократный прием

ривароксабана и минимальное число возможных лекарственных взаимодействий.

Наблюдаемые нами 326 пациентов, перенесших ишемический инсульт, стали принимать антигипертензивные, антитромбоцитарные средства или варфарин [8]. Среди 77 больных, перенесших кардиоэмболический инсульт, только 27% пациентов стали принимать варфарин, остальные 73% — антитромбоцитарные средства (в период проведения исследования дабигатран еще не рекомендовался для предупреждения повторного ишемического инсульта). Причиной отказа пациентов от приема варфарина чаще всего служила сложность регулярного контроля МНО. За весь период наблюдения не отмечено ни одного серьезного осложнения от приема антигипертензивных и антитромботических средств. В процессе наблюдения регулярный прием этих препаратов продолжил 281 пациент (86%). 45 пациентов (14%) отказывались от их регулярного применения, при этом основной причиной отказа было убеждение, что длительный прием лекарственных средств вреден для организма. Все основные сосудистые события (инсульт, инфаркт миокарда, смерть от инсульта или инфаркта миокарда) происходили достоверно реже у тех пациентов, которые регулярно принимали антитромботические и антигипертензивные препараты. Повторный инсульт развился в 58% случаев в группе пациентов, которые не принимали регулярно эти средства, и только у 22% пациентов, проводивших регулярное лечение.

СТАТИНЫ

В настоящее время пациентам, перенесшим атеротромботический или лакунарный ишемический инсульт или ТИА, рекомендуется прием статинов [1–3]. Назначение статинов в случае кардиоэмболического инсульта или ТИА показано в

■ Использование новых пероральных антикоагулянтов имеет большое значение при отсутствии возможности контроля МНО.

случае сочетанной ишемической болезни сердца, сахарного диабета, высокого уровня холестерина липопротеидов низкой плотности (ЛПНП) в сыворотке крови. Аторвастатин используется по 20–80 мг/сут, симвастатин — по 20–40 мг/сут, чтобы достичь существенного снижения холестерина ЛПНП до 2,5 ммоль/л и ниже.

Эффективность статинов для предупреждения повторного ишемического инсульта была доказана в исследовании SPARCL [15]. Согласно его результатам у пациентов, которые перенесли некардиоэмболический инсульт и не имели при этом ишемической болезни сердца и высокого уровня холестерина ЛПНП, применение аторвастатина 80 мг/сут снизило риск развития повторного ишемического инсульта и ТИА на 23%, всех коронарных событий — на 42%, больших сердечно-сосудистых событий — на 20%, потребности в любой операции по реваскуляризации — на 45%. Ведущее значение в предупреждении повторного инсульта имело снижение уровня холестерина ЛПНП, которое в группе пациентов, леченных аторвастатином, составило в среднем 38%.

Применение статинов в больших дозах в сравнении со стандартными (например 80 мг аторвастатина вместо 20 мг) может привести к дополнительному снижению риска развития инсульта, что особенно важно у пациентов с высоким риском развития повторного ишемического инсульта.

В наблюдаемой нами группе только 23 из 326 пациентов (7%), перенесших ишемический инсульт, стали использовать статины для вторичной профилактики [8]. В группе пациентов, принимавших статины, инфаркт миокарда и смерть от сосудистых событий происходили достоверно реже, чем у больных, которые его не принимали.

К сожалению, неврологи в нашей стране испытывают большую сложность в назначении статинов пациентам, перенесшим ишемический инсульт или ТИА, потому что их применение не входит в медико-экономические стандарты. Назначить статины чаще всего удастся пациентам, перенесшим не только ишемический инсульт или ТИА, но и инфаркт миокарда и (или) имеющим хроническую ишемическую болезнь сердца.

ХИРУРГИЧЕСКИЕ МЕТОДЫ ЛЕЧЕНИЯ

Каротидная эндартерэктомия рекомендуется при выраженном стенозе (сужении 70–99% диаметра) внутренней сонной артерии (ВСА) на стороне заинтересованного полушария в ранние сроки (лучше в первые 2 недели), но не позднее 6 месяцев с момента инсульта или ТИА [1–3]. При этом периоперативная заболеваемость и смертность не должны превышать 6% у оперирующего хирурга.

Проведенные сравнительно давно крупные рандомизированные исследования показали преимущество хирургического лечения перед консервативным ведением у пациентов, которые перенесли ТИА или инсульт с небольшой инвалидизацией и имели выраженный стеноз ВСА на стороне заинтересованного полушария [16, 17]. На основании результатов этих исследований каротидная эндартерэктомия рекомендуется и при умеренной степени (сужении 50–69% диаметра)

стеноза ВСА при наличии дополнительных факторов риска инсульта (например, мужской пол) и отсутствии выраженных сочетанных заболеваний.

Эффективность каротидной эндартерэктомии определяется сроком выполнения операции [18]. Она максимально эффективна в ранние сроки (в первый месяц с момента ТИА или ишемического инсульта). При увеличении срока эффективность каротидной эндартерэктомии резко снижается. Например, чтобы предотвратить один инсульт в течение 5 лет, достаточно прооперировать в среднем 5 пациентов в течение 2 недель с момента заболевания, но если операция проводится через 3 месяца и позднее, то необходимо прооперировать уже 125 пациентов. Зависимость эффективности операции от времени ее выполнения наиболее существенна у пациентов с умеренной степенью стеноза, в этой группе пациентов операция, выполненная позднее чем через 3 месяца после развития ТИА или ишемического инсульта, уже не дает положительного эффекта.

Каротидное стентирование не имеет преимуществ перед каротидной эндартерэктомией у больных, перенесших ТИА или ишемический инсульт и имеющих стеноз ВСА [1–3]. При стентировании сонных артерий лучшие результаты отмечаются в тех случаях, когда используется устройство (ловушка) для предупреждения возможной артерио-артериальной эмболии. Каротидное стентирование рекомендуется проводить опытным хирургам, у которых периоперативная заболеваемость и смертность не превышают 4%.

Каротидное стентирование рекомендуется лишь в особых случаях [1–3]: 1) расположение стеноза ВСА в месте, которое плохо доступно для проведения каротидной эндартерэктомии; 2) наличие сочетанных заболеваний, при которых высок риск осложнений при проведении каротидной эндартерэктомии; 3) радиационный стеноз ВСА; 4) рестеноз после каротидной эндартерэктомии; 5) расслоение ВСА; 6) фибромускулярная гиперплазия; 7) артериит Такаясу.

Стентирование может быть произведено у больных, перенесших ТИА или ишемический инсульт и имеющих стеноз внутричерепной артерии. Ангиопластика (баллонная дилатация) и стентирование обычно проводятся в тех случаях, когда имеются выраженные стенозы (обычно средней мозговой артерии).

Наложение экстраинтракраниального анастомоза у больных, перенесших ишемический инсульт или ТИА и имеющих закупорку ВСА, рекомендуется только в отдельных случаях, когда доказана роль гемодинамических нарушений в повторных ишемических событиях [1–3].

В наблюдаемой нами группе из 11 пациентов с выраженным стенозом ВСА (сужение более 70% диаметра) 9 больным была проведена каротидная эндартерэктомия [8]. Ни в одном случае не наблюдалось осложнений при проведении хирургического лечения. Все 9 пациентов продолжили регулярный прием антитромбоцитарных и антигипертензивных средств, 6 больных принимали статины; при этом за весь период наблюдения ни у одного больного не развился повторный инсульт. Напротив, у 2 больных, которые отказались от хирургического лечения, развился рецидив заболевания.

РЕАЛИИ И ВОПРОСЫ ОПТИМИЗАЦИИ ПРЕДУПРЕЖДЕНИЯ ПОВТОРНОГО ИШЕМИЧЕСКОГО ИНСУЛЬТА В НАШЕЙ СТРАНЕ

К сожалению, в настоящее время профилактика повторного ишемического инсульта не получила необходимого распространения в нашей стране. Только небольшая часть пациентов лечатся согласно международным рекомендациям, постоянно принимают антитромботические средства, статины, антигипертензивные препараты и при показаниях проходят своевременное хирургическое лечение [7, 8].

Значительная часть больных курсами (или регулярно) принимают преимущественно препараты, улучшающие мозговое кровообращение и метаболические процессы в головном мозге, но при этом не используются в полной мере эффективные средства предупреждения повторного ишемического инсульта. Неврологи в поликлиниках не уделяют должного внимания подбору антитромботических и антигипертензивных средств, статинов. Пациенты со значительным стенозом ВСА не проходят хирургического лечения, или оно выполняется в поздние сроки, когда его эффективность существенно снижается. Необходимо отметить, что неврологи в поликлиниках имеют относительно мало времени на консультацию перенесшего инсульт или ТИА пациента, испытывают большую сложность при выписке пациентам дорогостоящих антитромботических, антигипертензивных средств и статинов.

Многие пациенты не проводят профилактику повторного инсульта из-за низкой медицинской культуры, недостаточной информированности об эффективных средствах лечения. Часто пациенты, перенесшие ТИА или инсульт, не обращаются за консультацией в поликлинику после выписки из больницы, не меняют свой образ жизни, не отказываются от вредных привычек и не проводят рекомендованное в больнице профилактическое лечение.

Существенное улучшение профилактики повторного ишемического инсульта может быть достигнуто путем совершенствования имеющихся медико-экономических стандартов, использования современных международных рекомендаций. Однако даже в условиях действующих стандартов, как показывают результаты нашего исследования, можно существенно улучшить ведение пациентов, перенесших ТИА и ишемический инсульт. Регулярное использование относительно дешевых лекарственных средств (многие антигипертензивные средства, Аспирин) позволяет значительно снизить риск развития у пациентов не только повторного инсульта, но и инфаркта миокарда. Существенная проблема, с которой часто приходится сталкиваться при ведении пациентов, — это высокая стоимость препаратов, которые необходимо принимать с целью профилактики в течение длительного времени или пожизненно (например, статины, многие современные антигипертензивные и тромботические препараты). Поэтому в нашем наблюдении только небольшая группа пациентов регулярно принимала статины, в качестве антитромботического средства использовала Плавикс вместо Аспирина, получала относительно дорогостоящие антигипертензивные препараты для нормализации АД.

В настоящее время для предупреждения повторного ишемического инсульта разработаны международные рекомендации, которые основываются на анализе результатов крупных рандомизированных клинических исследований и широко используются во многих странах. В нашей стране эти рекомендации еще не получили должного внедрения в клиническую практику, однако их использование открывает перспективы для снижения частоты повторного инсульта и смертности от него.



ЛИТЕРАТУРА

1. Sacco R.L., Adams R., Albers G. et al. Guidelines for Prevention of Stroke in Patients With Ischemic Stroke or Transient Ischemic Attack: A Statement for Healthcare Professionals From the American Heart Association/American Stroke Association Council on Stroke: Co-Sponsored by the Council on Cardiovascular Radiology and Intervention: The American Academy of Neurology affirms the value of this guideline // *Stroke*. 2006; 37: 577 — 617.
2. European Stroke Organisation (ESO) Executive Committee; ESO Writing Committee. Guidelines for management of ischaemic stroke and transient ischaemic attack // *Cerebrovasc Dis*. 2008; 25:457—507.
3. Furie K.L., Kasner S.E., Adams R.J. et al. Guidelines for the Prevention of Stroke in Patients With Stroke or Transient Ischemic Attack A Guideline for Healthcare Professionals From the American Heart Association/American Stroke Association // *Stroke*. 2011;42: 227—276.
4. Шевченко О.П., Праскурничий Е.А., Яхно Н.Н., Парфенов В.А. Артериальная гипертензия и церебральный инсульт. М., 2001. 192 с.
5. Дамулин И.В., Парфенов В.А., Скоромец А.А., Яхно Н.Н. Нарушения кровообращения в головном и спинном мозге. В кн.: Болезни нервной системы. Руководство для врачей / под ред. Н.Н.Яхно. М.: Медицина, 2005, Т.1., С. 232—303.
6. Суслина З.А., Фонакин А.В., Гераскина Л.А. и др. Практическая кардионеврология. М.: ИМА-ПРЕСС, 2010. 304 с.
7. Парфенов В.А., Хасанова Д.Р. Ишемический инсульт. М.: МИА, 2012. — 288 с.
8. Вербицкая С.В., Парфенов В.А. Вторичная профилактика инсульта в амбулаторных условиях // *Неврологический журнал*. 2011. №1. С. 17—21.
9. Rashid P., Leonardi-Bee J., Bath P.P. Blood Pressure Reduction and Secondary Prevention of Stroke and Other Vascular Events // *Stroke*. 2003; 34: 2741—2748.
10. Lakhan S.E., Sapko M.T. Blood pressure lowering treatment for preventing stroke recurrence: a systematic review and meta-analysis // *Int Arch Med*. 2009; 2: 30.
11. Rothwell P.M., Howard S.C., Spence J.D., for the Carotid Endarterectomy Trialists' Collaboration. Relationship between Blood Pressure and Stroke Risk in Patients With Symptomatic Carotid Occlusive Disease // *Stroke*. 2003; 34: 2583—2592.
12. Schrader J., Luders S., Kulschewski A. et al. Mortality and morbidity after stroke, Eprosartan compared with Nitrendipine for secondary prevention. Principal results of a prospective randomised controlled study (MOSES) // *Stroke*. 2005; 36: 1218—1226.
13. Antithrombotic Trialists' Collaboration. Collaborative meta-analysis of randomised trials of antiplatelet therapy for prevention of death, myocardial infarction, and stroke in high risk patients // *BMJ*. 2002; 324: 71—86.
14. Connolly S., Ezekowitz M.D., Yusuf S. et al. Dabigatran versus warfarin in patients with atrial fibrillation // *N Engl J Med*. 2009; 361: 1139—1151.

Полный список литературы вы можете запросить в редакции.