

Министерство здравоохранения Свердловской области
Уральский государственный медицинский университет
Свердловский областной центр медицинской профилактики
Свердловская областная клиническая больница №1

ПРОФИЛАКТИКА ИНСУЛЬТА

ИНФОРМАЦИОННОЕ ПОСОБИЕ ДЛЯ ВРАЧЕЙ

Екатеринбург
2015

Министерство здравоохранения Свердловской области
Уральский государственный медицинский университет
Свердловский областной центр медицинской профилактики
Свердловская областная клиническая больница №1

ПРОФИЛАКТИКА ИНСУЛЬТА

ИНФОРМАЦИОННОЕ ПОСОБИЕ ДЛЯ ВРАЧЕЙ

Екатеринбург
2015

Разработчики:

ГАУЗ СО «Свердловский областной центр медицинской профилактики», начальник, главный внештатный специалист по профилактике Министерства здравоохранения Свердловской области С.В. Глуховская

Региональный сосудистый центр ГБУЗ СО «Свердловская областная клиническая больница №1», руководитель, д.м.н., профессор А.А. Белкин

Составители:

Ж.В. Максимова, к.м.н., доцент кафедры терапии ФПК и ПП ГБОУ ВПО «Уральский государственный медицинский университет» Минздрава России, зав. отделом мониторинга факторов риска неинфекционных заболеваний ГАУЗ СО «СОЦМП».

А.М. Алашеев, к.м.н., главный внештатный специалист-невролог Министерства здравоохранения Свердловской области.

Церебральный инсульт является проблемой чрезвычайной медицинской и социальной значимости ввиду его высокой распространённости и грозных последствий (инвалидность и смерть). В структуре смертности от болезней системы кровообращения сосудистые заболевания мозга занимают одно из ведущих мест (40%). Высокая смертность от цереброваскулярных болезней (ЦВБ) в трудоспособных возрастных группах населения значительно повышает социальную значимость этого вида патологии. Ежегодно в Свердловской области от ЦВБ преждевременно умирает более 5 000 человек трудоспособного возраста.

Для решения проблемы высокой заболеваемости и смертности от ЦВБ, наряду со стратегией совершенствования системы оказания медицинской помощи больным с уже свершившимся инсультом, принципиальное значение имеет организация и проведение эффективных профилактических мероприятий.

Данное информационное издание призвано ознакомить медицинских работников любой специальности с факторами риска и современными подходами к профилактике церебрального инсульта. Систематическое применение врачами в рамках своей деятельности научно обоснованных профилактических вмешательств с доказанной эффективностью позволит добиться существенного снижения заболеваемости ЦВБ на популяционном уровне.

ОГЛАВЛЕНИЕ

ОРГАНИЗАЦИЯ ПОМОЩИ БОЛЬНЫМ С ИНСУЛЬТАМИ.....	5
Симптомы инсульта	5
Действия врача.....	5
Система организации помощи больным с инсультами на территории Свердловской области.....	5
МЕРОПРИЯТИЯ ПО ПЕРВИЧНОЙ ПРОФИЛАКТИКЕ ИНСУЛЬТА.....	6
Немодифицируемые факторы риска инсульта.....	6
Модифицируемые факторы риска инсульта.....	6
Генетические факторы.....	6
Курение.....	7
Физическая активность.....	7
Питание.....	7
Алкоголь.....	7
Дислипидемия.....	8
Артериальная гипертензия.....	11
Избыточная масса тела и ожирение.....	11
Сахарный диабет	11
Фибрилляция предсердий.....	11
Митральный стеноз.....	14
Протезированные клапаны сердца.....	14
Миксома левого предсердия.....	15
Фиброэластома сердца.....	15
Инфаркт миокарда.....	15
Сердечная недостаточность.....	15
Открытое овальное окно.....	15
Бессимптомный стеноз сонной артерии.....	15
Серповидноклеточная анемия.....	16
Мигрень.....	16
Злоупотребление наркотиками.....	17
Синдром ночного апноэ.....	17
Гипергомоцистеинемия.....	17
Гиперкоагуляция.....	17
Воспаление и инфекция.....	17
Антиагреганты.....	18
Первичная профилактика в отделении неотложной помощи....	18
Оценка риска инсульта.....	18

МЕРОПРИЯТИЯ ПО ВТОРИЧНОЙ ПРОФИЛАКТИКЕ ИНСУЛЬТА У ПАЦИЕНТОВ, ПЕРЕНЕСШИХ ТРАНЗИТОРНУЮ ИШЕМИЧЕСКУЮ АТАКУ ИЛИ ИНСУЛЬТ.....	19
Артериальная гипертония.....	19
Дислипидемия.....	20
Нарушения углеводного обмена и сахарный диабет.....	20
Ожирение.....	20
Метаболический синдром.....	20
Физическая активность.....	21
Питание.....	21
Синдром ночного апноэ.....	21
Курение.....	22
Алкоголь.....	22
Поражение экстракраниальных сонных артерий.....	22
Поражение экстракраниальных позвоночных артерий.....	24
Атеросклероз интракраниальных артерий.....	25
Фибрилляция предсердий.....	26
Острый инфаркт миокарда и тромб левого желудочка.....	26
Кардиомиопатия.....	27
Поражение естественных клапанов сердца (стеноз, недостаточность и пролапс митрального клапана, кальцификация митрального кольца, поражение аортального клапана).....	27
Протезированные клапаны сердца.....	28
Антиагреганты и оральные антикоагулянты.....	28
Атерома дуги аорты.....	29
Диссекция артерий.....	29
Открытое овальное окно.....	29
Гипергомоцистеинемия.....	30
Гиперкоагуляция.....	30
Антифосфолипидные антитела.....	30
Серповидно-клеточная анемия.....	30
Тромбоз церебрального венозного синуса.....	31
Беременность.....	31
Кормление грудью.....	31
Использование антикоагулянтной терапии после внутримозгового кровоизлияния.....	32
ЛИТЕРАТУРА.....	33
ПРИЛОЖЕНИЕ.....	35
Перечень лечебно-профилактических учреждений Свердловской области, имеющие первичные сосудистые отделения для больных с инсультами	35
ПОЛЕЗНАЯ КОНТАКТНАЯ ИНФОРМАЦИЯ.....	38

ОРГАНИЗАЦИЯ ПОМОЩИ БОЛЬНЫМ С ИНСУЛЬТАМИ

Симптомы инсульта

Ключевыми симптомами инсульта являются внезапно развившиеся:

- нарушение речи;
- асимметрия лица;
- односторонняя слабость в конечности.

Кроме того, на инсульт могут указывать следующие симптомы, развившиеся в течение нескольких минут или часов:

- сильная (как удар, самая сильная в жизни) головная боль без какой-либо очевидной причины;
- онемение половины лица, туловища или всей конечности;
- нарушение зрения на одном или двух глазах, ощущение двоения в глазах;
- нарушение походки или потеря равновесия.

Действия врача

При подозрении на инсульт необходимо экстренно вызвать бригаду скорой медицинской помощи (СМП) или невролога, если местом случая является медицинское учреждение, где есть невролог.

Система организации помощи больным с инсультами на территории Свердловской области

Для оказания помощи больным с инсультами в Свердловской области организован Региональный сосудистый центр (РСЦ) на базе ГБУЗ СО «Свердловская областная клиническая больница №1» и сеть первичных сосудистых отделений (ПСО) на базе межмуниципальным медицинских центров и лечебно-профилактических учреждений Екатеринбурга. Специализированная медицинская помощь больным с инсультами оказывается в ПСО, куда больные доставляются бригадами СМП. Перечень ПСО и контактная информация РСЦ приведены в Приложении.

Минуя приёмный покой, в течение 20 минут после прибытия в ПСО больному проводятся неврологический осмотр, компьютерная томография и анализ крови для подтверждения диагноза. Как минимум в течение 24 часов больной наблюдается в условиях платы интенсивной терапии. Ранняя реабилитация и вторичная профилактика инсульта начинаются с первых суток госпитализации.

Раннее распознавание инсульта и особый порядок поступления в ПСО (минуя приёмное отделение, безотлагательное проведение диагностики) необходимы для госпитализации больного в течение 4,5 часов от появления симптомов с целью проведения тромболитической терапии. Тромболитическая терапия – единственный метод лечения, по-

звolyающий обратить симптомы инсульта и избежать инвалидизации.

При выписке из ПСО больному составляется индивидуальный план профилактики инсульта и назначается дальнейшая реабилитация. После завершения реабилитационного этапа больной состоит на диспансерном учёте у терапевта и невролога минимум в течение трёх лет, посещая их на 3, 6, 9, 12, 18, 24 и 36 месяцев от даты инсульта.

МЕРОПРИЯТИЯ ПО ПЕРВИЧНОЙ ПРОФИЛАКТИКЕ ИНСУЛЬТА

Немодифицируемые факторы риска инсульта

Хотя на эти факторы повлиять невозможно, тем не менее, их следует учитывать для общей оценки риска инсульта и определения стратегии лечения.

- Возраст.
- Низкий вес при рождении.
- Наследственность (генетические факторы).

Модифицируемые факторы риска инсульта

- Курение.
- Низкая физическая активность.
- Нерациональное питание.
- Дислипидемия.
- Артериальная гипертензия (АГ).
- Ожирение.
- Сахарный диабет (СД).
- Фибрилляция предсердий (ФП).
- Другие заболевания сердца (тромб в левом предсердии, низкая фракция выброса левого желудочка, первичные опухоли сердца, эндокардит, вегетации, клапанные пороки и протезы, дилатационная кардиомиопатия, инфаркт миокарда).
 - Бессимптомный стеноз сонных артерий.
 - Синдром ночного апноэ.
 - Метаболический синдром.
 - Злоупотребление кокаином, амфетаминами.
 - Серповидноклеточная анемия.

Генетические факторы

Сбор семейного анамнеза может помочь выделить лиц с повышенным риском инсульта.

При решении вопроса о назначении медикаментозной терапии для профилактики инсульта могут быть использованы антагонисты вита-

мина К.

Проведение неинвазивного скрининга для диагностики внутричерепных аневризм рекомендуется:

- пациентам, у которых имеются два и более родственника первой степени родства с интракраниальными аневризмами или перенёвших субарахноидальное кровоизлияние;
- пациентам с аутосомно-доминантным поликистозом почек (ПП), у которых имеется один или более родственник с ПП и интракраниальными аневризмами или перенёвший субарахноидальное кровоизлияние;
- пациентам с фибромускулярной дисплазией шейных артерий.

Курение

При каждом визите пациента независимо от повода обращения следует выяснять статус курения и проводить поведенческое консультирование по отказу от курения, рекомендовать никотинзаместительную или медикаментозную терапию. Избегать пассивного вдыхания табачного дыма.

Физическая активность

Повышение физической активности ассоциируется со снижением риска инсульта. Взрослым рекомендуется поддерживать регулярную динамическую физическую активность умеренной (быстрая ходьба) или значительной (бег) интенсивности, по крайней мере, 40 минут в день 3–4 дня в неделю.

Питание

Для снижения уровня АД рекомендуется ограничение употребления натрия, насыщенного жира и увеличение в рационе овощей, фруктов и молочных продуктов пониженной жирности. Диета, богатая овощами и фруктами (≥ 5 порций/штук в день), а, следовательно, с высоким содержанием калия способствует снижению риска инсульта. Добавление в рацион орехов (≥ 2 порций в неделю) снижает сердечно-сосудистую смертность. Продемонстрировано благотворное влияние на здоровье (предотвращение смерти, нефатального инфаркта, инсульта и рака) «средиземноморской» диеты, в её основе – растительные масла, овощи, бобовые, фрукты, орехи, злаковые цельнозерновые продукты, сыр, йогурт, рыба.

Алкоголь

Желательно полное прекращение или сокращение употребления алкоголя, по крайней мере, до 2 стандартных доз в день для мужчин и 1 стандартной дозы в день для женщин эпизодически. Стандартная доза – это порция алкогольных напитков, содержащая около 10 г или

15 мл чистого спирта. 1 стандартная доза содержится в кружке пива 5% (285 мл), небольшом бокале (120 мл) некрепленoго вина (крепостью до 12%), половине бокала (60 мл) крепленoго вина (крепостью 16-20%), рюмке (30 мл) крепких алкогольных напитков (водка, коньяк).

Дислипидемия

В первичной профилактике инсульта ведущее значение имеют немедикаментозные методы коррекции дислипидемии, в частности, снижение потребления с пищей холестерина (ХС) и насыщенных жирных кислот (в продуктах животного происхождения), увеличение употребления овощей, фруктов и зерновых, богатых пектином и клейковинной, способствующим выведению из кишечника ХС и продуктов превращения ХС – желчных кислот.

В тактике лечения дислипидемии решающее значение имеет не столько уровень холестерина, сколько общий сердечно-сосудистый риск (низкий, умеренный, высокий, очень высокий).

К группе очень высокого риска относятся пациенты, имеющие сердечно-сосудистое заболевание (ССЗ) (например, перенесшие инфаркт миокарда, острый коронарный синдром или реваскуляризацию коронарных артерий), сахарный диабет с повреждением органов-мишеней (например, с микроальбуминурией), хроническую болезнь почек умеренной и выраженной степени тяжести (скорость клубочковой фильтрации <60 мл/мин/1,73 м²) или 10-летний риск смерти от ССЗ по шкале SCORE $\geq 10\%$.

К группе высокого риска относятся пациенты с существенным повышением одного фактора риска (например, при наследственной дислипидемии, уровне холестерина более 8 ммоль/л или выраженной артериальной гипертонии) или 10-летним риском смерти от ССЗ по шкале SCORE $\geq 5\%$ и $<10\%$.

К группе умеренного риска относятся пациенты, имеющие 10-летний риск смерти от ССЗ по шкале SCORE $\geq 1\%$ и $<5\%$. Большинство людей среднего возраста относится к этой группе.

К группе низкого риска относятся пациенты с оценкой по шкале SCORE $<1\%$.

Согласно рекомендациям европейского общества кардиологов (2011), лекарственная терапия статинами наряду с изменением образа жизни показана пациентам:

- с очень высоким сердечно-сосудистым риском (ССР) и уровнем холестерина липопротеидов низкой плотности (ХС ЛПНП) $\geq 1,8$ ммоль/л (целевой уровень $<1,8$ ммоль/л); пациентам с инфарктом миокарда статины необходимо назначать независимо от уровня ХС ЛПНП;

- с высоким ССР и уровнем ХС ЛПНП $\geq 2,5$ ммоль/л (целевой уровень $<2,5$ ммоль/л).

Пациентам с умеренным риском следует рассмотреть целесообраз-

ность назначения статинов при недостаточной эффективности немедикаментозных методов коррекции и уровне ХС ЛПНП $\geq 2,5$ ммоль/л, особенно $\geq 5,0$ ммоль/л (целевой уровень $< 3,0$ ммоль/л).

В рекомендациях американского колледжа кардиологов (2013) акцент с целевых уровней ХС ЛПНП смещен к интенсивности липидснижающей терапии. Так, лицам 21 года и старше с уровнем ХС ЛПНП ≥ 5 ммоль/л рекомендуется назначение терапии статинами высокой интенсивности, независимо от сердечно-сосудистого риска. Пациентам с сахарным диабетом 40-75 лет и уровнем ХС ЛПНП 1,8-4,9 ммоль/л показана терапия статинами умеренной интенсивности, а при высоком ССР – терапия высокой интенсивности (табл. 1).

Таблица 1

Терапия статинами высокой, умеренной и низкой интенсивности

Терапия статинами высокой интенсивности	Терапия статинами умеренной интенсивности	Терапия статинами низкой интенсивности
Ежедневный прием позволяет снизить уровень ХС ЛПНП на $\geq 50\%$	Ежедневный прием позволяет снизить уровень ХС ЛПНП на $30\% - < 50\%$	Ежедневный прием позволяет снизить уровень ХС ЛПНП на $< 30\%$
Аторвастатин (40)-80 мг Розувастатин 20 (40) мг	Аторвастатин 10 (20) мг Розувастатин (5) 10 мг Симвастатин 20-40 мг	Симвастатин 10 мг

Stone N.J., Robinson J.G., Lichtenstein A.H., Bairey Merz C.N., Blum C.B., Eckel R.H., et al. 2013 ACC/AHA guideline on the treatment of blood cholesterol to reduce atherosclerotic cardiovascular risk in adults: a report of the American College of Cardiology/American Heart Association Task Force on Practice Guidelines. Circulation 2014; 129(suppl 2): S1-S45.

Международное общество по изучению атеросклероза (An International Atherosclerosis Society. Global recommendations for the management of dyslipidemia, 2013) для определения тактики лечения дислипидемии рекомендует оценивать долговременный, а не 10-летний риск ССЗ. Наиболее подходящим инструментом подобной оценки является алгоритм Lloyd-Jones/Framingham (табл. 2).

В таблице 3 приводятся результаты оценки общей заболеваемости сердечно-сосудистыми заболеваниями у лиц в возрасте от 50 до 80 лет, на основании четырех факторов риска.

Для первичной профилактики предлагается стратифицировать степени риска развития сердечно-сосудистых заболеваний атеросклеротического генеза у лиц в возрасте до 80 лет следующим образом: высокий риск ($\geq 45\%$), умеренно-высокий риск (30-44%), умеренный

риск (15-29%) и низкий риск (<15%).

Таблица 2

Алгоритм оценки долговременного сердечно-сосудистого риска по Lloyd-Jones/Framingham

Фактор риска	Малый*	Умеренный*	Значительный
Холестерин (моль/л)	4,7-5,1	5,2-6,2	>6,2
Систолическое АД (мм рт.ст.)	120-139	140-159	>160
Курение	0	0	+++
Сахарный диабет	0	0	+++

* Термин «малый» относится к нежелательным показателям, а термин «умеренный» относится к степени повышения.

Lloyd-Jones D.M., Leip E.P., Larson M.G., D'Agostino R.B., Beiser A., Wilson P.W., Wolf P.A., Levy D. Prediction of lifetime risk for cardiovascular disease by risk factor burden at 50 years of age. *Circulation* 2006; 113: 791-8.

Таблица 3

Риск развития сердечно-сосудистых заболеваний у лиц в возрасте до 80 лет

Фактор риска	Мужчины	Женщины
Отсутствует	5%	8%
≥1, малый	25%	10%
≥1, умеренный	38%	22%
1, значительный	45%	25%
≥2, значительный	60%	45%

Lloyd-Jones D.M., Leip E.P., Larson M.G., D'Agostino R.B., Beiser A., Wilson P.W., Wolf P.A., Levy D. Prediction of lifetime risk for cardiovascular disease by risk factor burden at 50 years of age. *Circulation* 2006; 113: 791-8.

Согласно рекомендациям Международного общества по изучению атеросклероза, оптимальные уровни ХС ЛПНП при первичной профилактике в течение всей жизни должны составлять менее 2,6 ммоль/л. Такой уровень особенно желателен в популяциях с высоким риском. В популяциях с низким риском или у отдельных пациентов с малым количеством факторов риска могут быть приемлемы почти оптимальные уровни ХС ЛПНП (2,6-3,3 ммоль/л). Интенсивность гиполипидемической терапии должна корректироваться по долговременному риску. В связи со значительной изменчивостью обстоятельств, влияющих на применение липидснижающей терапии, эти указания оставляют выбор интенсивности лечения на усмотрение лечащих врачей.

Артериальная гипертония

Рекомендуется регулярный скрининг на артериальную гипертонию 1 раз в 2 года и соответствующее лечение при диагностике АГ. При уровне систолического АД (САД) 120-139 мм рт.ст. или диастолического АД (ДАД) 80-89 мм рт.ст. целесообразны ежегодный скрининг на АГ и мероприятия по изменению образа жизни. Снижение АД у больных АГ с достижением целевых уровней АД является неотъемлемой составляющей профилактики инсульта.

Целевые уровни артериального давления (АД) при лечении артериальной гипертонии: систолическое – <140 мм рт. ст., диастолическое – <90 мм рт.ст. У пациентов с сахарным диабетом следует стремиться к цифрам АД – $<140/85$ мм рт.ст. У пожилых пациентов АГ с САД >160 мм рт.ст., согласно имеющимся доказательствам, целесообразно его снижение до уровня 140-150 мм рт.ст. При достижении целевого уровня АД необходимо учитывать нижнюю границу снижения: САД до 110-115 мм рт.ст. и ДАД до 70-75 мм рт.ст.

Для профилактики инсульта рекомендуются любые схемы антигипертензивной терапии, которые обеспечивают эффективное снижение АД. Домашний мониторинг АД улучшает контроль АГ.

Избыточная масса тела и ожирение

Пациентам, имеющим избыточную массу тела (индекс массы тела (ИМТ) 25-29,9 кг/м²) и ожирение (ИМТ ≥ 30 кг/м²), следует дать рекомендации по снижению веса, так как это важно для снижения АД и риска инсульта.

Сахарный диабет

При наличии сахарного диабета 1 или 2 типа необходимо тщательно контролировать АД и уровень гликемии. Для лечения артериальной гипертонии у пациентов с сахарным диабетом препаратами первого выбора являются ингибиторы ангиотензин-превращающего фермента (ИАПФ) или блокаторы рецепторов ангиотензина II (БРА). В качестве комбинированной терапии могут быть добавлены антагонисты кальция, агонисты имидазолиновых рецепторов, тиазидные диуретики в низких дозах, бета-блокаторы (бисопролол, небиволол или карведилол). Рекомендуется назначение статинов, особенно при уровне ХС ЛПНП $\geq 2,5$ ммоль/л и наличии дополнительных, помимо СД, факторов риска ССЗ. Рассмотреть целесообразность назначения антиагреганта (ацетилсалициловой кислоты или клопидогреля) пациентам с сахарным диабетом, имеющим высокий сердечно-сосудистый риск.

Фибрилляция предсердий

Всем лицам старше 65 лет целесообразно проводить скрининг на фибрилляцию предсердий (ФП) по пульсу с последующей регистраци-

ей электрокардиограммы для подтверждения диагноза.

В связи с тем, что при ФП могут образовываться тромбы в полостях сердца, наиболее эффективным методом профилактики кардиоэмболии является назначение антикоагулянтов. Новые оральные антикоагулянты (НОАК: дабигатран и ривароксабан), обладая прямым действием на гемостаз, в отличие от варфарина не требуют контроля уровня международного нормализованного отношения (МНО) и не зависят от содержания витамина К в рационе человека. Однако пока эффективность и безопасность НОАК доказана не при всех причинах кардиоэмболии. Из НОАК предпочтительнее назначать дабигатран, так как этот препарат превзошёл варфарин по эффективности профилактики инсульта.

Перед назначением антикоагулянтов необходимо оценить риск тромбоэмболических и геморрагических осложнений.

Оценка риска развития инсульта и системных тромбоэмболий (ТЭ) у больных с неклапанной фибрилляцией предсердий проводится по шкале CHA₂DS₂-VASc, представленной в рекомендациях Европейского общества кардиологов (табл. 4).

Таблица 4

Оценка риска развития инсульта и системных тромбоэмболий у больных с неклапанной* фибрилляцией предсердий по шкале **CHA₂DS₂-VASc (ESC, 2010)**

Факторы риска	Баллы***
Возраст (годы)	
65-74	1
≥ 75	2
ХСН (систолическая дисфункция ЛЖ, фракция выброса ≤40%)	1
Артериальная гипертония	1
Сахарный диабет	1
Инсульт / ТИА / тромбоэмболизм	2
Сердечно-сосудистые заболевания**	1
Женский пол	1
Максимальное количество баллов	9

*Наличие митрального стеноза или протезированных клапанов сердца определяют высокий риск инсульта и тромбоэмболий.

** инфаркт миокарда в анамнезе, заболевание периферических артерий, атеросклеротическая бляшка в аорте.

*** ≥ 2 баллов – показан оральные антикоагулянт; 1 балл – оральные антикоагулянт (более предпочтителен) или ацетилсалициловая кислота 75-325 мг; 0 баллов – ацетилсалициловая кислота 75-325 мг или отсутствие лечения (более предпочтительно).

Guidelines for the management of atrial fibrillation. The Task Force for the Management of Atrial Fibrillation of the European Society of Cardiology (ESC). European Heart Journal 2010; 31: 2369–2429.

В настоящее время для оценки риска кровотечений применяется шкала HAS-BLED, представленная в рекомендациях Европейского общества кардиологов по лечению фибрилляции предсердий (табл. 5). Вероятность кровотечения считается высокой при количестве баллов по шкале HAS-BLED больше 3.

Таблица 5

Шкала расчёта риска кровотечения HAS-BLED (ESC, 2010)

Буква	Клиническая ситуация*	Баллы**
H	Артериальная гипертензия	1
A	Нарушение функции почек или печени (по 1 баллу на каждый)	1 или 2
S	Инсульт в анамнезе	1
B	Кровотечения в анамнезе	1
L	Лабильность МНО	1
E	Пожилой возраст (> 65 лет)	1
D	Злоупотребление алкоголем или приём некоторых лекарственных средств (НПВС, антиагреганты)	1 или 2
Максимальное количество баллов		9

*Артериальная гипертензия – систолическое АД >160 мм рт.ст.

Нарушение функции почек – хронический диализ или трансплантация почек, или уровень сывороточного креатинина ≥ 200 ммоль/л.

Нарушение функции печени – хроническое заболевание печени (цирроз) или биохимические признаки значительной печёночной дисфункции (билирубин выше в 2 раза верхней границы нормы в сочетании с АСТ/АЛТ, превышающими в 3 раза верхние границы нормы).

Кровотечения в анамнезе и/или склонность к кровотечениям (геморрагический диатез, анемия).

Лабильность МНО – нестабильные/высокие показатели МНО.

**Высокий риск ≥ 3 баллов.

Guidelines for the management of atrial fibrillation. The Task Force for the Management of Atrial Fibrillation of the European Society of Cardiology (ESC). European Heart Journal 2010; 31: 2369–2429.

Пациентам с неклапанной ФП назначение НОАК или варфарина рекомендуется при наличии высокого и умеренного риска инсульта и ТЭ (≥ 2 баллов по шкале CHA₂DS₂-VASc) и низкого риска кровотечений. При приёме варфарина целевой уровень МНО составляет 2-3. Лицам, набравшим 0 баллов по шкале CHA₂DS₂-VASc, антитромботическая те-

рапия не показана. При количестве баллов – 1 и низком риске геморрагических осложнений возможны три варианта: воздержаться от антитромботической терапии, назначить антикоагулянт или ацетилсалициловую кислоту. Выбор антитромботического препарата должен быть индивидуализированным с учётом факторов риска (особенно риска внутримозгового кровотечения), стоимости, переносимости, предпочтений пациента, лекарственного взаимодействия, возможности мониторинга МНО и других клинических характеристик.

Пациентам с клапанной ФП, имеющим ≥ 2 баллов по шкале CHA₂DS₂-VASc и низкий риск кровотечений, показан постоянный приём варфарина (целевой уровень МНО – 2-3).

Пациентам с ФП из группы высокого риска в случае невозможности приёма антикоагулянтов может быть показано ушивание ушка левого предсердия при условии проведения в центре с низким периоперационным риском и при отсутствии противопоказаний к назначению антикоагулянтной терапии, по крайней мере, на протяжении 45 дней после вмешательства.

Митральный стеноз

Пациентам с митральным стенозом показано назначение непрямого перорального антикоагулянта варфарина при наличии ФП, а также при синусовом ритме, но с перенесёнными тромбоэмболическими эпизодами или с эхокардиографическими признаками тромба в левом предсердии или увеличения левого предсердия (≥ 55 мм) (целевой уровень МНО 2-3).

Протезированные клапаны сердца

Все пациенты с механическими искусственными клапанами сердца должны пожизненно принимать варфарин с контролем МНО.

Пациентам после замены аортального клапана двухстворчатым (клапаны Carbomedics, St. Jude Medical) или одностворчатым протезом последнего поколения (клапан Medtronic Hall) при отсутствии факторов риска рекомендуется прием варфарина до достижения МНО 2,5 (2,0-3,0). После установки клапанных протезов старого поколения (например, шарового протеза) или при наличии факторов риска (ФП, тромбоэмболии в анамнезе, выраженная дисфункция левого желудочка (фракция выброса $< 35\%$), состояние гиперкоагуляции) целевой уровень МНО составляет 3,0 (2,5-3,5).

После имплантации механического клапана в митральную позицию рекомендуемый уровень МНО во всех случаях составляет 3,0 (2,5-3,5).

Всем пациентам с протезированными механическими клапанами в дополнение к варфарину показано назначение ацетилсалициловой кислоты в дозе 75-100 мг.

Пациенты с биологическими протезами клапанов, а также после пластики митрального клапана должны принимать варфарин первые

3 месяца после операции (целевой уровень МНО 2,5, от 2 до 3). Всем пациентам с биопротезами аортального и митрального клапанов рекомендуется пожизненный прием ацетилсалициловой кислоты в дозе 75-100 мг.

После чрекатетерной имплантации аортального клапана рекомендуется назначение клопидогреля 75 мг ежедневно на протяжении первых 6 месяцев после вмешательства наряду с пожизненным приемом ацетилсалициловой кислоты в дозе 75-100 мг.

Миксома левого предсердия

При миксоме левого предсердия требуется ее хирургическое удаление.

Фиброэластома сердца

Хирургическое вмешательство показано при симптомной фиброэластоме, а также при ее размерах >1 см или в случае подвижности, даже при отсутствии симптомов.

Инфаркт миокарда

Пациентам с инфарктом миокарда (ИМ) с подъемом сегмента ST при наличии асимптомного пристеночного тромба в левом желудочке показан прием варфарина. Следует также рассмотреть целесообразность назначения антикоагулянтной терапии в случае сегментарного нарушения подвижности стенки левого желудочка (акинезия или дискинезия передневерхушечной области).

Сердечная недостаточность

Пациентам с сердечной недостаточностью целесообразно назначение антикоагулянта или антиагреганта, даже при отсутствии ФП и предшествующих тромбоэмболических эпизодов.

Открытое овальное окно

Пациентам с открытым овальным окном антитромботическая терапия и хирургическое закрытие не рекомендуются с целью первичной профилактики инсульта.

Бессимптомный стеноз сонной артерии

Популяционный скрининг на бессимптомный стеноз сонной артерии не рекомендуется.

Пациентам с бессимптомным стенозом сонной артерии рекомендуется ежедневный прием ацетилсалициловой кислоты и статина. Также следует выявлять модифицируемые факторы риска инсульта и осуществлять их коррекцию посредством изменения образа жизни и соответствующей медикаментозной терапии.

Пациентам, которым показано проведение каротидной эндартерэктомии (КЭА), рекомендуется прием ацетилсалициловой кислоты, как до, так и после вмешательства, при отсутствии противопоказаний.

Проведение каротидной эндартерэктомии может быть целесообразным у бессимптомных пациентов со стенозом внутренней сонной артерии $>70\%$ при условии низкого периоперационного риска инсульта, инфаркта миокарда и смерти ($<3\%$). Однако преимущества КЭА над современной медикаментозной терапией не установлены.

Пациентам с атеросклеротическим стенозом $>50\%$ рекомендуется проводить ежегодное ультразвуковое исследование (УЗИ) квалифицированным специалистом для оценки прогрессирования или регресса заболевания на фоне проводимой медикаментозной терапии.

Вопрос о проведении профилактического стентирования сонной артерии рассматривается у отдельных пациентов с бессимптомным каротидным стенозом $\geq 60\%$ по данным ангиографии или $\geq 70\%$ по данным УЗИ. Однако эффективность этого вмешательства в сравнении с медикаментозной терапией не установлена.

Серповидноклеточная анемия

Детям с серповидноклеточной анемией (СКА), начиная с 2 лет, следует ежегодно до 16 лет проводить скрининг посредством транскраниального УЗИ. Оптимальный скрининговый интервал не установлен, однако более частое проведение УЗИ рекомендуется детям младшего возраста и имеющим пограничные показатели скорости кровотока для своевременного выявления показаний к вмешательству. Магниторезонансная томография или ангиография не рекомендуются в качестве скрининговых методов вместо УЗИ, так как не установлены критерии, позволяющие определить показания к трансфузионной терапии для первичной профилактики инсульта.

Детям с СКА и повышенным риском инсульта показана трансфузионная терапия (целевое снижение гемоглобина S до уровня $<30\%$). Существуют данные о целесообразности продолжения трансфузий, даже при нормализации скорости кровотока по данным УЗИ. При невозможности проведения трансфузий крови детям с повышенным риском инсульта может быть показано назначение гидроксикарбамида или трансплантации костного мозга. У взрослых с серповидноклеточной анемией следует выявлять общепризнанные факторы риска инсульта и проводить их коррекцию.

Мигрень

Курящим женщинам, страдающим мигренозной головной болью с аурой, настоятельно рекомендуется отказ от курения.

Женщинам, которые принимают оральные контрацептивы (особенно эстроген-содержащие) и страдают мигренозными головными болями с аурой, следует заменить гормональную терапию другими альтер-

нативными препаратами.

Лечение для уменьшения частоты мигрени может быть целесообразным для снижения риска инсульта.

Злоупотребление наркотиками

Пациентов, злоупотребляющих препаратами, повышающими риск инсульта (кокаин, амфетамины), следует направлять к наркологу.

Синдром ночного апноэ

У пациентов с абдоминальным ожирением, артериальной гипертензией, особенно резистентной к терапии, ишемической болезнью сердца необходимо выяснять проявления синдрома ночного апноэ (в т.ч. с использованием специальных вопросников – шкала оценки сонливости Эпворта, Берлинский вопросник) и при необходимости направлять на полисомнографию и консультацию сомнолога.

Гипергомоцистеинемия

Пациентам с гипергомоцистеинемией для снижения риска инсульта может быть целесообразным назначение комплекса витаминов группы В, кобаламина (B_{12}), пиридоксина (B_6) и фолиевой кислоты, однако эффективность этого точно не установлена.

Гиперкоагуляция

Целесообразность генетического скрининга на врожденные гиперкоагуляционные состояния не установлена. Польза специфического лечения врожденной или приобретенной тромбофилии для первичной профилактики инсульта у асимптомных пациентов не определена.

Пациентам с устойчивой циркулирующей антител к фосфолипидам назначение низких доз ацетилсалициловой кислоты для первичной профилактики инсульта не показано.

Воспаление и инфекция

Пациентов с хроническими воспалительными заболеваниями, такими как ревматоидный артрит или системная красная волчанка, следует рассматривать как группу с повышенным риском инсульта.

В связи с тем, что системное воспаление и гипертермия могут провоцировать инсульт, ежегодная вакцинация против гриппа может быть полезной для пациентов, имеющих высокий риск инсульта.

Для выявления лиц с повышенным риском инсульта может быть целесообразным исследование воспалительных маркеров, в частности, высокочувствительного С-реактивного протеина (СРП), хотя польза этого в рутинной клинической практике точно не установлена.

У пациентов с повышенным уровнем высокочувствительного СРП ($>2,0$ мг/дл) следует рассмотреть целесообразность назначения ста-

тинов для снижения риска инсульта.

Лечение антибиотиками хронических инфекций для профилактики инсульта не рекомендуется.

Антиагреганты

Назначение ацетилсалициловой кислоты или клопидогреля для первичной профилактики больным без сопутствующих сердечно-сосудистых и цереброваскулярных заболеваний не рекомендуется из-за повышенного риска желудочно-кишечных кровотечений и геморрагического инсульта.

Первичная профилактика в отделении неотложной помощи

Мероприятия с доказанной эффективностью, рекомендуемые в отделениях неотложной помощи: скрининг на курение и вмешательства, способствующие отказу от курения, выявление фибрилляции предсердий и оценка рисков для назначения антикоагулянтов, скрининг на артериальную гипертонию, выявление лиц, злоупотребляющих алкоголем и наркотиками, направление их к наркологу.

Оценка риска инсульта

У каждого пациента, обратившегося в лечебное учреждение, независимо от повода обращения, следует оценивать риск инсульта. Использование специальных шкал облегчает оценку риска и выбор стратегии лечения.

Наиболее подходящим инструментом для этой цели является Рискометр инсульта, разработанный Валерием Фейгин, профессором Национального института инсульта и прикладной неврологии Оклендского университета технологии в Новой Зеландии и одобренный Всемирной организацией инсульта, Европейской организацией инсульта, Всемирной неврологической федерацией и Международной ассоциацией по неврологии и эпидемиологии. Рискометр подходит для лиц от 20 до 90 и более лет, содержит 20 вопросов и позволяет быстро определить индивидуальный риск инсульта в последующие 5-10 лет, а также получить необходимую информацию о том, как можно уменьшить свои шансы перенести инсульт. Обновлённая бесплатная для скачивания версия Рискометра доступна на следующих Интернет-ресурсах: www.strokeriskometer.com, <https://itunes.apple.com/us/app/stroke-riskometer/id725335272?ls=1&mt=8>, <https://play.google.com/store/apps/details?id=com.autel>).

В России также рекомендуется пользоваться европейской системой оценки риска SCORE (модификация для стран с высоким риском ССЗ). Шкала SCORE оценивает риск любых фатальных кардиоваскулярных осложнений (инфаркт, инсульт или разрыв аневризмы аорты) на основании пола, возраста, статуса курения, систолического АД и

уровня ОХС. Классические версии шкал SCORE не учитывают уровень ХС ЛВП, глюкозы, наличие избыточной массы тела и абдоминального ожирения. В настоящее время созданы шкалы SCORE, учитывающие ХС ЛВП для мужчин и женщин, электронные версии которых можно найти на сайте Европейского общества кардиологов www.heartscore.org.

Внедрение методики, позволяющей осуществлять систематическое выявление и коррекцию факторов риска у всех обратившихся пациентов, может способствовать снижению заболеваемости инсультом.

МЕРОПРИЯТИЯ ПО ВТОРИЧНОЙ ПРОФИЛАКТИКЕ ИНСУЛЬТА У ПАЦИЕНТОВ, ПЕРЕНЕСШИХ ТРАНЗИТОРНУЮ ИШЕМИЧЕСКУЮ АТАКУ ИЛИ ИНСУЛЬТ

Артериальная гипертония

При развитии ишемического инсульта (ИИ) или транзиторной ишемической атаки (ТИА) начало гипотензивной терапии показано больным, ранее не получавшим лечение и имеющим в течение первых дней после инсульта систолическое АД ≥ 140 мм рт. ст. или диастолическое АД ≥ 90 мм рт. ст. Польза от назначения лечения больным с систолическим АД < 140 мм рт. ст. и диастолическим АД < 90 мм рт. ст. не определена.

Возобновление гипотензивной терапии, как для предотвращения повторного инсульта, так и других сердечно-сосудистых осложнений, показано больным, ранее её получавшим по поводу диагностированной АГ, через несколько дней от начала ИИ или ТИА.

Целевые уровни АД точно не известны и подбираются индивидуально, но рекомендуется достигать показателей систолического АД < 140 мм рт. ст. и диастолического АД < 90 мм рт. ст. У больных с недавним лакунарным инсультом приемлемо снижение систолического АД < 130 мм рт. ст.

Модификация образа жизни ассоциируется со снижением АД и является частью комплексной антигипертензивной терапии. Мероприятия по коррекции образа жизни включают: снижение веса; сокращение поваренной соли; употребление достаточного количества овощей и фруктов (желательно не менее 5 штук в день), а также молочных продуктов пониженной жирности; регулярную аэробную физическую активность; ограничение (предпочтительно прекращение) алкоголя.

Оптимальная схема лекарственной терапии для достижения рекомендуемого уровня снижения АД однозначно не установлена, поскольку ограничены сравнительные исследования различных режимов лечения. Однако имеющиеся данные свидетельствуют в пользу диу-

ретиков и комбинации их с ингибиторами ангиотензин-превращающего фермента. Выбор препаратов должен быть индивидуализированным в зависимости от фармакологических особенностей и механизма действия, а также с учётом специфических характеристик пациента (например, наличие стенозирующего поражения экстракраниальных церебральных сосудов, почечной недостаточности, заболевания сердца, диабета).

Дислипидемия

Терапия статинами с интенсивным снижением уровня липидов рекомендована больным после острого нарушения мозгового кровообращения (ОНМК) предположительно атеросклеротического генеза при уровне ХС ЛНП $\geq 2,6$ ммоль/л вне зависимости от наличия других связанных с атеросклерозом ССЗ. Продемонстрирована целесообразность назначения статинов и при уровне ХС ЛНП $< 2,6$ ммоль/л.

Модификация образа жизни (диета, регулярная физическая активность, отказ от курения и поддержание нормального веса) играет ключевую роль в снижении сердечно-сосудистого риска, как до начала, так и на фоне холестерин-снижающей терапии.

Нарушения углеводного обмена и сахарный диабет

Всем больным после ИИ или ТИА есть основания проводить скрининг на сахарный диабет. Для диагностики диабета используются три теста: определение уровня глюкозы в плазме крови натощак (отсутствие приёма любой пищи в течение не менее 8 часов), через 2 часа после приёма 75 г глюкозы (тест толерантности к глюкозе) и гликозилированного гемоглобина (HbA1c). При выборе теста и времени его проведения следует иметь в виду, что острое состояние может исказить результаты исследования. Наиболее точным по сравнению с другими скрининговыми тестами в остром периоде инсульта является определение HbA1c.

Пациентам с сахарным диабетом, перенёвшим ИИ или ТИА, рекомендуется контроль гликемии и достижение целевого уровня АД – $< 140/85$ мм рт. ст.

Ожирение

Все больным с ИИ или ТИА необходимо проводить скрининг на ожирение с определением индекса массы тела. При диагностике ожирения следует проводить вмешательства, способствующие снижению веса, в частности дать рекомендации по рациональному питанию и физической активности (с учётом возможностей пациента).

Метаболический синдром

Пациентов, имеющих метаболический синдром (МС), необходимо консультировать по изменению образа жизни (диета, физическая ак-

тивность, снижение веса) для коррекции сосудистых факторов риска. Рекомендовать лечение отдельных компонентов МС, являющихся также факторами риска инсульта, особенно АГ и дислипидемии.

Физическая активность

Пациентам с ИИ или ТИА, способным и готовым к увеличению двигательного режима, рекомендуется аэробная физическая активность (динамическая, с участием крупных групп мышц верхних и нижних конечностей, т.е. сопровождающаяся движениями в плечевых и тазобедренных суставах) умеренной и высокой интенсивности, по крайней мере, 3-4 раза в неделю. Продолжительность нагрузки в среднем должна составлять 40 минут. Физическая активность определяется как умеренной интенсивности, если сопровождается потоотделением и увеличением частоты сердечных сокращений (например, быстрая ходьба, использование велотренажёра). Примером нагрузки высокой интенсивности является бег трусцой.

Целесообразно организовывать для пациентов комплексные, функционально ориентированные программы физических тренировок.

Лицам, перенёвшим ИИ с двигательными расстройствами, рекомендуется консультация специалиста по лечебной физкультуре или кардиологической реабилитации для определения режима физических упражнений и по возможности дальнейшее наблюдение.

Питание

У пациентов с ИИ или ТИА в анамнезе целесообразно выяснять, насколько их диета соответствует принципам рационального питания.

Больным, перенёвшим ИИ или ТИА, необходимо ограничивать потребление соли менее чем 2,4 г/д (примерно треть чайной ложки). Дополнительное ограничение соли до 1,5 г/д ассоциируется с более значимым снижением АД.

Пациентам следует рекомендовать поддерживать Средиземноморскую диету, богатую овощами, фруктами, цельными злаками, включающую молочные продукты пониженной жирности, птицу, рыбу, бобовые, оливковое масло и орехи. Ограничивается потребление сладостей и красного мяса.

Приём каких-либо витаминов не рекомендуется.

Синдром ночного апноэ

Следует рассмотреть целесообразность направления пациентов, перенесших ИИ или ТИА, на обследование для диагностики синдрома ночного апноэ в виду его высокой распространённости среди этой категории больных.

При выявлении синдрома ночного апноэ пациентам может быть предложено лечение посредством создания постоянного положительного давления в дыхательных путях. Существуют доказательства,

свидетельствующие о влиянии данного лечения на улучшение исходов у больных, перенесших ИИ или ТИА.

Курение

Настоятельно рекомендовать курящим пациентам, перенёвшим инсульт или ТИА, отказаться от курения. Желательно избегать пассивного воздействия табачного дыма. Эффективными мерами, способствующими отказу от курения, являются консультирование, никотинзаместительная терапия и медикаментозные средства (цитизин, варениклин).

Алкоголь

Пациентам, перенёвшим инсульт или ТИА и злоупотребляющим алкоголем, следует прекратить или хотя бы сократить употребление алкоголя, по крайней мере, до 2 стандартных доз в день для мужчин и 1 стандартной дозы в день для женщин эпизодически.

Не следует советовать начинать принимать алкоголь с профилактической целью пациентам, не употребляющим спиртные напитки.

Поражение экстракраниальных сонных артерий

Пациентам, перенёвшим ТИА или ИИ в течение последних 6 месяцев, с выявленным при неинвазивном исследовании выраженным (70-99%) стенозом сонной артерии на соответствующей стороне, рекомендуется каротидная эндартерэктомия (КЭА). Важное условие для проведения КЭА – уровень периоперационной заболеваемости и смертности в клинике, где проводится данное вмешательство, должен составлять менее 6%. В Свердловской области КЭА этому критерию соответствует в ГБУЗ СО «Свердловская клиническая больница №1».

При наличии умеренного стеноза (50-69%), подтверждённого ангиографией или неинвазивным исследованием (МРТ или КТ ангиограмма), решение о проведении КЭА принимается с учётом пола, возраста и сопутствующих заболеваний. При степени стеноза <50% каротидная реваскуляризация (КЭА или каротидная ангиопластика со стентированием) не показана.

При наличии показаний к реваскуляризации у пациентов с ТИА или малым (без двигательных расстройств) инсультом ранее (в течение 2 недель от появления симптомов) вмешательство при отсутствии противопоказаний более предпочтительно, нежели отсроченное.

Факторами риска послеоперационного инсульта и смерти являются ранее перенесённые ИИ или ТИА, контралатеральная окклюзия сонной артерии, фибрилляция предсердий, хроническая сердечная недостаточность и сахарный диабет. С учётом перечисленных факторов была разработана шкала оценки риска инсульта и смерти в течение 30 дней после каротидной эндартерэктомии (табл. 6). Каждому из факторов присваивается 1 балл, максимальное количество баллов по

шкале – 5. В таблице 7 продемонстрировано, что чем выше балл по шкале, тем выше риск осложнений после КЭА, начиная с 3,3% у пациентов с количеством баллов 0 до 15,8% у лиц с четырьмя баллами (т.е. при наличии четырёх факторов риска).

Таблица 6

Шкала оценки риска инсульта и смерти в течение 30 дней после каротидной эндартерэктомии

Фактор риска	Баллы
Инсульт или ТИА, перенесённые в течение 6 месяцев до вмешательства	1
Окклюзия сонной артерии на противоположной стороне	1
Фибрилляция предсердий	1
Хроническая сердечная недостаточность	1
Сахарный диабет	1

Для оценки риска необходимо суммировать баллы (от 0 до 5).

Tu J.V., Wang H., Bowyer B., Green L., Fang J., Kucey D. Risk factors for death or stroke after carotid endarterectomy observations from the Ontario carotid endarterectomy registry. Stroke 2003; 34: 2568-75.

Таблица 7

Периоперационный риск инсульта и смерти после каротидной эндартерэктомии

Количество баллов по шкале оценки риска	30-дневный риск инсульта и смерти после КЭА, %
0	3,3
1	6,1
2	9,5
3	9,8
4	15,8

Tu J.V., Wang H., Bowyer B., Green L., Fang J., Kucey D. Risk factors for death or stroke after carotid endarterectomy observations from the Ontario carotid endarterectomy registry. Stroke 2003; 34: 2568-75.

Каротидная ангиопластика со стентированием (КАС), менее инвазивное чрезкожное вмешательство, показана как альтернатива КЭА пациентам с низким и средним риском осложнений эндоваскулярного вмешательства при стенозе внутренней сонной артерии >70% по данным неинвазивных исследований или >50% по данным катетерной ангиографии, и ожидаемой частотой периоперационных инсультов и

летальных исходов <6%.

При выборе между КАС и КЭЭ необходимо учитывать возраст больного. У лиц старше 70 лет КЭЭ может давать лучший результат по сравнению с КАС, особенно когда анатомия сосудов неблагоприятна для эндоваскулярного вмешательства. В более молодом возрасте риски осложнений (инсульт, инфаркт миокарда или смерть) КАС и КЭЭ сопоставимы.

Проведение КАС показано пациентам с выраженным стенозом (>70%) и высоким риском осложнений открытого хирургического вмешательства. Высокий риск определяется при наличии тяжёлых сопутствующих заболеваний (застойная сердечная недостаточность III-IV ф.к., стенокардия III-IV ф.к., поражение левой основной коронарной артерии, поражение ≥ 2 коронарных артерий, низкая фракция выброса левого желудочка $\leq 30\%$, недавно перенесённый инфаркт миокарда, тяжёлое лёгочное или почечное заболевание), а также технических или анатомических факторов, затрудняющих проведение КЭА, таких как предшествующая операция (например, радикальное удаление лимфоузлов шеи) или лучевая терапия в области шеи, стеноз, индуцированный радиацией, рестеноз после КЭА, хирургически недоступные поражения (например, выше C2 или ниже ключицы), окклюзия сонной артерии на противоположной стороне, паралич головной связки на противоположной стороне или трахеостомия.

В любом случае КАС или КЭЭ должны выполняться хирургом, у которого частота периоперационных инсультов и летальных исходов составляет <6%.

Последующее динамическое ультразвуковое дуплексное сканирование сонных артерий не рекомендуется.

Пациентам, недавно перенёвшим ТИА или ИИ (в пределах 6 месяцев), имеющим стеноз на соответствующей стороне или окклюзию в средней части церебральной или каротидной артерии, проведение операции экстра/интракраниального (ЭК/ИК) шунтирования не рекомендуется.

Для больных с повторными или прогрессирующими симптомами ишемии в результате недоступного для хирургического вмешательства стеноза или окклюзии сонной артерии на фоне оптимальной медикаментозной терапии польза ЭК/ИК шунтирования пока не определена.

Всем пациентам со стенозом сонных артерий, перенёвшим ТИА или ИИ, наряду с модификацией образа жизни, показаны антиагреганты (ацетилсалициловая кислота или клопидогрель) и статины (аторвастатин или розувастатин).

Поражение экстракраниальных позвоночных артерий

Всем пациентам со стенозом позвоночной артерии, перенёвшим ТИА или ИИ, следует проводить коррекцию факторов риска и рекомендовать приём антиагрегантов и статинов.

Если у пациентов с экстракраниальным стенозом позвоночной артерии сохраняются симптомы, несмотря на оптимальную медикаментозную терапию (включая антитромботические средства, статины и контроль факторов риска), то может быть рассмотрен вопрос о проведении хирургического лечения.

Атеросклероз интракраниальных артерий

Пациентам, перенёвшим ТИА или ИИ вследствие значимого стеноза (50-99%) крупной интракраниальной артерии, рекомендуется:

- приём ацетилсалициловой кислоты 325 мг/д;
- поддержание систолического АД <140 мм рт.ст.;
- высокоинтенсивная терапия статинами.

Больным с недавно перенесёнными ИИ или ТИА (в пределах 30 дней от начала заболевания) вследствие выраженного стеноза (70-99%) крупной церебральной артерии может быть предложено добавление клопидогреля 75 мг/сутки к ацетилсалициловой кислоте в течение 90 дней. На сегодняшний день недостаточно данных, свидетельствующих в пользу назначения только клопидогреля или комбинации ацетилсалициловой кислоты с дипиридамолом.

Пациентам с ИИ или ТИА вследствие умеренного стеноза (50%-69%) крупной церебральной артерии ангиопластика или стентирование не показаны вследствие низкой частоты повторных инсультов на фоне медикаментозной терапии и учитывая неотъемлемый периоперационный риск эндоваскулярных вмешательств.

Больным с ИИ или ТИА вследствие выраженного стеноза (70%-99%) крупной церебральной артерии стентирование с помощью стента Wingspan не показано как первоначальное лечение, даже если больной принимал антиагреганты на момент развития инсульта. Остаётся неизвестной и продолжает изучаться эффективность только одной ангиопластики или с установкой других, нежели Wingspan, стентов.

У больных с выраженным стенозом (70-99%) крупной церебральной артерии и повторным развитием ТИА или ИИ на фоне приёма комбинации ацетилсалициловой кислоты и клопидогреля, достижения систолического давления ниже 140 мм рт. ст. и высокоинтенсивной терапии статинами польза ангиопластики или стентирования не известна и продолжает изучаться.

У лиц с выраженным стенозом (70-99%) крупной церебральной артерии при прогрессировании симптомов на фоне комбинированной терапии ацетилсалициловой кислотой и клопидогрелем целесообразность одной ангиопластики или со стентированием пока не определена.

Пациентам, перенёвшим ТИА или ИИ вследствие 50-99% стеноза крупной интракраниальной артерии, проведение экстра/интракраниального шунтирования не рекомендуется.

Фибрилляция предсердий

Больным с неизвестной причиной ИИ или ТИА есть основания проводить длительный мониторинг сердечного ритма (≈ 30 дней) для выявления ФП в первые 6 месяцев после развития инсульта.

Пациентам с неклапанной пароксизмальной или постоянной фибрилляцией предсердий (ФП) для профилактики повторного инсульта показана терапия одним из оральных антикоагулянтов (ОАК): антагонистом витамина К (АВК), дабигатраном или ривароксабаном. Выбор препарата должен быть индивидуализированным с учётом факторов риска, стоимости, переносимости, предпочтений пациента, лекарственных взаимодействий и прочих клинических характеристик, включая функцию почек и показатели терапевтического диапазона МНО в случае приёма варфарина. При назначении АВК рекомендуется контролировать международное нормализованное отношение, целевой уровень которого составляет 2,5 (в диапазоне 2,0–3,0).

Комбинация ОАК (т.е. варфарина или одного из новых препаратов) с антиагрегантной терапией не рекомендована после ИИ или ТИА, за исключением определённых ситуаций, таких как острый коронарный синдром или стентирование.

Пациентам, которые не могут принимать оральные антикоагулянты, показан приём ацетилсалициловой кислоты. Может быть целесообразным добавление клопидогреля к ацетилсалициловой кислоте.

Большинству больных с ИИ или ТИА на фоне ФП есть основания начинать терапию антикоагулянтами в первые 14 дней от начала заболевания. При высоком риске геморрагической трансформации инфаркта мозга (в частности, при наличии обширного очага ишемии, неконтролируемой артериальной гипертензии или склонности к кровотечениям) приемлемо отложить назначение оральных антикоагулянтов на более поздний срок.

Пациентам с ФП, которым требуется временное прекращение ОАК, показано назначение низкомолекулярного гепарина с учётом риска тромбэмболических и геморрагических осложнений.

Польза закрытия ушка левого предсердия устройством WATCHMAN™ у больных с ИИ или ТИА на фоне ФП не определена.

Острый инфаркт миокарда и тромб левого желудочка

Пациентам с ИИ или ТИА на фоне острого инфаркта миокарда, осложнённого пристеночным тромбом левого желудочка (выявленным с помощью эхокардиографии или других методов) рекомендуется назначить варфарин (целевое МНО 2,5; в диапазоне 2,0–3,0) сроком на 3 месяца. Терапия АВК также может быть показана в случае острого переднего ИМ с подъёмом сегмента ST без выявленного пристеночного тромба в левом желудочке, но с эхокардиографическими признаками апикальной акинезии или дискинезии.

Больным с ИИ или ТИА на фоне ИМ, осложнённого образованием тромба в левом желудочке (ЛЖ) или нарушением подвижности передней стенки или верхушки сердца с фракцией выброса ЛЖ <40%, которые не могут принимать АВК из-за их негеморрагических побочных явлений, вместо варфарина для вторичной профилактики инсульта могут быть назначены НМГ, дабигатран или ривароксабан сроком на 3 месяца.

Кардиомиопатия

Больным с ИИ или ТИА, имеющим синусовый ритм и тромб в левом предсердии или желудочке, выявленный при эхокардиографии или иным методе визуализации, рекомендован приём АВК сроком на ≥ 3 месяца.

Больным с ИИ или ТИА на фоне устройства для механической поддержки функции левого желудочка (МПФЛЖ) есть основания назначить АВК (целевое МНО 2,5, с диапазоном 2,0–3,0) при отсутствии абсолютных противопоказаний (например, продолжающееся желудочно-кишечное кровотечение).

У лиц с ИИ или ТИА, имеющим синусовый ритм и дилатационную (фракция выброса ЛЖ $\leq 35\%$) или рестриктивную кардиопатию при отсутствии признаков тромба в левом предсердии или желудочке, эффективность антикоагулянтов по сравнению с антиагрегантной терапией остаётся неясной. Выбор препарата в этих случаях должен быть индивидуализированным.

У пациентов с ИИ или ТИА, имеющим синусовый ритм и дилатационную или рестриктивную кардиомиопатию или устройство для МПФЛЖ, которые не могут принимать АВК из-за их негеморрагических осложнений, польза от приёма дабигатрана или ривароксабана для профилактики повторного инсульта не известна.

Поражение естественных клапанов сердца (стеноз, недостаточность и пролапс митрального клапана, кальцификация митрального кольца, поражение аортального клапана)

Пациентам, перенёвшим ИИ или ТИА на фоне ревматического поражения митрального клапана (МК) и ФП, показана продолжительная терапия АВК (целевое МНО 2,5, с диапазоном 2,0–3,0). При отсутствии ФП или другой вероятной причины инсульта (например, стеноз сонной артерии) этим больным вместо антиагрегантов также может быть назначена длительная терапия АВК (целевое МНО 2,5, с диапазоном 2,0–3,0). Лицам с ревматическим поражением МК, которым после ИИ или ТИА был назначен АВК, дополнительный приём антиагреганта не рекомендуется. В случае если инсульт развился на фоне адекватной терапии АВК, то к лечению может быть добавлена ацетилсалициловая кислота.

Пациентам с ИИ или ТИА, имеющим порок аортального клапана (АК), ревматическое поражение МК, кальцификацию митрального кольца или пролапс митрального клапана (ПМК), при отсутствии ФП или других состояний, требующих приёма антикоагулянтов, рекомендуется назначение антиагрегантов.

Протезированные клапаны сердца

Пациентам с механическим аортальным или митральным клапаном и ИИ или ТИА в анамнезе, случившимися до установки протеза, рекомендуется приём АВК (целевое значение 2,5 с диапазоном 2,0–3,0 для АК и 3,0 с диапазоном 2,5–3,5 для МК). При низком риске кровотечения к АВК рекомендуется добавить ацетилсалициловую кислоту в дозе 75–100 мг/д.

В случае развития у больных с механическими клапанами сердца ишемического инсульта или системного эмболизма, несмотря на адекватную антикоагулянтную терапию, рекомендуется интенсифицировать лечение увеличением дозы ацетилсалициловой кислоты до 325 мг/д или посредством достижения более высокого уровня целевого МНО, учитывая при этом риск кровотечений.

Пациентам, имеющим биопротез МК или АК, с ИИ или ТИА в анамнезе, случившимися до установки клапана, у которых нет показаний для назначения антикоагулянтов через 3-6 месяцев после имплантации протеза, длительный приём ацетилсалициловой кислоты в дозе 75–100 мг/д более предпочтителен, нежели антикоагулянтная терапия.

В случае ИИ или ТИА у пациентов с биологическими протезами аортального или митрального клапанов, несмотря на адекватную антиагрегантную терапию, следует рассмотреть целесообразность назначения АВК (целевое МНО 2,5, с диапазоном 2,0–3,0).

Антиагреганты и оральные антикоагулянты

Пациентам с некардиоэмболическим ИИ или ТИА для предотвращения повторного инсульта и других сердечно-сосудистых осложнений более предпочтительно назначение антиагрегантов нежели орального антикоагулянта.

Для начальной терапии приемлемы следующие варианты антиагрегантной терапии: монотерапия ацетилсалициловой кислотой (50–325 мг/д); комбинация ацетилсалициловой кислоты 25 мг и дипиридамола замедленного высвобождения 200 мг дважды в день; монотерапия клопидогрелем 75 мг (в частности, при аллергии к ацетилсалициловой кислоте). Выбор препарата должен быть индивидуализированным с учётом факторов риска пациента, стоимости, переносимости и других клинических характеристик.

Комбинация клопидогреля и ацетилсалициловой кислоты может быть назначена больным с малым ИИ или ТИА в первые 24 часа от

появления симптомов на срок до 90 дней.

Длительный одновременный приём ацетилсалициловой кислоты и клопидогреля повышает риск кровотечений по сравнению с использованием каждого из этих препаратов в качестве монотерапии и в целом не рекомендуется для долгосрочной вторичной профилактики после ИИ или ТИА.

У пациентов, перенёвших инсульт на фоне приёма ацетилсалициловой кислоты, повышение её дозы, а также назначение других антиагрегантов или их комбинаций не рекомендуется, так как нет доказательств, подтверждающих эффективность этого.

У больных с ИИ или ТИА в анамнезе и имеющих ФП и ишемическую болезнь сердца, польза от сочетания антиагрегантов с АВК для снижения сердечно-сосудистого риска не установлена. Нестабильная стенокардия и стентирование коронарных артерий представляют особые обстоятельства, которые оправдывают назначение двойной антиагрегантной терапии и АВК.

Атерома дуги аорты

Больным с ИИ или ТИА и признаками атеромы дуги аорты рекомендуется терапия антиагрегантами и статинами. Эффективность варфарина по сравнению с антиагрегантами у этих пациентов не известна.

Хирургическое удаление атеромы дуги аорты в целях вторичной профилактики ИИ или ТИА не рекомендуется.

Диссекция артерий

Пациентам, перенёвшим ИИ или ТИА и имеющим экстракраниальную диссекцию сонных или позвоночных артерий, рекомендуется антитромботическая терапия на протяжении, по крайней мере, 3–6 месяцев. Относительная эффективность антиагрегантов по сравнению с антикоагулянтами неизвестна. Если, несмотря на проводимую медикаментозную терапию, наблюдаются повторные церебральные ишемические события, то целесообразно рассмотреть вопрос о проведении эндоваскулярного (стентирования) или хирургического лечения.

Открытое овальное окно

На сегодняшний день остаётся неясным, является ли антикоагулянтная терапия равнозначной или превышает по эффективности антиагреганты во вторичной профилактике инсульта у пациентов с открытым овальным окном (ООО).

Пациентам с ИИ или ТИА и имеющим ООО, у которых нет показаний к назначению антикоагулянтов, рекомендуется приём антиагрегантов.

Больным с ИИ или ТИА, у которых имеется ООО и венозный источник эмболии, показаны антикоагулянты в зависимости от особенностей инсульта. Когда антикоагулянты противопоказаны, есть основания для установки фильтра в нижнюю полую вену.

Имеющиеся данные не подтверждают преимуществ закрытия ООС больным с криптогенным ИИ или ТИА без признаков тромбоза глубоких вен (ТГВ). При наличии ТГВ целесообразность закрытия ООС с помощью транскатетерных устройств может быть рассмотрена с учётом риска повторного тромбоза вен.

Гипергомоцистеинемия

Скрининг на гипергомоцистеинемия у больных с недавним ИИ или ТИА не рекомендуется.

У взрослых с недавним ишемическим инсультом или ТИА, у которых определена незначительная или умеренная гипергомоцистеинемия, добавление в пищу фолиевой кислоты, витаминов В6 и В12 безопасно снижает уровень гомоцистеина, но польза от этого для профилактики инсульта не показана.

Гиперкоагуляция

Польза от скрининга на тромбофилию больных с ИИ или ТИА не известна.

Антикоагулянты могут быть назначены после ИИ или ТИА у больных с нарушениями гемостаза по данным коагулограммы в зависимости от выраженности отклонений и клинических обстоятельств.

Антиагрегантная терапия рекомендуется больным, у которых после ИИ или ТИА есть изменения на коагулограмме и не назначена антикоагулянтная терапия.

Пациентам с наследственной тромбофилией и спонтанным тромбозом церебрального венозного синуса или рецидивирующим ишемическим инсультом неясного происхождения показана длительная антикоагулянтная терапия.

Антифосфолипидные антитела

Рутинное определение антифосфолипидных антител (АФА) не рекомендуется больным с ИИ или ТИА, если нет других проявлений антифосфолипидного синдрома (АФС) или есть альтернативные причины, такие как атеросклероз, стеноз сонных артерий или ФП.

Пациентам с ИИ или ТИА, у которых выявлены АФА, но отсутствуют критерии АФС, рекомендуются антиагреганты. При наличии критериев АФС может быть предложена антикоагулянтная терапия в зависимости от риска повторных тромботических событий и кровотечений.

Больным с ИИ или ТИА, отвечающим критериям АФС, которым не начата антикоагулянтная терапия, показан приём антиагрегантов.

Серповидно-клеточная анемия

Пациентам с серповидно-клеточной анемией (СКА), перенёсшим ИИ или ТИА, рекомендуется следовать общим рекомендациям с контролем факторов риска и использованием антиагрегантов. Показано пе-

риодическое переливание крови для снижения уровня гемоглобина S до <30% от общего гемоглобина. В случае если проведение трансфузионной терапии затруднено, может быть целесообразным лечение оксимочевинной.

Тромбоз церебрального венозного синуса

Пациентам с острым тромбозом церебрального венозного синуса, даже при наличии внутримозгового кровотечения, показаны антикоагулянты, по крайней мере, на 3 месяца с дальнейшим переходом на антиагрегантную терапию.

Беременность

Во время беременности при наличии состояний, сопровождающихся высоким риском тромбоэмболических осложнений и требующих назначения антикоагулянтов, могут использоваться следующие варианты лечения: (а) НМГ дважды в день на протяжении всей беременности в дозах, подобранных так, чтобы достичь рекомендованных уровней анти-Ха активности через 4 часа после инъекции; (б) нефракционированный гепарин (НФГ) на протяжении всей беременности подкожно каждые 12 часов в дозах, подобранных так, чтобы поддерживать значение АЧТВ между инъекциями (через 4-6 часов после введения дозы) хотя бы в 2 раза выше контроля или уровень анти-Ха активности гепарина в интервале от 0,35 до 0,70 ЕД/мл; (в) НМГ или НФГ, как описано выше в пунктах а) и б) до 13 недели беременности с последующим назначением АВК до момента близкого к родам, далее возобновляют НМГ или НФГ.

НМГ следует отменить, по крайней мере, за 24 часа до стимуляции родов или кесарева сечения.

В случае состояний с низким риском тромбоэмболических осложнений, которые бы вне беременности потребовали приёма антиагрегантов, в первом триместре рекомендуется использовать НМГ, НФГ или вообще воздержаться от лечения в зависимости от клинической ситуации. После первого триместра беременности могут быть назначены низкие дозы ацетилсалициловой кислоты (50–150 мг/д).

Кормление грудью

При наличии состояний с высоким риском тромбоэмболий, требующих приёма антикоагулянтов, во время периода кормления грудью рекомендуется использовать варфарин, НМГ или НФГ.

В случае состояний с низким риском тромбоэмболий, требующих назначения антиагрегантов, во время кормления грудью могут использоваться низкие дозы ацетилсалициловой кислоты.

Использование антикоагулянтной терапии после внутримозгового кровоизлияния

Пациентам с внутримозговым кровоизлиянием (ВМК), субарахноидальным кровоизлиянием (САК) или субдуральной гематомой (СДГ) целесообразно прекратить приём всех антикоагулянтов и антиагрегантов на острый период, по крайней мере, на 1-2 недели и нивелировать действие варфарина безотлагательным введением свежезамороженной плазмы или концентрата протромбинового комплекса и витамина К.

Протамин сульфат следует использовать при гепарин-ассоциированном ВМК в дозе, зависящей от того, сколько времени прошло после отмены гепарина.

Решение о возобновлении антитромботической терапии после ВМК, связанного с её проведением, зависит от риска артериального или венозного тромбоэмболизма, риска повторного внутримозгового кровоизлияния и общего статуса пациента. В случае относительно низкого риска церебрального инфаркта (например, фибрилляция предсердий при отсутствии в анамнезе ИИ) и более высокого риска амилоидной ангиопатии (например, пожилые пациенты с долевым интракраниальным кровоизлиянием) или при выраженном общем неврологическом дефиците могут быть назначены антиагреганты для профилактики инсульта. У пациентов с очень высоким риском тромбоэмболизма следует рассмотреть вопрос о возобновлении приёма варфарина на 7–10 день от начала ВМК.

Пациентам с геморрагическим церебральным инфарктом может быть целесообразно продолжить антикоагулянтную терапию, в зависимости от конкретной клинической ситуации и определённых показаний к её проведению.

ЛИТЕРАТУРА

1. Всероссийское научное общество кардиологов. Кардиоваскулярная профилактика. Национальные рекомендации. Кардиоваскулярная терапия и профилактика 2011; 10 (6) Приложение 2: 1–64.
2. An International Atherosclerosis Society Position Paper: Global recommendations for the management of dyslipidemia. Expert Dyslipidemia Panel. Grundy S.M. Journal of clinical lipidology 2013 7(6): 561-5. http://www.athero.org/download/IASPPGuidelines_FullReport_2.pdf
3. Bushnell C., McCullough L.D., Awad I.A., Chireau M.V., Fedder W.N., Furie K.L. et al. Guidelines for the prevention of stroke in women: a statement for healthcare professionals from the American Heart Association/American Stroke Association. Stroke. 2014; 45: 1545–88.
4. Calonge N., Petitti D.B., DeWitt T.G., Gordis L., Gregory K.D., Harris R. et al. Aspirin for the Prevention of Cardiovascular Disease: U.S. Preventive Services Task Force Recommendation Statement. Ann Intern Med 2009; 150: 396–404.
5. Camm A.J., Kirchhof P., Lip G.Y.H., Schotten U., Savelieva I., Ernst S. et al. Guidelines for the management of atrial fibrillation. The Task Force for the Management of Atrial Fibrillation of the European Society of Cardiology (ESC). European Heart Journal 2010; 31: 2369–429.
6. Camm A.J., Lip G.Y.H., De Caterina R., Savelieva I., Atar D., Hohnloser S.H. et al. 2012 focused update of the ESC Guidelines for the management of atrial fibrillation: an update of the 2010 ESC Guidelines for the management of atrial fibrillation--developed with the special contribution of the European Heart Rhythm Association. Europace. 2012; 14: 1385–413.
7. Furie K.L., Kasner S.E., Adams R.J., Albers G.W., Bush R.L., Fagan S.C. 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: 227–76.
8. Furie K.L., Goldstein L.B., Albers G.W., Khatri P., Neyens R., Turakhia M.P. et al. Oral antithrombotic agents for the prevention of stroke in nonvalvular atrial fibrillation: a science advisory for healthcare professionals from the American Heart Association/American Stroke Association. Stroke. 2012; 43: 3442–53.
9. Goldstein L.B., Bushnell C.D., Adams R.J., Appel L.J., Braun L.T., Chaturvedi S. 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: 517–84.
10. Grundy S.M., Becker D., Clark L.T., Cooper R.S., Denke M.A., Howard W.J. et al. Third Report of the National Cholesterol Education Program (NCEP) Expert Panel on Detection, Evaluation, and Treatment of High Blood Cholesterol in Adults (Adult Treatment Panel III). National Cholesterol Education Program, National Heart, Lung, and Blood Institute, National Institutes of Health. NIH Publication No. 02-5215; September 2002.
11. Hawkins B.M., Kennedy K.F., Giri J., Saltzman A.J., Rosenfield K., Drachman D.E. et al. Pre-procedural Risk Quantification for Carotid Stenting Using the CAS Score. A Report From the NCDR CARE Registry. Journal of the American College of Cardiology 2012; 60 (17): 1617–22.
12. Reiner Z., Catapano A.L. De Backer G., Graham I., Taskinen M-R., Wiklund O., et al. ESC/EAS Guidelines for the management of dyslipidaemias. European Heart Journal 2011; 32: 1769–818.
13. Kernan W.N., Ovbiagele B., Black H.R., Bravata D.M., Chimowitz M.I., Ezekowitz M.D. et al. Guidelines for the prevention of stroke in patients with stroke and transient ischemic attack: a guideline for healthcare professionals from the American Heart

Association/American Stroke Association. Stroke 2014; 45: 2160–236.

14. Lloyd-Jones D.M., Leip E.P., Larson M.G., D'Agostino R.B., Beiser A., Wilson P.W., Wolf P.A., Levy D. Prediction of lifetime risk for cardiovascular disease by risk factor burden at 50 years of age. Circulation 2006; 113: 791-8.

15. Meschia J.F., Bushnell C., Boden-Albala B., Braun L.T., Bravata D.M., Chaturvedi S., et al.; on behalf of the American Heart Association Stroke Council, Council on Cardiovascular and Stroke Nursing, Council on Clinical Cardiology, Council on Functional Genomics and Translational Biology, and Council on Hypertension. Guidelines for the primary prevention of stroke: a statement for healthcare professionals from the American Heart Association/American Stroke Association. Stroke 2014; 45: 3754–3832.

16. National Institute for Health and Clinical Excellence. Hypertension: clinical management of primary hypertension in adults (NICE clinical guideline 127). <http://www.nice.org.uk/guidance/CG127>

17. National Institute for Health and Clinical Excellence. Lipid modification: Cardiovascular risk assessment and the modification of blood lipids for the primary and secondary prevention of cardiovascular disease (NICE clinical guideline 67). <http://www.nice.org.uk/guidance/cg67>

18. Nicolucci A., De Berardis G., Sacco M., Tognoni G. AHA/ADA vs. ESC/EASD recommendations on aspirin as a primary prevention strategy in people with diabetes: how the same data generate divergent conclusions. European Heart Journal 2007; 28: 1925–7.

19. Nishimura R.A., Otto C.M., Bonow R.O., Carabello B.A., Erwin J.P. III, Guyton R.A., O'Gara P.T., Ruiz C.E., Skubas N.J., Sorajja P., Sundt T.M. III, Thomas J.D. 2014 AHA/ACC guideline for the management of patients with valvular heart disease: a report of the American College of Cardiology/American Heart Association Task Force on Practice Guidelines. J Am Coll Cardiol 2014; 63: e57–185.

20. Perk J., De Backer G., Gohlke H., Graham I., Reiner Z., Verschuren W.M.M. et al. European Guidelines on cardiovascular disease prevention in clinical practice (version 2012). The Fifth Joint Task Force of the European Society of Cardiology and Other Societies on Cardiovascular Disease Prevention in Clinical Practice (constituted by representatives of nine societies and by invited experts). European Heart Journal 2012; 33: 1635–701.

21. Pibarot P., Dumesnil J.G. Prosthetic Heart Valves: Selection of the Optimal Prosthesis and Long-Term Management. Circulation 2009; 119: 1034–48.

22. Stone N.J., Robinson J.G., Lichtenstein A.H., Bairey Merz C.N., Blum C.B., Eckel R.H., et al. 2013 ACC/AHA guideline on the treatment of blood cholesterol to reduce atherosclerotic cardiovascular risk in adults: a report of the American College of Cardiology/American Heart Association Task Force on Practice Guidelines. Circulation 2014; 129(suppl 2): S1–S45.

23. Tu J.V., Wang H., Bowyer B., Green L., Fang J., Kucey D. Risk factors for death or stroke after carotid endarterectomy observations from the Ontario carotid endarterectomy registry. Stroke 2003; 34: 2568-75.

24. Vahanian A., Alfieri O., Andreotti F., Antunes M.J., Baron-Esquivias G., Baumgartner H. et al. Guidelines on the management of valvular heart disease (version 2012). The Joint Task Force on the Management of Valvular Heart Disease of the European Society of Cardiology (ESC) and the European Association for Cardio-Thoracic Surgery (EACTS). European Heart Journal. <http://www.escardio.org/guidelines>

ПРИЛОЖЕНИЕ

Перечень лечебно-профилактических учреждений Свердловской области, имеющие первичные сосудистые отделения для больных с инсультами*

Наименование лечебно-профилактического учреждения	Территория прикрепления
ГБУЗ СО «Свердловская областная клиническая больница №1»	Арамильский ГО Берёзовский ГО ГО Верхняя Пышма Полевской ГО Сысертский ГО
ГБУЗ СО «Алапаевская центральная городская больница»	МО город Алапаевск Алапаевское МО Махневское МО Артемовский ГО Режевской ГО
ГБУЗ СО «Городская больница №1, г.Асбест»	Асбестовский ГО Малышевский ГО Белоярский ГО Рефтинский ГО ГО Сухой Лог Камышловский ГО Заречный ГО МО посёлок Уральский ГО Верхнее Дуброво
ГБУЗ СО «Красноуфимская центральная районная больница»	МО Красноуфимский округ Артинский ГО Ачитский ГО
ГБУЗ СО «Городская больница №4 г.Первоуральск»	ГО Первоуральск Шалинский ГО ГО Староуткинск
ГБУЗ СО «Ревдинская городская больница»	ГО Ревда Нижнесергинский МР Михайловское МО Бисертский ГО ГО Дегтярск

<p>ГБУЗ СО «Серовская городская больница №1»</p>	<p>Серовский ГО Сосьвинский ГО Гаринский ГО Новолялинский ГО ГО Верхотурский</p>
<p>ГБУЗ СО «Городская больница №3 город Каменск-Уральский»</p>	<p>Город Каменск-Уральский Каменский городской округ ГО Богданович</p>
<p>ГБУЗ СО «Красноуральская городская больница №1»</p>	<p>ГО Красноуральск ГО Пелым Ивдельский ГО Североуральский ГО ГО Карпинск Волчанский ГО</p>
<p>ФГБУЗ «ЦМСЧ№121» ФМБА России г Нижняя Салда,</p>	<p>ГО Нижняя Салда Верхнесалдинский ГО ГО ЗАТО Свободный</p>
<p>ГБУЗ СО «Демидовская центральная городская больница»</p>	<p>Ленинский район г. Н-Тагил Дзержинский район г. Н-Тагил Гальяно-Горбуновский массив г. Н-Тагил Кушвинский ГО Нижнетуринский ГО ГО Верхняя Тура ГО Красноуральск Качканарский ГО Часть Горноуральского заводского округа в направлении п. Черноисточинск (+Висим, Уралец, Усть-Утка), направление Серебрянка, Лая (Большая и Малая), р.п. Горноуральский</p>
<p>ГБУЗ СО «Центральная городская больница №4 г Нижний Тагил»</p>	<p>Район Тагилстрой г. Н-Тагил, за исключением Гальяно-Горбуновского массива Район Красный Камень г. Н-Тагил Невьянский ГО Кировградский ГО ГО Верхний Тагил с. Н-Павловское, п. Новоасбест, д. Шиловка, с. Петрокаменское, с. Паньшино, с. Н-Паньшино</p>

ГБУЗ СО «Ирбитская центральная городская больница»	МО город Ирбит Ирбитское МО Таборинский МР Тавдинский ГО Туринский ГО Слободо-Туринский МР Талицкий ГО Байкаловский МР Тугулымский ГО Пышминский ГО
АНУ «Городская клиническая больница №40»	г. Екатеринбург
МБУ «Центральная городская клиническая больница №23»	г. Екатеринбург
МБУ «Центральная городская клиническая больница №24»	г. Екатеринбург
МБУ «Центральная городская клиническая больница №14»	г. Екатеринбург
МБУ «Центральная городская клиническая больница №7»	г. Екатеринбург

* Приказ МЗ СО № 503-П от 05.05.2012 «О совершенствовании системы организации медицинской помощи больным с острым нарушением мозгового кровообращения», Приказ МЗСО №898-П от 11.07.2014 «О совершенствовании системы организации медицинской помощи больным с острым нарушением мозгового кровообращения в Горнозаводском управленческом округе Свердловской области», Распоряжение Управления здравоохранения Свердловской области №382/46/35 от 27.08.2014 «Об организации городского сосудистого центра для лечения больных с ОНМК».

ПОЛЕЗНАЯ КОНТАКТНАЯ ИНФОРМАЦИЯ

Вопросы	Ответственный	Контакт
Организация помощи больным неврологического профиля, включая больных с инсультом	Алашеев Андрей Марисович, главный внештатный специалист-невролог Министерства здравоохранения Свердловской области	(343) 351-15-01 alasheev@okb1.ru
Организация работы Регионального сосудистого центра и первичных сосудистых отделений	Белкин Андрей Августович, руководитель Регионального сосудистого центра	(343) 351-15-20
Мониторинг оказания помощи больным с инсультами	Праздничкова Елена Васильевна, руководитель организационно-методического отдела Регионального сосудистого центра	(343) 351-15-20 org-rsc@okb1.ru
Вторичная профилактика инсульта	Андреев Алексей Юрьевич, заведующий неврологическим отделением Консультативно-диагностической поликлиники ГБУЗ СО «Свердловская областная клиническая больница №1	(343) 351-15-67
Консультирование больных с острой церебральной недостаточностью	Гаджиева Наталья Шарабутдиновна, заведующая выездной специализированной нейрореанимационной бригады ГБУЗ СО «Свердловская областная клиническая больница №1	(343) 351-16-95

Запись в центр здоровья с целью выявления факторов риска развития сердечно-сосудистых и других заболеваний, подбора индивидуальной программы оздоровления (бесплатно)	Администратор, ГАУЗ СО «Свердловский областной центр медицинской профилактики»	(343)371-15-45
Запись в Школу для желающих бросить курить (бесплатно)	Администратор, ГАУЗ СО «Свердловский областной центр медицинской профилактики»	(343)371-15-45
Консультирование по вопросам медицинской профилактики, организации и проведения семинаров для медработников	Праздничкова Елена Васильевна, руководитель организационно-методического отдела Регионального сосудистого центра	(343)351-15-20 org-rsc@okb1.ru
Вторичная профилактика инсульта	Андрянова Ольга Викторовна, заместитель начальника ГАУЗ СО «Свердловский областной центр медицинской профилактики»	(343)371-29-06 (343)371-28-68
Консультирование по вопросам организации и проведения диспансеризации, профосмотров	Пономарева Анжелика Владимировна, заведующая организационно-методическим отделом ГАУЗ СО «Свердловский областной центр медицинской профилактики»	(343)371-00-34 (343)371-28-68

Информация по вопросам профилактики сердечно-сосудистых и других неинфекционных заболеваний:

- методические пособия и нормативные документы;
- доклады и выступления специалистов в виде презентаций,
- информационные материалы для пациентов,
- видеоматериалы и др.

размещена на сайте ГАУЗ СО «Свердловский областной центр медицинской профилактики»: <http://www.medprofural.ru/>

