



Министерство здравоохранения Московской области

## **Вторичная профилактика у лиц, перенесших острое нарушение мозгового кровообращения**

Методические рекомендации для врачей неврологов,  
кардиологов, терапевтов, врачей общей практики

УТВЕРЖДАЮ  
Министр здравоохранения Московской области



  
С.А. Стригункова

УДК 616.12-009.72-08  
ББК 57.10

**Рекомендации подготовлены**

**Глезер Мария Генриховна** – д.м.н., профессор, кафедра кардиологии, функциональной и ультразвуковой диагностики, ФГОУ ВО «Первый Московский государственный медицинский университет имени И.М. Сеченова МЗ РФ, главный внештатный кардиолог Минздрава Московской области

Вторичная профилактика у лиц, страдающих ИБС. Методические рекомендации для врачей амбулаторной практики/Сост. Глезер М.Г. – М.: ООО «Медиком», 2021. – 20 с.

**Рецензенты:**

**Бубнова Марина Геннадьевна** – д.м.н., профессор, руководитель отдела реабилитации и вторичной профилактики сочетанной патологии с лабораторией профилактики атеросклероза и тромбоза ФГБУ «Государственный научно-исследовательский центр терапии и профилактической медицины» Минздрава России

ISBN 978-5-91264-085-8

**Чернявская Татьяна Константиновна** – к.м.н. профессор кафедры кардиологии ГБУЗ МО МОНИКИ имени М.Ф. Владимирского заместитель директора ГБУЗ МО МОНИКИ имени М.Ф. Владимирского

ISBN 978-5-91264-085-8  
© ООО «Медиком»

## Оглавление

Введение .....	2
Факторы риска развития ишемического инсульта .....	4
Немедикаментозные мероприятия .....	5
• Прекращение курения .....	5
• Физическая активность .....	5
• Питание и поддержание нормальной массы тела .....	6
Медикаментозная терапия .....	6
• Коррекция АД .....	7
• Гиполипидемическая терапия .....	8
• Антиагрегантная и антикоагулянтная терапия .....	10
Алгоритм и сроки возможного возобновления терапии оральными антикоагулянтами (ОАК) после ишемического инсульта .....	14
• Факторы, поддерживающие раннее начало назначения ОАК .....	14
• Факторы, учитываемые для отсрочки возобновления терапии ОАК .....	15
• Факторы, которые свидетельствуют против возобновления антикоагулянтной терапии .....	16
Хирургические, эндоваскулярные и гибридные методы .....	17
Литература .....	20

Инсульт является второй ведущей причиной смерти в мире, ежегодно уносит жизни 5 млн. человек, причем около 30% больных умирает в течение первых 6 месяцев после инсульта. Инсульт является и ведущей причиной инвалидности (в мире ежегодно в результате инсульта становятся инвалидами около 30 млн. человек), и делает пациентов зависимыми от помощи других людей.

Инсульты подразделяют на две большие группы по типу поражения (**таблица 1**). Ишемические инсульты составляют 3/4 нарушений мозгового кровообращения, 1/4 приходится на геморрагические поражения.

**Таблица 1.** Классификация нарушений мозгового кровообращения по типу поражения

Тип нарушения	Частота встречаемости
Ишемический инсульт (инфаркт мозга)	75%
Транзиторные ишемические атаки (ТИА)	Очаговая неврологическая симптоматика сохраняется менее 24 часов
Геморрагический инсульт	25%
Субарахноидальное кровоизлияние	5%
Внутри мозговое кровоизлияние	20%

В **таблице 2** представлена классификация ишемических инсультов по происхождению или по механизму возникновения.

**Таблица 2.** Классификация ишемических инсультов

Механизм возникновения	Частота встречаемости
Атеротромботический	34%
Кардиоэмболический	22%
Лакунарный	15%
Гемодинамический	20%
Инсульт, связанный с другими, более редкими причинами (васкулиты, гиперкоагуляционные синдромы, коагулопатии, диссекция артерий и др.)	редко
Неизвестного происхождения	

**Атеротромботический инсульт** диагностируют у пациентов, с возникшей очаговой неврологической симптоматикой, имеющих верифицированное атеросклеротическое поражение инсульт-связанной артерии (со стенозом более 50% или окклюзией) при отсутствии явных источников тромбоэмболии

**Кардиоэмболический инсульт** возникает в связи с эмболией в мозговые артерии тромбами из полостей сердца. При этом отсутствует значимое атеросклеротическое поражение сосудов проксимальнее места эмболии.

**Гемодинамическое нарушение мозгового кровообращения** обусловлено снижением объемного кровотока дистальнее участка выраженного стеноза мозговой артерии. Гемодинамическое нарушение может возникать как диспропорция между потребностью и возможностью обеспечения полноценного кровоснабжения головного мозга: низкое артериальное давление; снижение минутного объема крови.

**Лакунарный инсульт** развивается вследствие окклюзии мелкой перфорантной артерии в веществе головного мозга. Диагноз устанавливают при наличии в клинической картине одного из традиционных лакунарных синдромов (чисто двигательный инсульт, чисто чувствительный инсульт, сенсомоторный инсульт, синдром дизартрии с неловкостью руки, синдром атактического гемипареза и т.д.) и при отсутствии нарушений корковых функций. При этом данные компьютерной и/или магнитно-резонансной томографии, (КТ/МРТ) нормальные или имеются субкортикальные/стволовые повреждения диаметром менее 1,5 см; Эти пациенты часто имеют в анамнезе гипертоническую болезнь или сахарный диабет и не имеют потенциальных источников кардиогенной эмболии или стеноза ипсилатеральной (на той же стороне) мозговой артерии более 50%.

Очень часто причину развития ишемического инсульта не удается установить. В этом случае говорят о **криптогенном инсульте** – эмболическом инсульте с неустановленным источником (Embolic Stroke of Undetermined Source — ESUS). То есть это инсульт, при котором имеется нелакунарный инфаркт мозга по данным КТ/МРТ, при этом отсутствует атеросклеротическое поражение, инсультсвязанной артерии со стенозом более чем 50%, отсутствуют источники кардиоэмболии и другие

причины инсульта, таких как артериит и диссекция артерии, питающей область инфаркта мозга, мигрень, артериит Такаясу, гигантоклеточный артериит, фибромускулярная дисплазия, редкая болезнь Мойя-Мойя («клубок дыма») и другие.

### **Факторы риска развития ишемического инсульта**

В исследовании INTERSTROKE были выявлены основные факторы риска развития ишемического инсульта, большинство из них увеличивает риск инсульта в 2–3 раза (**таблица 3**) и довольно широко распространены в популяции. В связи с этим в первичной профилактике борьба должна проводиться на популяционном уровне и в группах высокого риска.

**Таблица 3.** Вклад факторов риска в развитие ишемического инсульта (исследование INTERSTROKE)

<b>Фактор риска</b>	<b>ОР инсульта</b>
Артериальная гипертензия	2,64
Сердечные причины	2,38
Курение	2,09
Дислипидемия АпоВ/Апо А-1	1,89
Метаболический синдром	1,65

Важно понимать, что после перенесенного ишемического инсульта или ТИА вероятность возникновения повторного инсульта очень велика. Так, по данным популяционных исследований [1] после ТИА повторный инсульт происходит в 8,0% случаев (95% ДИ 2,3% – 13,7%) в течение 7 дней, в 11,5% (4,8% – 18,2%) случаях в течение 30 дней и в 17,3% (9,3% – 25,3%) случаях в течение 3 месяцев. После минимального инсульта частота развития инсульта даже больше – инсульт возникает в 11,5% (4,8% – 11,2%) случаев в течение 7 дней, в 15,0% (7,5% – 22,5%) в течение 30 дней и каждый 4-5 пациент переносит повторный инсульт в течение 3 месяцев (18,5% 95%ДИ 10,3% – 26,7%).

Следует отметить, что повторный инсульт вдвое увеличивает риск общей смерти. По данным 11 регистров США и Европы риск общей смерти

при повторных криптогенных инсультах (из неизвестных источников) может увеличиваться в 13 раз [2].

Таким образом, большое внимание должно быть обращено и на установление причины инсульта и на предотвращение повторного события. Начинаться вторичная профилактика должна в ранние сроки после произошедшего мозгового события и продолжаться неопределенно долгий срок.

Профилактика состоит в проведении немедикаментозных мероприятий и медикаментозного лечения.

### **Немедикаментозные мероприятия**

Факторы риска первичного и повторного инсульта во многом схожи. Поэтому и в первичной и во вторичной профилактике на них и должны быть направлены основные мероприятия.

### **Прекращение курения**

Эта рекомендация обусловлена тем, что курение удваивает риск инсульта. После прекращения курения риск инсульта снижается. Однако для снижения риска требуется длительный период отказа от курения. У людей, прекративших курение, риск становится таким же, как у некурящих, примерно через 5 лет. Важно также исключить или значимо снизить воздействие табачного дыма из окружающей среды. Пассивное курение увеличивает риск инсульта на 20–30%, и риск смерти после инсульта в 2 раза. Соответственная разъяснительная работа должна проводиться с родственниками пациента и лицами, осуществляющими уход.

### **Физическая активность**

Малоподвижный образ жизни увеличивает риск повторного мозгового ишемического события. Физическая активность, напротив, оказывает положительное влияние. Физическая реабилитация начинается с ранних сроков инсульта (в стационаре), и обязательно должна продолжаться в домашних условиях. Следует получить консультацию реабилитолога, врача лечебной физкультуры по типу и режиму упражнений, которые направлены на восстановление утраченных двигательных и чувствительных функций, поддержание равновесия.

Уровень физической активности должен устанавливаться индивидуально.

Важно предотвратить риск падений. Известно, что в первый год после инсульта основные случаи падений происходят дома и почти четверть пациентов имеют повторный эпизоды падений. Поэтому важно правильное устройство помещений, в которых находятся пациенты, перенесшие инсульт. Так, должны быть устроены нескользкие полы в ванных комнатах, поддерживающие поручни в туалетных комнатах, установлены маленькие лестницы и скамеечки в ванной, края ковров должны быть закреплены, расположение выключателей, должно быть таковым, чтобы от входа освещалась вся комната, освещение вообще должно быть достаточным и т.д. Важно обратить внимание на обувь – она должна быть с задниками, фиксирующая голеностопный сустав, продумать наличие вспомогательных средств передвижения и др. [3]

### **Питание и поддержание нормальной массы тела**

Целесообразно провести оценку питания для пациентов с ишемическим инсультом или ТИА в анамнезе. Наличие ожирения, также как недостаточная масса тела являются факторами риска повторного события. Пациенты с признаками недоедания должны быть направлены на индивидуальное диетологическое консультирование.

Разумно рекомендовать пациентам с инсультом или ТИА в анамнезе снизить потребление натрия до уровня  $\approx 2,4$  г в сутки. Дальнейшее снижение до  $< 1,5$  г в сутки также является целесообразным и связано с еще большим снижением АД. Кроме того следует рекомендовать пациентам с инсультом или ТИА в анамнезе соблюдать диету, содержащую достаточное количество овощей, фруктов, цельнозерновых продуктов, пищевых волокон, нежирных молочных продуктов, птицу, рыбу, бобовые, оливковое масло и орехи. Следует ограничить потребление сладостей и красного мяса, гастрономических продуктов типа колбас, сосисок, копченостей. Не рекомендуют использование витаминов и комплексов витаминов.

### **Медикаментозная терапия**

Включает коррекцию факторов риска, антигипертензивную, анти-тромботическую (антиагрегантную и/или антикоагулянтную), гиплипидемическую терапию.



## Коррекция АД

Контроль АД является одним из важнейших направлений в профилактике инсультов, как ишемических, так и особенно геморрагических. Внимание врачей всех специальностей терапевтов, неврологов, кардиологов и других должно быть сконцентрировано на достижение целевых значений АД. Согласно **Европейским рекомендациям 2018 г. и российским рекомендациям 2020 г.** уровень АД, при котором следует назначить медикаментозную антигипертензивную терапию и целевое АД, которого нужно достичь у лиц, перенесших инсульт или ТИА зависит от возраста пациента (таблица 4).

**Таблица 4.** Рекомендации по назначению медикаментозной антигипертензивной терапии и целевым цифрам АД у пациентов, перенесших ТИА и инсульт

Возрастные группы	Уровень АД для начала медикаментозной антигипертензивной терапии, мм рт. ст.	Целевой уровень АД, мм рт. ст.
18–65 лет	≥ 140	< 130, но не ниже 120
65–79 лет	≥ 140	130–139
> 80 лет	≥ 160	130–139
Пороговая величина для ДАД	≥ 90	70–79

По данным исследования **SPRINT**, более интенсивное снижение систолического АД (менее 120 мм рт. ст.), у лиц уже перенесших инсульт, не приводит к достоверному снижению риска повторного инсульта по сравнению со стандартным снижением АД (менее 140 мм рт.ст.). Однако мета-анализ трех исследований показал, что все же при достижении более низких цифр АД риск повторного инсульта уменьшался достоверно и можно рекомендовать снижение АД менее 130 мм рт.ст. с учетом, конечно, индивидуальной переносимости этого более выраженного снижения АД.

Хорошо известно, что в первичной профилактике коррекция АД любыми антигипертензивными препаратами, снижает риск инсультов. Во вторичной же профилактике имеется несколько рандомизированных исследований, которые подтверждают, что активная антигипертензив-

ная терапия снижает риск повторных мозговых событий. Практически 30% снижение риска повторных инсультов показано при использовании индапамида – тиазидоподобного диуретика (исследование PATS, НАУВЕТ), у пожилых и даже очень пожилых людей. Аналогичный эффект был получен при комбинированной терапии индапамидом с ингибитором ангиотензин превращающего фермента периндоприлом (исследование PROGRESS). В исследовании MOSES эпросартан снижал риск повторного инсульта больше, чем антагонист кальция нитридипином.

Используют, конечно, и другие (практически все) комбинации антигипертензивных препаратов для достижения целевых значений АД. Однако считается, что лучшим нейропротекторным действием обладают три группы препаратов – диуретики, сартаны и антагонисты кальция дигидропиридинового ряда. Это объясняют тем, что диуретики и антагонисты кальция дигидропиридинового ряда увеличивают уровень ангиотензина II в головном мозге, а сартаны блокируют рецепторы 1 типа к ангиотензину, оставляя свободными рецепторы 2 типа к ангиотензину II, с чем и связывают более выраженное нейропротекторное действие.

### **Гиполипидемическая терапия**

Терапия статинами должна быть назначена (или продолжена, если пациент получал ее до инсульта) пациентам с некардиоэмболическим ишемическим инсультом или ТИА для профилактики повторных сердечно-сосудистых событий.

Целевой уровень липопротеидов низкой плотности в этом случае составляет менее 1,4 ммоль/л или липопротеидов не высокой плотности – менее 2,6 ммоль/л.

Для достижения целевых показателей необходима терапия высокоинтенсивная мощными статинами (аторвастатин в дозе 80 мг, розувастатин в дозе 40 мг). Симвастатин может оказывать положительное влияние, однако эффекты его менее выражены. При невозможности достичь целевых значений с помощью статинов, могут быть дополнительно использованы эзитимиб или терапия ингибиторами PCSK9 (алирокумаб, эволокумаб).

Если пациент принимал статины на момент развития инсульта, прием данной группы препаратов следует продолжать в остром периоде инсульта IIa B-R Высокоинтенсивная терапия статинами должна быть начата или продолжена у пациентов моложе 75 лет, с клиническими проявлениями атеросклеротических кардиоваскулярных заболеваний, включая инсульт или ТИА предположительно атеросклеротического генеза, при отсутствии противопоказаний для данной терапии I A Пациентам, которым высокоинтенсивная терапия показана, но имеются противопоказания или клинические данные, указывающие на высокий риск развития побочных эффектов, должна проводиться среднеинтенсивная терапия статинами I A Пациентам старше 75 лет с клиническими проявлениями атеросклеротических кардиоваскулярных заболеваний, включая инсульт или ТИА предположительно атеросклеротического генеза, при выборе высокоинтенсивной или среднеинтенсивной терапии необходимо оценивать предполагаемую пользу от снижения риска развития сосудистых эпизодов и риск развития осложнений от терапии статинами, а также учитывать лекарственное взаимодействие. Целесообразно продолжать терапию статинами при ее хорошей переносимости в прошлом IIb C-EO Пациентам с ИИ, которым показано назначение статинов, терапию следует начинать в стационаре IIa C-LD Пациентам с ИИ и другим атеросклеротическим кардиоваскулярным заболеванием следует проводить терапию согласно рекомендациям по лечению дислипидемии, которые включают модификацию образа жизни, диету и медикаментозную терапию I A Измерение уровня холестерина у пациентов с ИИ атеросклеротического генеза, получавших оптимальную терапию статинами до развития ИИ, может быть полезным для решения вопроса о выборе кандидатов для назначения ингибиторов PCSK9 на амбулаторном этапе

Важно, что помимо снижения риска развития фатальных и нефатальных инсультов при высокоинтенсивной терапии снижается риск и других атеротромботических событий (инфаркт миокарда) и общей смерти, улучшаются функциональные исходы, снижается риск развития деменции и паркинсонизма.

Статины не рекомендованы больным, перенесшим геморрагический инсульт, за исключением случаев, когда у больных есть доказательства

атеросклеротического заболевания или пациент относится к категории высокого сердечно-сосудистого риска.

### **Антиагрегантная и антикоагулянтная терапия**

Назначение ацетилсалициловой кислоты (АСК) в дозе 75–100 мг в первые 24–48 часов приводит к достоверному снижению числа повторных ишемических инсультов и к достоверному снижению смертности, что позволило рекомендовать назначение препарата в указанный период времени от дебюта ишемического инсульта. Если пациенту проводилась тромболитическая терапия препаратом альтеплазой назначение АСК можно отсрочить еще на 24 ч.

Можно рассматривать также использование препарата клопидогрел в дозе 75 мг, или комбинации АСК с дипиридамолом, либо тикагрелора на 90 дней с последующим переходом на клопидогрел при минимальных инсультах, особенно в случаях противопоказаний к назначению АСК.

Однако для больных, которые перенесли некардиоэмболический инсульт на фоне приема АСК, не установлена дополнительная польза во вторичной профилактике инсульта при увеличении дозы или переходе на альтернативный антитромботический препарат. Для длительной профилактики неблагоприятных сердечно-сосудистых событий, в том числе и смерти у пациентов перенесших некардиоэмболический ишемический инсульт более 1 месяца назад и имеющих установленный диагноз атеросклеротического заболевания (ишемическая болезнь сердца или заболевание периферических артерий) рекомендуется рассмотреть добавление к АСК низкой дозы антикоагулянта ривароксабана по 2,5 мг 2 раза в сутки. Основанием для этой рекомендации послужили данные исследования COMPASS, где было показано снижение риска повторного ишемического инсульта у таких больных на фоне комбинированной терапии АСК и ривароксабаном 2,5 мг 2 раза в день на 67% (ОР 0,33 (0,14–0,77),  $p = 0,01$ ) [4].

При этом следует учитывать, что применение Ривароксабана в дозе 2,5 мг 2 раза в сутки противопоказано после следующих типов инсульта вне зависимости от давности:

- Лакунарного, так как пациенты исключались из регистрационного исследования.

- Кардиоэмболического инсульта, так как этим пациентам показаны высокие дозы антикоагулянтов (ФП см. ниже)
- Геморрагического инсульта или геморрагической трансформация после ишемического инсульта

В случае развития у пациента с ИБС и/или заболеванием периферических артерий ТИА, комбинированная терапия ривароксабаном в дозе 2,5 мг 2 раза в день и АСК может применяться при отсутствии противопоказаний, в т.ч. при отсутствии терапии другими антиагрегантами (не АСК) или антикоагулянтами в высоких дозах.

Пациенты с фибрилляцией предсердий (ФП) и другими факторами риска кардиоэмболического инсульта

К факторам высокого риска эмболии из сердца относят:

- механические протезы клапанов сердца;
- фибрилляция предсердий;
- митральный стеноз с фибрилляцией предсердий;
- тромбоз ушка левого предсердия;
- синдром слабости синусового узла;
- недавно перенесенный инфаркт миокарда (менее 4 недель);
- дилатационная кардиомиопатия;
- глобальную патологию движений стенки миокарда;
- миксомы и инфекционный эндокардит.

К факторам среднего риска эмболии относят:

- пролапс митрального клапана;
- кальцификацию митрального кольца;
- митральный стеноз и недостаточность без фибрилляции предсердий;
- небактериальный эндокардит;
- аневризму межпредсердной перегородки;
- открытое овальное окно;
- трепетание предсердий;
- инфаркт миокарда (более 4 недель, но менее 6 месяцев);
- биологические протезы клапанов сердца.

Первое на что нужно обратить внимание – дезагреганты не используют у пациентов с ФП для профилактики инсультов.

Пациенты с ФП при риске по шкале CHA<sub>2</sub>DS<sub>2</sub>-VASc у мужчин > 2 балла и у женщин > 3 балла должны получать антикоагулянты.

У пациента с ФП есть несколько вариантов поведения антикоагулянтной терапии:

1. Назначение антагониста витамина К – варфарина (обязательно при механических клапанах сердца, ревматическом стенозе митрального клапана средней или тяжелой степени, наличии тромбом в левых камерах сердца), а также у других пациентов под контролем МНО.
2. Назначение прямых пероральных антикоагулянтов (ПОАК) таких как дабигатран, ривароксабан или апиксабан.

Трудности, с которыми приходится сталкиваться при назначении варфарина, состоят в том, что бывает очень сложно достичь целевого МНО 2–3 и поддерживать этот уровень более 70% времени лечения. Особенно сложно это у некоторых групп пациентов, которые в частности имеют сопутствующий сахарный диабет или страдают хронической сердечной недостаточностью.

Для оценки вероятности достижения оптимальной антикоагуляции на фоне терапии антагонистом витамина К рекомендуют использовать шкалу SAMe-TT2R2 (**таблица 5**).

Окончательный выбор конкретной схемы антикоагуляции остается за врачом, но следует учитывать, что у пациентов ранее не получавших антикоагулянты, следует предпочесть назначение ПОАК, а не антагонистов витамина К.

В обычной практике используют следующие дозы ПОАК:

- Ривароксабан 20 мг однократно, лучше вечером во время приема пищи
- Дабигатран 150 мг 2 раза в день
- Апиксабан 5 мг 2 раза в день

Сниженные дозы ПОАК используют только в определенных клинических ситуациях. Так, дозу ривароксабана снижают до 15 мг в сутки только в одном случае – при клиренсе креатинина менее 50 мл/мин.

Дозу дабигатрана снижают до 110 мг 2 раза в день в случаях если возраст пациента  $\geq 80$  лет, при необходимости сопутствующего при-

**Таблица 5.** Шкала SAMe-TT2R2

<b>Sex</b>	Женский пол	1 балл
<b>Age</b>	Возраст моложе 60 лет	1 балл
<b>Medical history</b>	Сопутствующие заболевания как минимум 2: артериальная гипертензия, сахарный диабет, ИБС, перенесенный инфаркт миокарда, атеросклероз периферических артерий, хроническая сердечная недостаточность, перенесенный инсульт, заболевания легких, болезни почек или печени	1 балл
<b>Treatment</b>	Препараты взаимодействующие с варфарином (например, амиодарон)	1 балл
<b>Tobacco use</b>	Курение ( $\geq 2$ лет)	2 балла
<b>Race</b>	Не европеоидная раса	2 балла

Достижение оптимальной антикоагуляции на фоне АВК вероятно\* 0–2 балла  
 Достижение оптимальной антикоагуляции на фоне АВК менее вероятно\*\* > 2 баллов

ема верапамила. Доза препарата также может быть снижена на усмотрение врача на основе индивидуальной оценки риска тромбоза и риска кровотечения у пациентов 75-80 лет, с нарушением функции почек (КК 30–50 мл/мин), при повышенном риске кровотечений, особенно при повышенном риске желудочно-кишечных кровотечений.

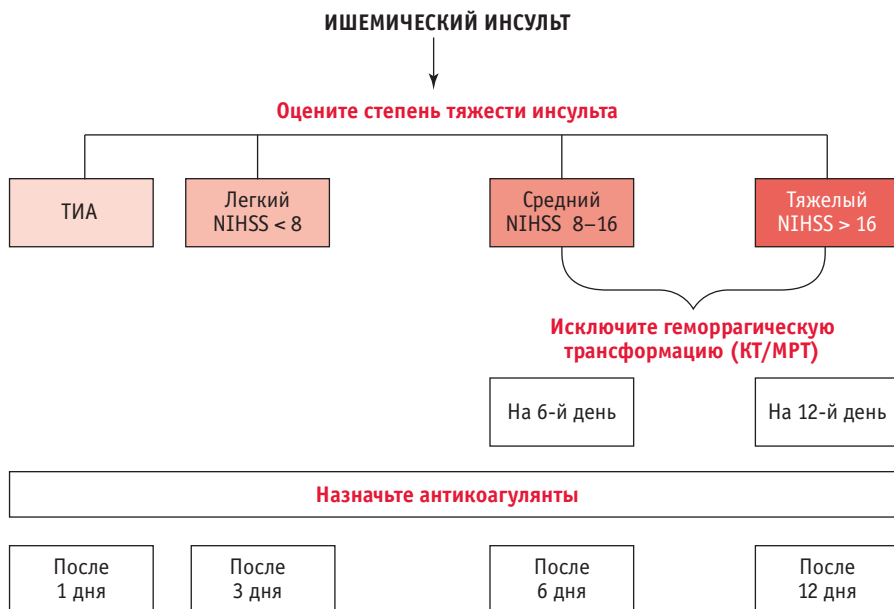
Дозу аписабана снижают до 2,5 мг х 2 раза в день при наличии, по крайней мере, 2 признаков из трех – возраст  $\geq 80$  лет, вес  $\leq 60$  кг или скорость клубочковой фильтрации 15-29 мл/мин.

Без показаний не следует использовать сниженные дозы НОАК/ПОАК, так как риск инсульта не снижается, а риск кровотечений сохраняется.

Если ишемический инсульт произошел на фоне ранее назначенных антикоагулянтов, то можно продолжить терапию тем же антикоагулянтом, но если есть доказательства предшествующей высокой приверженности пациента к терапии, то, наверное, имеет смысл поменять использовавшийся препарат на другой.

## Алгоритм и сроки возможного возобновления терапии оральными антикоагулянтами (ОАК) после ишемического инсульта

Как видно из рисунка сроки возобновления антикоагулянтной терапии зависят от тяжести инсульта, наличия или отсутствия геморрагической трансформации.



Heidbuchel H. et al. *Europace*, 2015; 17: 1467–1507.

**Рисунок.** Алгоритм назначения или возобновления антикоагулянтной терапии после ишемического инсульта у пациента с фибрилляцией предсердий

Необходимо, конечно, учитывать факторы, которые могут повлиять на сроки возобновления антикоагулянтной терапии.

### Факторы, поддерживающие раннее начало назначения ОАК

Раннее назначение ОАК может быть выбрано у пациентов клинически стабильных, молодого возраста, с хорошо контролируемым АД, имеющих низкий индекс NIHSS (менее 8 баллов). При визуализации инфаркт



мозга имеет небольшой размер или даже отсутствует, и нет признаков геморрагической трансформации. Пациент не нуждается в эндоскопической гастростомии, операции на каротидных артериях. В то же время имеет высокий риск рецидива, в том числе и наличие внутрисердечного тромба.

### **Факторы, учитываемые для отсрочки возобновления терапии ОАК**

Это пациенты пожилого возраста, с плохо контролируемым АД, с неврологической нестабильностью, имеющие высокий индекс NIHSS  $\geq 8$ , имеющие большой или средний размер инфаркта мозга при визуализации или признаки геморрагической трансформации, нуждающиеся в эндоскопической гастростомии или каротидная хирургия.

Таким образом, сроки начала терапии ПОАК это всегда индивидуальное решение, которое должно быть принято с учетом многих клинических факторов.

Гораздо сложнее вопрос о назначении или возобновлении антикоагулянтной терапии после геморрагического инсульта. В европейских рекомендациях 2016 г приведен алгоритм принятия решения при геморрагическом инсульте. Согласно этому алгоритму после внутримозгового кровоизлияния терапия антикоагулянтами у больного с ФП может быть назначена или возобновлена через 4–8 недель. Однако это решение должно быть принято консилиумом, состоящим из неврологов, кардиологов, нейрохирургов и специалистов по нейровизуализации.

При этом следует учитывать факторы, которые могут поддерживать назначение или возобновление ПОАК: например, у пациента имеет место установленная причина кровотечения, или когда фактор риска, послуживший причиной кровотечения, можно лечить и контролировать. Так, если имела место травматическая или другая устранимая причина кровотечения, проведено хирургическое лечение субдуральной гематомы, или имело место субарахноидальное кровотечение и на аневризму наложена клипса. Кровотечение состоялось на приеме антагониста витамина К, при его передозировке. Имело место кровотечение в базальные ганглии, у пациента нет или имеется минимальное повреждение

белого вещества. Пациент молодого возраста, артериальная гипертония хорошо контролируется и имеется **высокий риск ишемического инсульта**.

**Факторы, которые свидетельствуют против возобновления антикоагулянтной терапии** также многообразны и к ним относятся: кровотечение, возникло на адекватных дозах или при недостаточных дозах или при перерыве в приеме антикоагулянтов, имело место тяжелое внутричерепное кровотечение, кортикальное кровотечение, множественные микрокровоизлияния, причина кровотечения не может быть устранена или выявлена; пациент пожилого возраста, пациент нуждается в двойной дезагрегантной терапии например при стентировании, пациент страдает хроническим алкоголизмом и др.

Принимая решение необходимо информировать пациента и членов его семьи о риске и пользе от возобновления терапии антикоагулянтами. При выборе антикоагулянта разумно выбрать препарат, обладающий минимальным риском кровотечений. Предпочтительно назначить ПОАК, а не антагонист витамина К. В случае использования антагониста витамина К возможно поддержания МНО несколько ниже, чем обычно на уровне 2,0–2,5.

Не следует забывать о необходимости контроля функции почек у пациентов, получающих пероральные антикоагулянты. В соответствии с практическими рекомендациями Европейской ассоциации аритмологов (EHRA) по применению прямых антикоагулянтов у пациентов с ФП в **таблице 6** представлена предлагаемая частота контроля функции почек.

Таблица 6.

Частота контроля функции почек	Группы пациентов, получающие ОАК
Ежегодно	Все пациенты с ФП
1 раз в «КлКр/10» месяц	Пациенты с ФП и КлКр ≤ 60 мл/мин
Как минимум 1 раз в 6 месяцев	Пациенты ≥75 лет или у ослабленных (хрупких) пациентов*

Окончание таблицы на стр. 17

Частота контроля функции почек	Группы пациентов, получающие ОАК
По потребности	Каждый раз при подозрении на ухудшение функции почек: <ul style="list-style-type: none"> <li>• инфекция</li> <li>• сопутствующее использование нефротоксичных препаратов</li> <li>• признаки гиповолемии и дегидратации</li> </ul>

\* Определяется при наличии 3 или более критериев: беспричинная потеря веса; жалобы на утомляемость; снижение мышечной силы рук; замедленная ходьба или низкая физическая активность

Следует отметить, что наличие хронической болезни почек увеличивает риск инсульта примерно в 3 раза. В связи с этим своевременное выявление хронической болезни почек является необходимым. При этом снижение скорости клубочковой фильтрации увеличивает риск ишемического, но не геморрагического инсульта, а наличие альбуминурии ассоциируется с увеличением риска ишемического инсульта на 60% а геморрагического – в 2,5 раза Mahmood

### **Хирургические, эндоваскулярные и гибридные методы**

К немедикаментозным методам профилактики кардиоэмболических инсультов можно отнести хирургические, эндоваскулярные и гибридные методы изоляции ушка левого предсердия, как самого частого источника кардиоэмболии (до 91% случаев при неклапанной ФП, 57% – при клапанной форме ФП), а также хирургические методы лечения при симптомных стенозах магистральных артерий головы.

В соответствии с постановлением Правительства 1640 Постановление Правительства РФ от 7 декабря 2019 г. N 1610 «О Программе государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи на 2020 год и на плановый период 2021 и 2022 годов и изменениями внесенными Постановлением Правительства № 2081 от 11 декабря 2020 г. пациенты, перенесшие инсульт и не обеспеченные федеральными или региональными льготами, входят в программу бесплатного лекарствен-

ного обеспечения, с целью профилактики повторных неблагоприятных событий. В соответствии с приказом Министерства здравоохранения РФ №1н от 09.01.2020 в утвержденный перечень входят все необходимые для пациентов, перенесших инсульт препараты, включая антиагреганты, антикоагулянты, статины, гипотензивные препараты (таблица 7).

**Таблица 7.**

Амиодарон	Лаптаконитина гидробромид
Амлодипин	Лозартан
Апиксабан	Метопролол
Аторвастатин	Моксонидин
Ацетилсалициловая кислота	Периндоприл
Бисопролол	Пропафенон
Варфарин	Ривароксабан
Гидрохлоротиазид	Симвастатин
Дабигатрана этексилат	Соталол
Изосорбида мононитрат	Тикагрелор
Индапамид	Эналаприл
Клопидогрел	

В соответствии с Распоряжением Министерства здравоохранения Московской области № 64 Р от 01.06.2020 г. «О порядке обеспечения лекарственными препаратами в течение одного года в амбулаторных условиях лиц, которые перенесли острое нарушение мозгового кровообращения, инфаркт миокарда, а также которым были выполнены аортокоронарное шунтирование, ангиопластика коронарных артерий со стентированием и катетерная абляция по поводу сердечно-сосудистых заболеваний» бесплатными лекарствами, среди лиц перенесших инсульт, в течение 1 года обеспечиваются в амбулаторных условиях пациенты, не имеющие федеральной льготы. Пациенты должны быть поставлены на диспансерный учет в течение 3 дней после выписки из стационара и внесены в регистр. Рекомендованные препараты мо-

гут быть выписаны одновременно максимально на срок до 180 дней (Приказ Минздрава России от 14.01.2019 N 4н «Об утверждении порядка назначения лекарственных препаратов, форм рецептурных бланков на лекарственные препараты, порядка оформления указанных бланков, их учета и хранения»). После завершения бесплатного лекарственного обеспечения в течение 1 года продолжение льготного лекарственного обеспечения пациентов возможно по региональной льготе при условии наличия ряда заболеваний, входящих в перечень категорий заболеваний Постановления Правительства РФ №890 (сахарный диабет, онкологические заболевания и другие). Пациенты, получившие инвалидность, далее могут быть обеспечены в рамках федеральной льготы.

## Литература

1. Coull A.J.1, Lovett J.K., Rothwell P.M. Oxford Vascular Study. Population based study of early risk of stroke after transient ischaemic attack or minor stroke: implications for public education and organisation of services. INTERSTROKE BMJ. 2004 Feb. 7; 328(7435): 326.
2. Ntaios G. et al. Risk Stratification for Recurrence and Mortality in Embolic Stroke of Undetermined Source. Stroke. 2016 Sep; 47(9): 2278–85. doi: 10.1161/STROKEAHA.116.013713. Epub 2016 Aug 9.
3. Walsh M.E., Galvin R., Williams D.J. et al. Falls-Related EvEnts in the first year after StrokeE in Ireland: Results of the multi-centre prospective FREESE cohort study. Stroke J. 2018 Sep; 3(3): 246–253. doi: 10.1177/2396987318764961.
4. De Luca L. et al. Oral Antiplatelet Therapy for Secondary Prevention of Non-Cardioembolic Ischemic Cerebrovascular Events J Clin Med. 2021 Apr; 10(8): 1721. doi: 10.3390/jcm10081721.