

Ишемический инсульт: клинические рекомендации по первичной и вторичной профилактике: методическое пособие для врачей / Санкт-Петербургский НИИ скорой помощи им. И.И. Джанелидзе, - СПб, Фирма «Стикс», 2018 – 32 с.

Авторский коллектив:

Вознюк И.А. - доктор медицинских наук, заместитель директора ГБУ «СПб НИИ СП им.И.И. Джанелидзе», профессор кафедры нервных болезней ФГБВОУ ВО "Военно-медицинская академия им. С.М. Кирова", главный внештатный специалист-невролог Комитета по здравоохранению Санкт-Петербурга

Янишевский С.Н. - доктор медицинских наук, кафедра нервных болезней ФГБВОУ ВО "Военно-медицинская академия им. С.М. Кирова"

Чечулов П.В. - кандидат медицинских наук, руководитель отдела неотложной нейрохирургии ГБУ «СПб НИИ СП им. И.И. Джанелидзе»

Скиба Я.Б. - кандидат медицинских наук, преподаватель кафедры терапии неотложных состояний филиала ФГБВОУ ВО "Военно-медицинская академия им. С.М. Кирова"

Харитонова Т.В. - кандидат медицинских наук, старший научный сотрудник ГБУ «СПб НИИ СП им. И.И. Джанелидзе»

Морозова Е.М. - научный сотрудник ГБУ «СПб НИИ СП им. И.И. Джанелидзе»

Белясник А.С. - зав. отделением медицинской реабилитации для больных с поражением ЦНС ГБУ «СПб НИИ СП им. И.И. Джанелидзе»

Под общей редакцией профессора **И.А. Вознюка**

Рецензенты: **А.А. Скоромец** - Академик РАН

М.М. Одинок - Член-корреспондент РАН

Решение проблемы заболеваемости и смертности при цереброваскулярной патологии - одна из наиболее актуальных задач в мире, а для России эта задача формирует стратегию развития отечественной медицины в ближайшие годы. Определенную сложность для врачей, практикующих в условиях все более строгого юридического сопровождения, представляют стремительно пополняющиеся на основе доказательной медицины Порядки и Стандарты оказания медицинской помощи пациентам с болезнями системы кровообращения, имеющим высокий риск острых сосудистых событий.

В методическом пособии кратко представлены современные взгляды и систематизированы основные направления организации первичной и вторичной профилактики ишемического инсульта с учетом действующих международных и национальных руководств и клинических рекомендаций, отражающих основные принципы медикаментозного и хирургического лечения пациентов, а также рекомендации по профилактике инсульта у пациентов с фибрилляцией предсердий, разработанные на основании выводов встречи Совета экспертов по неврологии.

Методическое пособие предназначено для неврологов, терапевтов, нейрохирургов, сосудистых хирургов, рентгенэндоваскулярных хирургов врачей общей практики, клинических, ординаторов и аспирантов.

ISBN 978-5-9500324-9-3

© Санкт-Петербургский НИИ скорой помощи им. И.И. Джанелидзе, 2018

СПИСОК СОКРАЩЕНИЙ	4
ВВЕДЕНИЕ	5
ВОПРОСЫ КЛАССИФИКАЦИИ	7
I. ПЕРВИЧНАЯ ПРОФИЛАКТИКА ИШЕМИЧЕСКОГО ИНСУЛЬТА	9
1.1 Немодифицируемые факторы риска	9
1.2 Модифицируемые факторы риска	10
1.3 Другие факторы риска	17
II. ВТОРИЧНАЯ ПРОФИЛАКТИКА ИШЕМИЧЕСКОГО ИНСУЛЬТА	19
2.1 Модификация образа жизни и коррекцию факторов риска сердечно-сосудистых заболеваний	19
2.2 Антигипертензивная терапия	20
2.3 Антитромботическая терапия	21
2.4 Гиполипидемическая терапия	24
2.5 Хирургическая профилактика	26
ОБЩИЕ ПОЛОЖЕНИЯ	28
Рейтинговая схема для оценки силы рекомендации	28
Рейтинговая система уровней доказательности	28
СПИСОК ИСПОЛЬЗОВАННОЙ ЛИТЕРАТУРЫ И РЕГЛАМЕНТИРУЮЩИХ ДОКУМЕНТОВ	29

Кроме того, при существующем риске развития ишемического инсульта или после его развития на фоне окклюзии прецеребральных и церебральных артерий, рассматриваемые в методических рекомендациях вопросы могут быть применены к следующим разделам классификации МКБ 10: «Закупорка и стеноз прецеребральных артерий, не приводящие к инфаркту мозга» (I65) и «Закупорка и стеноз церебральных артерий, не приводящие к инфаркту мозга» (I66), а так же «Сосудистые мозговые синдромы при цереброваскулярных болезнях» (G46).

Этиологический и патогенетический подтип ишемического инсульта определяется по данным комплексной оценки результатов обследования больного в соответствии с международной классификацией OSCP [Adams HPJr, et al.,1993, Asdaghi N.et al, 2011] (табл. 2).

Таблица 2

Патогенетические особенности подтипов острой церебральной ишемии

Подтип по TOAST критериям	Частота встречаемости
1 инсульт вследствие атеротромботического поражения крупной артерии	встречаемость: <ul style="list-style-type: none"> до 25% при учете пациентов со стенозами МАГ > 50% до 43% при учете пациентов со стенозами МАГ любой степени до 13% из-за артерио-артериальной эмболии
2 кардиоэмболический инсульт	встречаемость: до 20% локализация очагов: <ul style="list-style-type: none"> бассейн ВСА – до 70% (эмболия чаще в левую СМА, в передние ветви – до 20%, в задние ветви – до 18%) бассейн ОА – до 22% область «водораздела» - до 3%
3 лакунарный инсульт (вследствие патологии сосудов малого диаметра, гипертензионной ангиопатии)	встречаемость: до 15%
4 инсульт другой этиологии	встречаемость: до 8%
5 инсульт по неизвестной причине	встречаемость: до 5%

I. ПЕРВИЧНАЯ ПРОФИЛАКТИКА ИШЕМИЧЕСКОГО ИНСУЛЬТА

Целью первичной профилактики является снижение риска развития инсульта среди здорового населения. Определение риска развития инсульта основана на оценке наличия немодифицируемых факторов риска и выявления факторов риска, поддающихся коррекции (модифицируемых).

1.1 Немодифицируемые факторы риска

К данной группе относятся возраст, малая масса при рождении, раса/национальность и наследственные (генетические) факторы.

Возраст. Возраст рассматривается как фактор риска ишемического инсульта (ИИ) за счет кумулятивного эффекта сердечно-сосудистых рисков и их закономерного прогрессирования со временем. Отмечается тенденция «омоложения» ИИ за счет увеличения пропорции пациентов с развитием острой церебральной патологии в возрасте 20-54 года (Kissela BM, 2012), а также в возрастных группах 25-34 года и 35-44 года (Lee LK, 2012).

Малая масса тела при рождении. В ряде исследований, был продемонстрирован более высокий риск развития ИИ у новорожденных с низкой массой тела в их последующей жизни (Barker D.J.,2003; Lackland DT, 2003). В отдельных исследованиях более высокие риски развития ИИ у новорожденных с пониженной массой тела сочетались с более высокими рисками развития инфаркта миокарда и заболеваний сердца (OR - 2.16, P<0.01) (Johnson RC, 2011). Между тем, оценка взаимосвязи между данными факторами требует дальнейшего уточнения.

Наследственность. Наследственные факторы могут быть классифицированы как потенциально модифицируемые, однако, в связи с отсутствием генной терапии для большинства патологий, в настоящее время их следует рассматривать именно как немодифицируемые. Перспективность исследований в данной области оправдана с учетом наличия 35% случаев криптогенных инсультов, однако, в настоящее время большее количество рекомендаций декларирует отсутствие пользы от проведения генетического скрининга по широким показаниям.

Рекомендации:

- Изучение семейного анамнеза может быть полезным с целью выявления лиц с повышенным риском развития ИИ (**Класс Па, уровень А**).
- Пациента целесообразно направить на генетическое консультирование при наличии редких причин инсульта, связанных с возможными наследственными факторами (**Класс Па, уровень А**).
- Неинвазивный скрининг неразорвавшейся внутричерепной аневризмы показан для пациентов при наличии двух и более родственников первой линии с субарахноидальным кровоизлиянием или внутричерепной аневризмой (**Класс Пб, уровень С**).
- Неинвазивный скрининг неразорвавшейся внутричерепной аневризмы показан пациентам с аутосомно-доминантной поликистозной болезнью почек при наличии одного или более родственников с данным заболеванием, у которого оно сочеталось с субарахноидальным кровоизлиянием или внутричерепной аневризмой (**Класс Пб, уровень С**). Скрининг неразорвавшейся внутричерепной аневризмы всем пациентам с аутосомно-доминантной поликистозной болезнью почек не показан (**Класс Пв, уровень С**).