



НАЦІОНАЛЬНИЙ КОНГРЕС
ІНСУЛЬТ ТА СУДИННО-МОЗКОВІ
ЗАХВОРЮВАННЯ

Вторичная профилактика инсульта в свете европейских рекомендаций и доказательных данных последних лет

По материалам II Национального конгресса «Инсульт и сосудисто-мозговые заболевания» (3-5 ноября 2010 год, г. Киев)

В настоящее время под вторичной профилактикой инсульта подразумевается целый комплекс мероприятий, направленных на предотвращение развития инсульта и других сердечно-сосудистых событий у пациентов, которые уже перенесли инсульт или транзиторную ишемическую атаку (ТИА). О современных принципах и возможностях вторичной профилактики участникам конгресса напомнила главный специалист МЗ Украины по специальности «Неврология», руководитель отдела сосудистой патологии головного мозга ГУ «Институт неврологии, психиатрии и наркологии НАМН Украины» (г. Харьков), доктор медицинских наук, профессор Тамара Сергеевна Мищенко.



Т.С. Мищенко

— Согласно действующим рекомендациям Европейской инсультной организации (ESO, 2008) стратегия вторичной профилактики должна основываться на определении подтипа (механизма развития) перенесенного ишемического инсульта (ИИ). В зависимости от выявленных факторов риска назначается коррекция этих факторов с применением антитромбоцитарных средств, антикоагулянтов (у больных с кардиоэмболическим инсультом), статинов и других медикаментозных методов, а также ставится вопрос о применении хирургических способов вторичной профилактики — каротидной эндартерэктомии (КЭЭ) или стентирования. Вторичная профилактика должна проводиться со второй недели от начала инсульта.

Независимо от этиологии и подтипа инсульта существуют универсальные и хорошо обоснованные доказательными данными рекомендации по коррекции образа жизни для пациентов, перенесших инсульт или ТИА. Курящим пациентам рекомендуется бросить курить и избегать пассивного курения (класс рекомендаций I, уровень доказательности C). Пациентам, которые злоупотребляют крепкими спиртными напитками, следует отказаться от алкоголя или ограничить его употребление. Умеренное употребление алкоголя (бутылка пива, стакан вина или 30-60 мл крепких спиртных напитков в сутки) несколько снижает риск развития инсульта (I, A). Для всех лиц с избыточным весом рекомендовано поддержание индекса массы тела между 18,5 и 24,9 кг/м² и окружности талии не более 88 см у женщин и 102 см у мужчин путем снижения калорийности рациона и расширения физической активности (IIb, C). Для пациентов, которые могут выполнять физические нагрузки, показаны занятия в течение как минимум 30 мин в день, в то же время необходимо воздерживаться от значительных нагрузок (IIb, C). Лицам с ограниченной двигательной активностью вследствие перенесенного инсульта рекомендовано регулярно выполнять комплекс физических упражнений в домашних условиях. Больному, перенесшему ИИ или ТИА, целесообразно увеличить потребление фруктов и овощей, растительного масла и ограничить в рационе продукты с высоким содержанием холестерина.

Независимо от уровня артериального давления (АД) всем больным, перенесшим ИИ или ТИА, необходимо назначать антигипертензивную терапию (I, A). У данной категории больных доказано преимущество монотерапии диуретиками и комбинацией ингибитор АПФ + диуретик (I, A). Рекомендуются снижение АД после острейшего периода инсульта, в том числе у пациентов с нормальным уровнем АД (I, A). Целевой уровень АД неизвестен и должен определяться индивидуально. Показаны преимущества снижения АД на 10/5 мм рт. ст. (IIa, B). Не следует значительно снижать АД у больных с предполагаемым билатеральным стенозом сонных артерий (IIb, C).

В схемах вторичной профилактики инсульта рекомендовано применять статины. На основании результатов исследования SPARCL пациентам без ИБС, которые перенесли атеросклеротический ИИ или ТИА, рекомендовано назначение статинов с интенсивным гиполипидемическим эффектом. Показано, что прием аторвастатина снижает риск развития инсульта на 23-25%.

Антитромбоцитарная терапия — основа вторичной профилактики ИИ атеротромботического, лакунарного подтипов, а также криптогенного ИИ.

В соответствии с рекомендациями ESO-2008 для вторичной профилактики некардиоэмболического инсульта одобрены следующие стратегии антиагрегантной терапии:

- при первом инсульте или ТИА у пациентов низкого риска — ацетилсалициловая кислота (АСК) в дозах 50-325 мг/сут или комбинация АСК с дипиридамолом медленного высвобождения;
- при повторном инсульте или ТИА и наличии в анамнезе заболеваний сердца или периферических артерий — клопидогрель;
- при резистентности к АСК также показано назначение клопидогреля;
- при развитии новых сердечно-сосудистых событий на фоне приема клопидогреля (у пациентов высокого риска), после стентирования сонных артерий, а также при наличии заболеваний интракраниальных сосудов — комбинация клопидогрель + АСК.

Несмотря на то что АСК остается самым доступным антиагрегантом, ее применение для вторичной профилактики инсульта ограничивается повышенным риском геморрагических осложнений (в основном за счет кровотечений из желудочно-кишечного тракта), а также высокой вероятностью резистентности к терапии, которая может быть обусловлена генетическим полиморфизмом биосинтеза тромбосанов или лекарственными взаимодействиями АСК (например, с нестероидными противовоспалительными средствами) (K.R. McQuaid, L. Laine, 2006; G.L. Hankey, 2006). Существуют доказательства того, что комбинация АСК и дипиридамола более эффективна, чем монотерапия АСК.

При выборе антиагрегантной терапии для конкретного больного необходимо учитывать индивидуальный профиль риска и анамнез непереносимости лекарственных средств. Присоединение АСК к клопидогрелю повышает риск кровотечений и не может быть рекомендовано всем пациентам, перенесшим инсульт или ТИА, в повседневной практике. При недостаточной эффективности АСК в адекватной дозе не рекомендовано дальнейшее повышение дозы. Для пациентов с непереносимостью АСК клопидогрель является предпочтительной альтернативой.

В крупном исследовании CAPRIE с участием почти 20 тыс. больных высокого сердечно-сосудистого риска продемонстрировано преимущество клопидогреля перед АСК в снижении частоты комбинированной конечной точки, которая включала инфаркт миокарда, ИИ и сердечно-сосудистую смерть.

Для больных с кардиоэмболическим инсультом методом выбора вторичной профилактики инсульта является антикоагулянтная терапия. Пациентам с постоянной или пароксизмальной формой фибрилляции предсердий (ФП), которые перенесли инсульт или ТИА, рекомендовано назначение варфарина в дозе, позволяющей поддерживать международное нормализованное отношение (МНО) в пределах 2,0-3,0. Данная рекомендация основана на результатах

крупных клинических исследований (AFASAK, SPAF, BAATAF, CAFA, SPINAF, EAFT), в которых варфарин снижал риск инсульта у больных с ФП на 67% (I, A). Пациентам, которые не могут получать антикоагулянты, рекомендовано назначение АСК в дозе 325 мг/сут (AFASAK, SPAF, ESPS, LASAF, UK-TIA) (I, A). Доказанный уровень снижения риска повторных инсультов на фоне приема АСК пациентами с ФП — 24%.

Риск развития повторного инсульта индивидуален для каждого больного с ФП и зависит от ряда дополнительных факторов: возраста и пола (у женщин риск выше), наличия артериальной гипертензии, дисфункции левого желудочка сердца, инфаркта миокарда в анамнезе, сахарного диабета, атеросклероза и нарушения функции почек. Для объективизации степени риска рекомендовано использовать шкалу CHADS₂, которая позволяет разделить пациентов на группы высокого, умеренного и низкого риска. CHADS₂ — скрининговая шкала для оценки риска тромбэмболических осложнений, в том числе инсульта, у пациентов с ФП, рекомендованная Европейским обществом кардиологов (ESC), Американской ассоциацией сердца (AHA) и Американской коллегией кардиологов (ACC). CHADS — акроним, образованный из английских названий основных факторов риска, где C — Cardiac Failure (сердечная недостаточность), H — Hypertension (артериальная гипертензия), A — Age (возраст), D — Diabetes (сахарный диабет), S — Stroke (инсульт). Определенные факторы риска оцениваются в баллах: сердечная недостаточность — 1 балл, артериальная гипертензия — 1 балл, возраст старше 75 лет — 1 балл, сахарный диабет — 1 балл, инсульты или ТИА в анамнезе — по 2 балла. На последнем конгрессе ESC (28 августа — 1 сентября 2010 г., Стокгольм, Швеция) был представлен обновленный вариант шкалы, получивший название CHADS₂-VASc. Дополнительными факторами риска признаны возраст 55-74 года, женский пол и наличие сосудистого заболевания. Интерпретация результатов не изменилась: низкому риску инсульта соответствует оценка «0», то есть отсутствие перечисленных факторов риска у молодых пациентов; умеренному риску — 1 балл; высокий риск констатируется при оценке в 2 балла и выше. В соответствии с полученным по шкале результатом рекомендованы следующие стратегии вторичной профилактики:

- пациентам с оценкой в 2 балла и выше назначение антикоагулянтов обязательно;
- при оценке 1 балл могут использоваться как антикоагулянты, так и антиагреганты;
- пациенты низкого риска могут принимать низкие дозы АСК или совсем не получать препаратов для тромбопрофилактики.

При назначении варфарина следует помнить о том, что при недостаточном антикоагулянтном эффекте (МНО <2,0) риск развития ИИ остается высоким, а при МНО >3,0 начинает расти риск внутримозгового кровоизлияния.

Противопоказания к назначению варфарина:

- невозможность регулярного лабораторного контроля коагуляции;
- индивидуальная непереносимость;

- повышенный риск частых падений;
- неконтролируемая эпилепсия;
- желудочно-кишечные кровотечения в анамнезе.

В 2008 г. на основании результатов завершившихся клинических исследований были обновлены рекомендации по хирургической вторичной профилактике инсульта.

КЭЭ рекомендована пациентам со стенозами сонных артерий 70-99% диаметра (I, A). Операция должна выполняться только в клиниках с показателем периоперационных осложнений (любой инсульт и смерть) <6% (I, A). Рекомендовано как можно более раннее выполнение КЭЭ после перенесенного ишемического события, в идеале в течение первых двух недель от начала инсульта (II, B). Операция также рекомендована для некоторых пациентов со стенозом 50-69%, например мужчинам с полушарной симптоматикой (III, C), но должна выполняться только в центрах с показателем периоперационных осложнений менее 3% (I, A). Операция КЭЭ не рекомендована пациентам со стенозами сонных артерий менее 50% (I, A).

У пациентов с симптомным каротидным стенозом КЭЭ снижает риск повторного инсульта на 17%. При наличии тяжелого стеноза у больных, которые перенесли ТИА или неинвалидирующий инсульт, КЭЭ снижает риск повторных инсультов на 50% (S. Chaturvedi et al., 2005).

В 2009 г. были получены результаты 10-летнего наблюдения за участниками клинического исследования ACST (Asymptomatic Carotid Surgery Trial), в котором хирургическое лечение бессимптомных каротидных стенозов не продемонстрировало преимуществ перед консервативной стратегией ведения больных. Даже при низком уровне периоперационных осложнений целесообразность вмешательства у пациентов с бессимптомным стенозом сонных артерий вызывает все больше сомнений.

Каротидная чрескожная транслюминальная ангиопластика и/или стентирование рекомендованы для некоторых пациентов с тяжелым симптомным стенозом сонных артерий: при наличии противопоказаний к выполнению КЭЭ, при стенозах в недоступных для хирургии местах, рестенозе после КЭЭ и стенозах после лучевой терапии. При этом пациенты должны получать антитромбоцитарную терапию комбинацией клопидогрель + АСК непосредственно после стентирования и в дальнейшем как минимум в течение месяца. Эндоваскулярные методы вторичной профилактики инсульта также могут использоваться у пациентов с симптомным стенозом интракраниальных сосудов.

В исследованиях CAVATAS, CREST и SPACE два метода реваскуляризации сонных артерий — ангиопластика со стентированием и КЭЭ — сравнивались между собой в отношении эффективности профилактики инсульта и безопасности. Результаты исследований (максимальный срок наблюдения за больными составил три года) свидетельствуют о том, что эндоваскулярное вмешательство на сонных артериях имеет такую же эффективность в профилактике инсульта, как и эндартерэктомия (M.J. Gounis et al., 2010).

Подготовил **Дмитрий Молчанов**

