

В.А. Парфенов<sup>1</sup>, С.В. Вербицкая<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Первый МГМУ им. И.М. Сеченова, <sup>2</sup>поликлиника №151, Москва

## Международные рекомендации по вторичной профилактике ишемического инсульта и их реализация в амбулаторной практике

Контакты: Владимир Анатольевич Парфенов [vladimirparfenov@mail.ru](mailto:vladimirparfenov@mail.ru)

Contact: Vladimir Anatolyevich Parfenov [vladimirparfenov@mail.ru](mailto:vladimirparfenov@mail.ru)

Вторичная профилактика ишемического инсульта (ИИ) — одно из наиболее важных направлений в стратегии предупреждения инсульта в группе высокого риска. Вероятность инсульта увеличивается почти в 10 раз у лиц, перенесших инсульт или транзиторную ишемическую атаку (ТИА). Поэтому профилактика повторного инсульта должна начинаться как можно раньше после их развития и в большинстве случаев проводиться в течение всей жизни больного. В настоящее время группой ведущих неврологов разработаны международные рекомендации по вторичной профилактике ИИ [1, 2]. Использование этих рекомендаций позволяет предупредить почти 80% всех повторных ИИ, существенно снизить вероятность развития инфаркта миокарда и смерти от сердечно-сосудистых заболеваний.

Ведущая роль во внедрении методов вторичной профилактики в клиническую практику отводится амбулаторному звену, так как здесь наблюдается основная часть пациентов, перенесших ИИ или ТИА. Мы проводили профилактику повторного инсульта у 350 пациентов (171 мужчина и 179 женщин) в возрасте от 37 до 87 лет (средний возраст — 64 года), перенесших инсульт. Пациентов наблюдали в течение 6 мес—5 лет (в среднем — 4,1 года). С момента развития инсульта прошло от 3 мес до 4 лет (в среднем — 1,1 года). У 326 (93%) пациентов был ИИ: у 269 (77%) — в каротидной системе и у 57 (16%) — в вертебробазилярном бассейне. Основные результаты этого наблюдения опубликованы ранее [3]. В настоящей статье анализируются основные международные рекомендации по вторичной профилактике ИИ и их реализация в амбулаторной практике на основе собственного опыта.

### Нелекарственные методы вторичной профилактики инсульта

**Отказ от курения** или уменьшение числа выкуриваемых сигарет сопровождается постепенным существенным снижением риска развития повторного ИИ. Даже у пожилых людей, имеющих очень большой стаж курения, доказана эффективность прекращения курения или уменьшения числа выкуриваемых сигарет для предупреждения повторного инфаркта миокарда и ИИ [1]. Как показывают расчеты, для предотвращения одного повторного ИИ достаточно, чтобы 4 пациента, перенесших ИИ или ТИА, отказались от курения [2].

В наблюдаемой нами группе до развития инсульта курили 113 (66%) мужчин и 59 (33%) женщин. В результате длительного диспансерного наблюдения и регулярных разъяснений вреда курения 52 (30%) из 172 пациентов отка-

зались от этой привычки или существенно (в два раза и более) уменьшили число выкуриваемых сигарет [3].

**Прекращение злоупотребления алкоголем** уменьшает риск развития повторного инсульта у бывших алкоголиков. Всем пациентам, перенесшим ТИА или ИИ, рекомендуется отказаться от злоупотребления алкоголем (более 5 стандартных доз в сутки, при этом за 1 стандартную дозу принимают небольшую бутылку пива, бокал вина около 120 мл или 45 мл крепкого алкоголя). Умеренное употребление алкоголя (не более 2 стандартных доз) несколько снижает риск развития первого ИИ. Однако у пациентов, перенесших ИИ или ТИА, не доказано положительное влияние (снижение риска развития повторного инсульта) употребления даже умеренных доз алкоголя.

Среди наших пациентов до развития инсульта злоупотребляли алкоголем 62 (36%) мужчины и 27 (15%) женщин. В результате длительного диспансерного наблюдения и регулярных разъяснений опасности злоупотребления алкоголем от приема алкоголя отказалась почти половина пациентов — 42 (47%) из 89 перенесших инсульт [3]. При этом большое влияние на отказ пациентов от злоупотребления алкоголем оказали члены семей.

**Достаточная физическая активность** рекомендуется пациентам, перенесшим ИИ или ТИА. Отмечается, что низкая физическая активность замедляет процесс восстановления при наличии неврологических нарушений и повышает риск повторного инсульта [1, 2]. Целесообразно достижение физической активности, которая была до инсульта, и ее постепенное увеличение, если она была низкой. Если вследствие двигательных нарушений пациент не может передвигаться после инсульта, рекомендуется регулярный комплекс физических упражнений в домашних условиях под наблюдением специалиста (врача-физиотерапевта, специалиста по лечебной гимнастике). Положительный эффект от регулярных физических нагрузок может быть связан со снижением массы тела и АД, повышением толерантности к глюкозе, уменьшением уровня холестерина в сыворотке крови.

В наблюдаемой нами группе до развития инсульта у 279 (80%) из 350 пациентов физическая активность была низкой. Длительное диспансерное наблюдение и регулярные разъяснения необходимости увеличить физические нагрузки привели к возрастанию физической активности, преимущественно за счет пеших прогулок, у 71 (25%) из 279 больных [3].

**Снижение избыточной массы тела** у пациентов, перенесших ИИ или ТИА, достигается путем уменьшения калорийности питания и увеличения физической активности [1]. При этом большое значение имеет сбалансированное питание — употребление достаточного количества фруктов и овощей, растительного масла и ограничение продуктов, богатых холестерином.

В наблюдаемой нами группе до развития инсульта избыточную массу тела (индекс массы тела — ИМТ — от 25 до 30 кг/м<sup>2</sup>) имели 257 (73%) из 350 пациентов, ожирение (ИМТ >30 кг/м<sup>2</sup>) — 41 (12%) из 350. За время наблюдения многие пациенты смогли снизить массу тела, однако достигнуть нормальных ее показателей удалось всего нескольким больным.

## **Нормализация АД и антигипертензивная терапия**

Одно из наиболее эффективных направлений профилактики повторного инсульта — нормализация АД, которая в большинстве случаев требует приема одного или нескольких антигипертензивных средств. Примерно треть повторных инсультов можно предупредить путем постепенного снижения АД.

Анализ 7 рандомизированных контролируемых исследований, включивших 15 527 пациентов, которые перенесли ТИА или инсульт, показал, что лечение антигипертензивными средствами (в течение 2—5 лет) приводит к снижению риска повторного инсульта на 24%, инфаркта миокарда на 21% [4]. Чем значительнее было снижение АД на фоне лечения, тем существеннее снижалась частота развития инсульта [4].

Пациентам, перенесшим ИИ или ТИА, следует постепенно (в течение нескольких месяцев) снижать АД на 10/5 мм рт. ст. до достижения нормальных значений — <140/90 мм рт. ст., в случае сахарного диабета и почечной недостаточности — 130/80 мм рт. ст. [1, 2].

Примерно у 20% больных, перенесших ИИ или ТИА, имеется существенный стеноз (сужение >70% диаметра) или окклюзия внутренних сонных артерий (ВСА), что уменьшает эффективность антигипертензивной терапии. Метаанализ нескольких исследований показал, что у больных, перенесших инсульт или ТИА, риск развития повторного инсульта повышается при снижении систолического АД <130 мм рт. ст. в случае одностороннего стеноза ВСА >70% диаметра и при снижении систолического АД <150 мм рт. ст. в случае двустороннего стеноза ВСА >70% диаметра [5]. Оптимальный уровень АД, которого следует достигнуть у таких пациентов, остается неясным, но систолическое АД целесообразно поддерживать на уровне не ниже 140—150 мм рт. ст.

В исследование PROGRESS было включено 6105 пациентов, в течение предшествующих 5 лет перенесших инсульт или ТИА [6]. Наблюдение продолжалось в среднем 4,2 года. В группе принимавших в составе комбинированной антигипертензивной терапии периндоприл и индапамид риск повторного инсульта уменьшился у пациентов не только с артериальной гипертензией — АГ (в среднем на 33%), но и с нормальным АД (в среднем на 22%). На основании этих результатов международные эксперты рекомендуют проводить пациентам, перенесшим инсульт или ТИА, антигипертензивную терапию как при АГ, так и при нормальном АД для его дополнительного умеренного снижения [1, 2].

С учетом индивидуальных особенностей (заболевание сердца, сахарный диабет, другая патология, непереносимость

лекарственных средств) у пациентов с ТИА или ИИ в анамнезе могут быть использованы различные классы антигипертензивных средств, при этом во многих случаях требуется назначение нескольких антигипертензивных препаратов.

В исследовании MOSES проведено сравнение эффективности блокатора кальциевых каналов нитрендипина и блокатора рецепторов ангиотензина II эпросартана у пациентов с систолической АГ, перенесших инсульт [7]. Через 3 мес у 75,5% больных, леченных эпросартаном, и у 77,7% больных, леченных нитрендипином, отмечалась нормализация АД. В конце периода наблюдения уровень АД составил соответственно 137/80,7 и 136/80,2 мм рт. ст. В группе пациентов, получавших эпросартан, установлено достоверное снижение частоты развития повторных инсультов на 25%, общей смертности и всех сосудистых событий в среднем на 20% по сравнению с группой пациентов, леченных нитрендипином.

В настоящее время ингибиторы ангиотензинпревращающего фермента и блокаторы рецепторов к ангиотензину II, диуретики рассматриваются как эффективные средства вторичной профилактики ИИ [1, 2]. Рекомендуется их включение в комбинированную антигипертензивную терапию у пациентов, перенесших ИИ или ТИА.

## **Антитромботическая терапия**

В качестве антитромботической терапии при некардиоэмболическом инсульте (атеротромботическом, лакунарном и инсульте с неясной причиной) рекомендуются антитромбоцитарные средства, при кардиоэмболическом инсульте — непрямые антикоагулянты. Если при кардиоэмболическом инсульте противопоказан прием непрямых антикоагулянтов, то рекомендуются антитромбоцитарные средства.

Метаанализ исследований, посвященных оценке эффективности антитромбоцитарных средств у больных, перенесших ИИ или ТИА, показал, что длительный (в течение 3 лет) прием антитромбоцитарных средств достоверно снижает риск развития повторного инсульта, инфаркта миокарда и острой сосудистой смерти [8].

Из антитромбоцитарных средств, рекомендуемых международными экспертами для вторичной профилактики ИИ, в нашей стране зарегистрированы ацетилсалициловая кислота, клопидогрель, дипиридамол и тиклопидин.

**Ацетилсалициловая кислота (аспирин, кардиомагнил, тромбоАСС)** — наиболее известное и широко применяемое антитромбоцитарное средство. Регулярный прием ацетилсалициловой кислоты снижает риск развития инсульта, инфаркта миокарда или сосудистой смерти в среднем на 13%, риск развития нефатального инсульта на 28% и фатального инсульта на 16% [8]. При использовании малых (75—160 мг), средних (160—325 мг) и высоких (500—1500 мг) доз ацетилсалициловой кислоты не отмечено существенных различий в частоте развития инсульта, но применение малых доз реже осложнялось желудочно-кишечными расстройствами и кровотечениями. Для вторичной профилактики ИИ ацетилсалициловая кислота рекомендуется в дозе от 75 до 325 мг/сут [1, 2]. В среднем лечение ацетилсалициловой кислотой 1000 больных в течение 2,5 года позволяет предотвратить 36 повторных ишемических событий [8].

**Тиклопидин (тиквид, тикло)** — производное тиенопиридина, рекомендуется по 250 мг 2 раза в день [1]. В одном из исследований [9] было отмечено небольшое преимущество тиклопидина над аспирином в отношении профилактики повторного ИИ, но в другом исследовании [10] наблю-

далась примерно одинаковая эффективность этих анти-тромбоцитарных средств.

При приеме этого препарата примерно у 2% пациентов возникает нейтропения, что требует его отмены. Поэтому при лечении тиклопидином требуется регулярный контроль общего анализа крови (каждые 2 нед в течение первых 3 мес лечения) и отмена препарата при развитии нейтропении [1].

**Клопидогрель (плавикс)** — производное тиенопиридина, химически сходно с тиклопидином, но имеет меньше побочных эффектов. В настоящее время в европейских рекомендациях только клопидогрель считается средством вторичной профилактики ИИ [2]. Клопидогрель применяется в дозе 75 мг один раз в сутки.

Наблюдение почти 20 000 пациентов, перенесших ИИ, инфаркт миокарда или имеющих заболевание периферических артерий, показало, что в группе пациентов, получавших 75 мг/сут клопидогреля, инсульт, инфаркт миокарда или острая сосудистая смерть возникают достоверно реже, чем в группе пациентов, получавших 325 мг/сут аспирина [11]. Если использовать клопидогрель вместо ацетилсалициловой кислоты у 1000 пациентов в течение 2 лет, то удастся дополнительно предотвратить 10 новых ишемических событий.

Комбинация клопидогреля и ацетилсалициловой кислоты по сравнению с приемом только ацетилсалициловой кислоты [12] или только клопидогреля [13] не имеет существенных преимуществ в отношении снижения риска основных сосудистых событий и сопровождается существенным увеличением геморрагических осложнений. Поэтому в настоящее время данная комбинация не рекомендуется для широкого практического применения [1, 2].

**Дипиридамол** замедленного высвобождения по 200 мг в комбинации с 25 мг ацетилсалициловой кислоты (агренокс) рекомендуется для вторичной профилактики ИИ по 2 раза в сутки [1, 2]. Эта комбинация имеет небольшое преимущество над приемом одной ацетилсалициловой кислоты в отношении снижения риска развития повторного ИИ [14].

**Непрямые антикоагулянты (варфарин 2,5–10 мг/сут)** рекомендуются для вторичной профилактики ИИ пациентам с фибрилляцией предсердий, внутрижелудочковым тромбом, искусственным клапаном сердца и другой патологией, опасной повторением кардиоэмболического ишемического инсульта [1, 2]. У пациентов, перенесших ИИ или ТИА на фоне фибрилляции предсердий, использование ацетилсалициловой кислоты снижает относительный риск развития инсульта на 19%, применение варфарина — значительно существеннее, на 68% [15]. Чтобы предотвратить один инсульт, необходимо в среднем лечить варфарином в течение года 12 пациентов.

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

В ряде случаев пациенты не могут принимать варфарин из-за невозможности регулярно контролировать МНО, плохой переносимости препарата, высокого риска желудочно-кишечных кровотечений и падений с угрозой развития внутричерепной гематомы или риска возможных осложне-

ний. В этих случаях рекомендуется назначение антитромбоцитарных средств.

В настоящее время активно изучается эффективность другого перорального антикоагулянта — *дабигатрана*, применение которого не требует постоянного контроля МНО. В сравнительном исследовании варфарина и 110 или 150 мг дабигатрана у 19 113 пациентов с фибрилляцией предсердий и высоким риском инсульта (часть пациентов перенесли ИИ) отмечено преимущество дабигатрана в отношении профилактики ишемических сосудистых событий [16].

Наблюдаемые нами 326 пациентов, перенесших ИИ, начали принимать антигипертензивные средства, антитромбоцитарные средства или варфарин [3]. Из 77 больных, перенесших кардиоэмболический инсульт, только 21 (27%) принимал варфарин, остальные 56 (73%) — антитромбоцитарные средства (47 пациентов — тромбоАСС, 6 — кардиомагнил, 3 — аспирин кардио). Причиной отказа пациентов от приема варфарина чаще всего служила сложность регулярного контроля МНО. В качестве антитромбоцитарных средств больные, перенесшие некардиоэмболический инсульт, получали тромбоАСС (224 пациента), кардиомагнил (9), плавикс (13) или аспирин кардио (3). За время наблюдения не отмечено ни одного серьезного осложнения антитромботической терапии. Полученные результаты свидетельствуют об эффективности и хорошей переносимости препарата тромбоАСС, который использовали большинство пациентов.

В нашем исследовании регулярный прием антитромботических и антигипертензивных средств продолжил 281 (86%) пациент. 45 больных (14%) отказались от их регулярного приема, так как считали длительное лечение этими препаратами вредным для организма. Все основные сосудистые события (смерть от инсульта или инфаркта миокарда, инсульт, инфаркт миокарда) регистрировались достоверно реже у тех пациентов, которые регулярно принимали антитромботические и антигипертензивные средства. Повторный инсульт развился в 58% случаев в группе пациентов, которые не принимали регулярно антитромботические и антигипертензивные средства, и только у 22% пациентов, лечившихся регулярно.

### Статины

В настоящее время пациентам, перенесшим некардиоэмболический ИИ или ТИА, рекомендуется прием статинов [1, 2]. Назначение статинов в случае кардиоэмболического инсульта или ТИА показано лишь в случае сочетанных заболеваний, например хронической ИБС. Эффективность других средств, влияющих на обмен липидов, не доказана.

Эффективность статинов для вторичной профилактики ИИ установлена в исследовании SPARCL [17], которое включало 4731 больного (средний возраст — 63 года, 60% мужчин), перенесшего некардиоэмболический инсульт (в 97% случаев ИИ) или ТИА в течение 6 мес до включения в исследование и не имевшего инфаркта миокарда в анамнезе. В этом исследовании изучали влияние агрессивной терапии аторвастатином 80 мг/сут в сравнении с плацебо на риск развития cerebrovasкулярных (первичная цель) и сердечно-сосудистых осложнений (вторичная цель). Длительность наблюдения составила около 5 лет. В группе больных, леченных аторвастатином, число случаев инсульта (смертельного и несмертельного) уменьшилось в среднем на 16%. Прием аторвастатина снизил риск развития ИИ и ТИА на 23%, всех коронарных событий на 42%, больших сердечно-сосудистых событий на 20%, по-

требность в любой операции по реваскуляризации на 45%. Ведущее значение в профилактике повторного инсульта, по-видимому, имело снижение уровня холестерина липопротеидов низкой плотности, которое в группе пациентов, леченных аторвастатином, составило в среднем 38%. Статистический анализ показал, что для предотвращения одного инсульта необходимо в течение 5 лет лечить 80 мг аторвастатина 46 пациентов, перенесших инсульт или ТИА.

В настоящее время широко используется назначение статинов в остром периоде ИИ или сразу после развития ТИА. Применение статинов в больших дозах в сравнении со стандартными, например 80 мг аторвастатина вместо 20 мг, может привести к дополнительному снижению риска развития инсульта, что особенно важно у пациентов с высоким риском развития повторного ИИ. Целевой уровень холестерина липопротеидов низкой плотности при терапии статинами — 1,8 ммоль/л и менее.

Среди наших пациентов, перенесших ИИ, только 23 (7%) из 326 начали использовать статины для вторичной профилактики ИИ [3]. В группе пациентов, принимающих статины, инфаркт миокарда и смерть от сосудистых событий возникали достоверно реже, чем у больных, которые перенесли ИИ и не принимали статины.

### Хирургические методы лечения

**Каротидная эндартерэктомия** рекомендуется при выраженном стенозе (сужении 70–99% диаметра) ВСА на стороне заинтересованного полушария в ранние сроки (лучше в первые 2 нед), но не позднее 6 мес с момента развития инсульта или ТИА [1, 2]. При этом у хирурга периоперационная заболеваемость и смертность не должны превышать 6%.

Проведенные сравнительно давно крупные рандомизированные исследования показали, что при выраженном стенозе ВСА на стороне перенесенной ТИА или инсульта с небольшой инвалидизацией хирургическое лечение имеет преимущество над консервативным [18, 19]. На основании результатов этих исследований считается, что каротидная эндартерэктомия у больных, перенесших ИИ или ТИА, может быть проведена и при умеренной степени (сужении 50–69% диаметра) стеноза ВСА при отсутствии выраженных сопутствующих заболеваний и наличии дополнительных факторов риска, например у мужчин.

Анализ эффективности каротидной эндартерэктомии у больных, перенесших ТИА или ИИ и имеющих на стороне пораженного полушария умеренный или выраженный стеноз (50–99% диаметра) ВСА, показал, что эффективность лечения зависит от срока выполнения операции [20]. Каротидная эндартерэктомия максимально эффективна в ранние сроки (до 2 нед после развития ТИА или ИИ) и не дает положительного результата через 6 мес после сосудистого события. При увеличении времени с момента возникновения ТИА или ИИ эффективность каротидной эндартерэктомии резко снижается. Например, чтобы предотвратить один инсульт в течение 5 лет, достаточно прооперировать в среднем 5 пациентов на протяжении 2 нед с момента заболевания, но если операция проводится через 3 мес и более, то необходимо прооперировать уже 125 пациентов [20]. Зависимость эффективности операции от времени ее выполнения наиболее существенна у пациентов с умеренной степенью стеноза. В этой группе операция, выполненная более чем через 3 мес после развития ТИА или ИИ, уже не дает положительного результата [20].

**Каротидное стентирование** не имеет преимуществ перед каротидной эндартерэктомией у больных, перенесших ТИА или ИИ и имеющих стеноз ВСА [1, 2]. При стентировании сонных артерий лучшие результаты отмечаются лишь при использовании устройства (ловушка) для предупреждения возможной артерио-артериальной эмболии. Каротидное стентирование должен проводить опытный хирург, у которого периоперационная заболеваемость и смертность не превышают 4%.

В настоящее время каротидное стентирование рекомендуется только в особых случаях: 1) расположение стеноза ВСА в плохо доступном для проведения каротидной эндартерэктомии месте; 2) наличие сопутствующих заболеваний, при которых высок риск осложнений каротидной эндартерэктомии; 3) радиационный стеноз ВСА; 4) рестеноз после каротидной эндартерэктомии; 5) расслоение ВСА; 6) фибромаскулярная гиперплазия; 7) артериит Така-ясу. В остальных случаях (а их большинство) рекомендуется проведение каротидной эндартерэктомии.

**При выраженном стенозе позвоночной артерии** у пациентов, перенесших ТИА или ИИ, могут быть выполнены как эндартерэктомия, так и стентирование [1, 2].

**При стенозе внутричерепных артерий** больным, перенесшим ТИА или ИИ, может быть установлен стент [1]. Ангипластика (баллонная дилатация) и стентирование обычно проводятся при выраженных стенозах (преимущественно средней мозговой артерии) и неэффективности консервативной терапии (антиагрегационные средства, статины).

**Наложение экстраинтракраниального анастомоза** у больных, перенесших ИИ или ТИА и имеющих закупорку ВСА, не показало преимуществ хирургического лечения в первом большом рандомизированном исследовании [21], поэтому не рекомендуется в рутинной практике [1, 2]. В дальнейшем была отмечена эффективность этой операции при закупорке ВСА, вызывавшей снижение кровоснабжения мозга на стороне пораженного полушария. В настоящее время операция рекомендуется только в отдельных случаях, когда доказана роль гемодинамических нарушений в повторных ишемических событиях [1].

Мы наблюдали 11 пациентов с выраженным стенозом ВСА (сужение >70% диаметра), 9 из которых проведена каротидная эндартерэктомия [3]. Ни в одном случае не наблюдалось осложнений хирургического лечения. Все 9 пациентов продолжили регулярный прием антиагрегационных и антигипертензивных средств, 6 — получали статины; при этом за весь период наблюдения ни у одного больного не развился повторный инсульт. У 2 больных, которые отказались от хирургического лечения, развился повторный ИИ.

### Оптимизация вторичной профилактики ИИ в амбулаторной практике

Результаты нашего исследования показывают высокую эффективность использования в амбулаторной практике международных рекомендаций по вторичной профилактике ИИ. Регулярное использование у пациентов относительно дешевых лекарственных средств (многие антигипертензивные средства, тромбоАСС) позволяет существенно снизить риск развития не только повторного инсульта, но и инфаркта миокарда.

Важно отметить, что только относительно небольшая часть пациентов, перенесших инсульт, меняют образ жизни, отказываются от курения и злоупотребления алкого-



лем, увеличивают физическую активность. Нормализовать массу тела удается только отдельным больным. Существенная часть пациентов отказываются от регулярного приема лекарств, что отражает их низкую медицинскую культуру и указывает на необходимость более широкого информирования населения об эффективности методов вторичной профилактики инсульта, организации в поликлиниках кабинетов профилактики инсульта.

Существенная проблема, с которой часто приходится сталкиваться при ведении пациентов, перенесших инсульт, — высокая стоимость препаратов, которые необходимо принимать в течение длительного времени (или пожизненно), например статинов, многих современных антигипертензивных и антитромбоцитарных препаратов. Поэтому в нашем наблюдении только небольшая группа пациентов регулярно принимала статины. В тех случаях, когда у пациентов, принимающих ацетилсалициловую кислоту, развивается по-

вторный ИИ, редко удается использовать более эффективные антитромбоцитарные средства (агренокс, плавикс).

В настоящее время многие пациенты, перенесшие ИИ или ТИА, не проводят профилактику повторного инсульта и других сердечно-сосудистых заболеваний, потому что недостаточно информированы об эффективных средствах лечения. Многие считают, что длительный прием лекарств крайне опасен для здоровья и не дает существенного эффекта, и регулярно (или курсами) принимают только препараты, улучшающие мозговое кровообращение и метаболические процессы в головном мозге, при этом не используют анти-тромбоцитарные средства, например дешевый тромбоАСС, и другие эффективные методы вторичной профилактики ИИ. Широкое внедрение в амбулаторную практику международных рекомендаций по вторичной профилактике ИИ способно привести к существенному снижению заболеваемости повторным инсультом и смертности от него в нашей стране.

## ЛИТЕРАТУРА

1. Sacco R. L., Adams R., Albers G. et al. Guidelines for Prevention of Stroke in Patients With Ischemic Stroke or Transient Ischemic Attack: A Statement for Healthcare Professionals From the American Heart Association/American Stroke Association Council on Stroke: Co-Sponsored by the Council on Cardiovascular Radiology and Intervention: The American Academy of Neurology affirms the value of this guideline. *Stroke* 2006;37:577—617.
2. European Stroke Organisation (ESO) Executive Committee; ESO Writing Committee. Guidelines for management of ischaemic stroke and transient ischaemic attack. *Cerebrovasc Dis* 2008;25:457—507.
3. Вербицкая С.В., Парфенов В.А. Вторичная профилактика инсульта в амбулаторных условиях. *Неврол журн* 2011 (в печати).
4. Rashid P., Leonardi-Bee J., Bath P.P. Blood Pressure Reduction and Secondary Prevention of Stroke and Other Vascular Events. *Stroke* 2003;34:2741—8.
5. Rothwell P.M., Howard S.C., Spence J.D. for the Carotid Endarterectomy Trialists' Collaboration. Relationship between Blood Pressure and Stroke Risk in Patients With Symptomatic Carotid Occlusive Disease. *Stroke* 2003;34:2583—92.
6. PROGRESS Collaborative Group. Randomised trial of a perindopril-based blood-pressure-lowering regimen among 6105 individuals with previous stroke or transient ischaemic attack. *Lancet* 2001;358:1033—41.
7. Schrader J., Luders S., Kulschewski A. et al. Mortality and morbidity after stroke, Eprosartan compared with Nitrendipine for secondary prevention. Principal results of a prospective randomised controlled study (MOSES). *Stroke* 2005;36:1218—26.
8. Antithrombotic Trialists' Collaboration. Collaborative meta-analysis of randomised trials of antiplatelet therapy for prevention of death, myocardial infarction, and stroke in high risk patients. *BMJ* 2002;324:71—86.
9. Haas W.K., Easton J.D., Adams H.P. et al. A randomized trial comparing ticlopidine hydrochloride with aspirin for the prevention of stroke in high risk patients. *N Engl J Med* 1989;329:501—7.
10. Gorelick P.B., Richardson D., Kelly M. for the African American Antiplatelet Stroke Prevention Study Investigators. Aspirin and ticlopidine for prevention of recurrent stroke in black patients: a randomized trial. *JAMA* 2003;289:2947—57.
11. CAPRIE Steering Committee. A randomised, blinded trial of clopidogrel versus aspirin in patients at risk of ischemic events (CAPRIE). *Lancet* 1996;348:1329—39.
12. Bhatt D., Fox K., Hacke W. et al. Clopidogrel and aspirin versus aspirin alone for the prevention of atherothrombotic events. *N Engl J Med* 2006;354:1706—17.
13. Diener H., Bogousslavsky J., Brass L. et al. Acetylsalicylic acid on a background of clopidogrel in high-risk patients randomised after recent ischaemic stroke or transient ischaemic attack: the MATCH trial results. *Lancet* 2004;364:331—4.
14. Diener H.C., Cunha L., Forbes C. et al. European Stroke Prevention Study, 2: dipyridamole and acetylsalicylic acid in the secondary prevention of stroke. *J Neurol Sci* 1996;143:1—13.
15. EAFT Group Secondary prevention in non-rheumatic atrial fibrillation after transient ischaemic attack or minor stroke. *Lancet* 1993;342:1255—62.
16. Connolly S., Ezekowitz M.D., Yusuf S. et al. Dabigatran versus warfarin in patients with atrial fibrillation (ACTIVE A). *N Engl J Med* 2009;361:1139—51.
17. Amarenco P., Bogousslavsky J., Amarenco P. et al. High-dose atorvastatin after stroke or transient ischemic attack. *N Engl J Med* 2006;355:549—59.
18. Beneficial effect of carotid endarterectomy in symptomatic patients with high-grade carotid stenosis: North American Symptomatic Carotid Endarterectomy Trial Collaborators. *N Engl J Med* 1991;325:445—53.
19. MRC European Carotid Surgery Trial: interim results for symptomatic patients with severe (70—99%) or with mild (0—29%) carotid stenosis: European Carotid Surgery Trialists' Collaborative Group. *Lancet* 1991;337:1235—43.
20. Rothwell P.M., Eliasziw M., Gutnikov S.A. et al. Carotid Endarterectomy Trialists' Collaboration. Endarterectomy for symptomatic carotid stenosis in relation to clinical subgroups and timing of surgery. *Lancet* 2004;363:915—24.
21. Failure of extracranial-intracranial arterial bypass to reduce the risk of ischemic stroke: results of an international randomized trial: the EC/IC Bypass Study Group. *N Engl J Med* 1985;313:1191—200.