

А.В. Фонякин, Л.А. Гераскина, В.А. Шандалин*Научный центр неврологии РАМН, Москва*

Профилактика сердечно-сосудистых осложнений после ишемического инсульта: стандарты, действительность и перспективы

PREVENTION OF CARDIOVASCULAR EVENTS AFTER PRIOR ISCHEMIC STROKE: STANDARDS, REALITY, AND PROSPECTS**A.V. Fonyakin, L.A. Geraskina, V.A. Shandalin***Neurology Research Center, Russian Academy of Medical Sciences, Moscow*

The basic strategies of secondary prevention of stroke and prevention of cardiovascular events in the early poststroke period are considered.

The actual use of the principles of secondary prevention of cardiovascular events in the outpatient setting in patients with prior ischemic stroke is analyzed. A cohort of patients ($n = 109$) was formed in the inpatient setting; a comprehensive neurological and cardiological examination was made. Then information on a patient's health status, social and professional adaptation, the presence of cardiovascular events and the nature of taken drugs was obtained via a telephone interview. These observations were compared with the results of an analysis of the Russian population in the REACH register. It is concluded that the main target for the prevention of cardiovascular events in the poststroke period is to more strictly observe the recommendations long along with the support and control by outpatient health care workers.

Key words: *ischemic stroke, secondary prevention of cardiovascular events.*

Andrey Viktorovich Fonyakin: neurocor@rol.ru

Сосудистые заболевания головного мозга из-за высокой распространенности и тяжелых последствий для здоровья населения представляют важнейшую медицинскую и социальную проблему [1]. Обоснованно считается, что инсульт легче предупредить, чем добиться полного восстановления утраченных функций, а тем более полного излечения пациента. Кроме того, перенесенный инсульт значительно увеличивает (примерно в 15 раз) риск развития повторного инсульта, на долю которого в настоящее время приходится примерно четвертая часть всех острых нарушений мозгового кровообращения. Показано, что общий риск повторного инсульта в первые 2 года после первого инсульта составляет от 4 до 14% и наиболее высок в первые несколько месяцев [2].

Для достижения максимальной эффективности предупреждения повторного инсульта необходимо преодолеть основной парадокс превентивной ангионеврологии — существующее несоответствие между данными, накопленными в ходе исследований, выполненными на принципах доказательной медицины, и реальным внедрением этих знаний в повседневную клиническую врачебную деятельность. Важность раннего активного введения стратегий вторичной профилактики для пациентов с ишемической болезнью сердца (ИБС) и цереброваскулярными заболеваниями (ЦВЗ) подчеркнута в многочисленных рекомендациях по оказанию медицинской помощи. Однако большинству населения доступен ограниченный объем информации относительно профилактики сердечно-сосудистых заболеваний и инсульта. В связи с этим представляют интерес результаты канадского исследования по оценке качества лечения пациентов с инсультом, ИБС и при их сочетании [3]. Авторами была дана сравнительная оценка рекомендуемых схем лечения и достижения конечных целей в период с 2001 по 2004 г. в выборке случайно отобранных амбулаторных пациентов группы высокого риска с ИБС, ЦВЗ или их сочетанием.

Анализировали достижение целевого уровня артериального давления — АД ($<140/90$ мм рт. ст. или $<130/90$ для больных с сахарным диабетом — СД) и концентрации холестерина (ХС) липопротеидов низкой плотности (ЛПНП) $< 2,5$ ммоль/л в соответствии с действовавшими в то время в Канаде рекомендациями. Также учитывали прием антитромбоцитарных, гипотензивных и липидснижающих препаратов. Обнаружено, что в группе больных с ЦВЗ целевой уровень АД достигался только у 57% больных, а ХС ЛПНП — у 31% пациентов. При этом у женщин с ЦВЗ по сравнению с мужчинами целевые значения указанных параметров достигались реже. Таким образом, несмотря на доказанную эффективность имеющихся в распоряжении врача лекарственных препаратов, лечение артериальной гипертензии (АГ) и дислипидемии в настоящее время остается субоптимальным. Следовательно, необходимо качественно улучшить реализацию стратегии профилактики и лечения.

Другой проблеме — выживаемости после инсульта — посвящены многочисленные проспективные исследования, выполненные в разные годы в ведущих клинических центрах мира [4, 5]. Известно, что продолжительность жизни пациента, перенесшего инсульт, составляет в среднем 8,8 года. Этот показатель значительно уменьшается — до 3,9 года — в случае развития повторного инсульта либо инфаркта миокарда. При анализе причин смерти установлено, что в период от 3 нед до 3 мес большинство больных умирают от тромбоэмболии легочной артерии, пневмонии и повторных инсультов. К 3—5-му годам одной из основных причин летальности становится сердечная патология: острая и хроническая сердечная недостаточность, нарушения ритма сердца и инфаркт миокарда [4]. Так, по данным более чем 3-летнего наблюдения, смертность больных в отдаленном постинсультном периоде в 39% наблюдений была обусловлена кардиоваскулярной патологией, тогда как

смертность от повторного инсульта находилась на уровне 18%. Исходя из этого, в комплексе мероприятий, направленных на улучшение прогноза отдаленного постинсультного периода, во главу угла должны быть поставлены своевременное обнаружение и адекватная терапия заболеваний сердца. Однако не всегда уже имеющаяся сердечная патология проявляется клинической симптоматикой. Длительное время коронарная болезнь сердца может протекать скрыто, не обнаруживая себя ангинозными приступами и дебютируя серьезными осложнениями — нестабильной стенокардией и острым инфарктом миокарда. Поэтому возникает необходимость ранней диагностики коронарной болезни у лиц, перенесших инсульт.

О наличии коронарной нестабильности могут свидетельствовать не только кардиальные проявления. В частности, индикатором коронарной болезни сердца служит каротидный атеросклероз. При проспективном наблюдении больных без ИБС в анамнезе выявлена взаимосвязь интракраниального и каротидного атеросклеротического процесса с такими кардиальными осложнениями, как острый инфаркт миокарда, отек легких, желудочковая тахикардия, внезапная смерть [6]. Сочетание атеросклероза сонных артерий, клинических проявлений ИБС и безболевого ишемии миокарда было отмечено у 41% больных. В течение последующих 3,5 года 88% пациентов с безболевым ишемией миокарда перенесли различные коронарные события [7, 8].

Единая тенденция в виде значительного возрастания риска повторных инсультов и инфарктов миокарда обусловлена распространенным характером атеросклеротического процесса. Так, у больных с постинфарктным кардиосклерозом в 3—4 раза повышен риск острых нарушений мозгового кровообращения, а у пациентов с инсультом — в 2—3 раза выше риск инфаркта миокарда, нестабильной стенокардии или внезапной сердечной смерти. Именно поэтому базовые позиции современной стратегии предупреждения повторного инсульта обнаруживают тесную параллель с вторичной профилактикой коронарной патологии.

Рекомендации по вторичной профилактике инсульта можно условно подразделить на следующие составляющие [9]:

- модификация поведенческих факторов риска и лечение сахарного диабета,
- антитромботическая терапия,
- антигипертензивная терапия,
- гиполипидемическая терапия,
- реконструктивные операции на артериях головы и шеи.

Модификация поведенческих факторов риска и лечение СД

В настоящее время имеются убедительные доказательства, что табакокурение является важным самостоятельным фактором риска повторного ишемического инсульта, вне зависимости от возраста, пола и этнической принадлежности [10]. Частота развития повторного инсульта в группе курящих в 2 раза выше таковой у некурящих лиц [11]. Отказ от курения ассоциируется с уменьшением частоты госпитализаций, связанных с инсультом [12]. Положительный эффект отказа от курения очень значителен. Для того чтобы предотвратить один повторный инсульт с помощью отказа от курения, необходимо расстаться с этой привычкой всего 4 больным [9].

Влияние алкоголя на риск возникновения повторного инсульта дискуссионно [10]. Существуют бесспорные доказательства, что хронический алкоголизм является фактором

риска геморрагического инсульта. В отношении ишемического инсульта существует мнение о пользе небольших и умеренных доз (1—3 условных порций в день), однако убедительных доказательств тому нет. Большие дозы алкоголя, напротив, вызывают гиперкоагуляцию, фибрилляцию предсердий (ФП) и алкоголь-индуцированную гипертензию [13, 14]. Поэтому с целью снижения риска повторного инсульта пациенты, злоупотребляющие алкоголем, должны прекратить или значительно уменьшить его потребление.

Ожирение (индекс массы тела $>30 \text{ кг/м}^2$) является доказанным фактором риска ЦВЗ, а также таких факторов риска инсульта, как АГ, СД и дислипидемия. Исследования, демонстрирующие связь между снижением массы тела и риском повторного инсульта, в настоящее время отсутствуют [10]. Тем не менее снижение избыточной массы тела ассоциируется с нормализацией АД, уровня глюкозы, показателей липидного профиля и увеличением физической активности [15], поэтому нормализация массы тела рекомендует-ся всем пациентам с инсультом.

Достаточная физическая активность оказывает позитивное воздействие на различные факторы риска у пациентов с сердечно-сосудистыми заболеваниями, включая инсульт [16, 17]. Отмечено снижение риска инсульта в среднем на 20% при физической активности средней интенсивности и на 27% — при высокой интенсивности физических нагрузок. Снижение риска инсульта связывают, в частности, со снижением АД и массы тела [18], улучшением толерантности к глюкозе [19]. Изменение образа жизни, повышение физической активности сокращает потребность в фармакологических вмешательствах.

В популяционных исследованиях установлено, что СД наряду с возрастом является достоверным независимым предиктором повторного инсульта [20]. В то же время конкретные сведения о роли гликемического контроля во вторичной профилактике инсульта ограничены. Тем не менее такое лечение, если и не уменьшит риск повторных мозговых событий, то окажется полезным в отношении других конечных точек (коронарных событий и нефропатии) и микрососудистых осложнений [21].

Таким образом, в целях повышения эффективности вторичной профилактики инсульта рекомендации по модификации образа жизни должны быть конкретны и категоричны: всем пациентам с ишемическим инсультом необходимо прекратить курить и избегать пассивного курения, снизить до минимума употребление алкогольных напитков, нормализовать массу тела, контролировать уровень сахара в крови и, по возможности, увеличить физические нагрузки [9, 10].

Антитромботическая терапия

Антитромботическая терапия является обязательной для всех пациентов, перенесших ишемический инсульт или транзиторную ишемическую атаку (ТИА) [9, 10]. Выбор антитромботических средств осуществляется с учетом этиологических различий основных факторов внутрисосудистого или внутрисердечного тромбообразования. Среди них выделяют патологию крупных артерий головы, включая экстракраниальные и интракраниальные артерии, эмбологенную кардиальную патологию и заболевания мелких артерий мозга [22]. При поражении артерий крупного калибра (около 25—30% всех ишемических инсультов) имеет место атеротромботический процесс на фоне активации тромбоци-

тарного звена гемостаза с формированием тромба на атеросклеротической бляшке. При кардиальной патологии, являющейся причиной кардиоэмболического инсульта (КЭИ), происходит образование, в основном, фибриново-эритроцитарных сгустков в полостях и на клапанах сердца. И, наконец, поражение мелких артерий с формированием, как правило, лакунарных инфарктов головного мозга (25–30% всех случаев ишемического инсульта) также имеет в своей основе тромботический процесс. Подобная классификация инсультов общепринята и широко применяется в контролируемых испытаниях, выполняемых в рамках профилактики повторного ишемического инсульта [10].

У большинства пациентов, перенесших КЭИ, препаратом выбора является непрямой (или пероральный) антикоагулянт (ОАК) варфарин, назначаемый длительно при ФП, остром инфаркте миокарда (до 6 мес от начала его развития), ревматических пороках митрального клапана, кальцификации митрального кольца (с выраженной регургитацией), искусственных клапанах сердца и незаращении овального отверстия (при сочетании с гиперкоагуляционным состоянием и доказанным венозным тромбозом) [9]. У пациентов с прочими причинами КЭИ предпочтительнее использовать тромботические антиагреганты.

Согласно рекомендациям Европейской организации по инсульту (2008), при некардиоэмболическом инсульте с целью снижения риска повторного инсульта более показаны антитромботические препараты, нежели ОАК. В качестве начальной терапии приемлемы клопидогрел (Плавикс) либо комбинированная терапия ацетилсалициловой кислотой (АСК) и дипиридамолом медленного высвобождения (ДВ). В качестве альтернативы возможно использование АСК (75–150 мг в день). Монотерапия АСК, монотерапия клопидогрелом и комбинация АСК с ДВ равноценно приемлемы. Присоединение АСК к терапии клопидогрелом увеличивает риск кровотечений и в рутинной практике не рекомендуется. Комбинированное лечение АСК с ДВ по сравнению с клопидогрелом сопровождается повышением риска внутричерепных кровоизлияний, а также увеличением количества головных болей, ведущих к отмене лечения. У больных с острым коронарным синдромом, или с не-Q-образующим инфарктом миокарда, или после коронарного стентирования комбинированное лечение клопидогрелом и АСК в течение 12 мес снижает риск новых сосудистых событий [9, 10].

Антигипертензивная терапия

Антигипертензивная терапия является основой всех рекомендаций для пациентов с перенесенным инсультом и АГ [10]. Согласно результатам метаанализов, благодаря гипотензивному лечению относительный риск повторного инсульта уменьшается на 19%, а снижение абсолютного риска выглядит даже еще более впечатляющим. Так, для предотвращения одного повторного инсульта в год с помощью антигипертензивной терапии необходимо пролечить всего 53 больных [9]. Потенциальная польза такого лечения определяется предупреждением дальнейшего прогрессирования патологических изменений мозговых сосудов и сердца.

На сегодняшний день дискуссионными остаются вопросы оптимального антигипертензивного препарата и целевого уровня АД. Впервые возможность аргументированно говорить об оптимальном препарате появилась после обнародования результатов испытания PATS, в котором добавление индапамида к стандартной антигипертензивной тера-

пии привело к небольшому, на 5 мм рт. ст., дополнительно понижению систолического АД, но существенному, на 29%, снижению относительного риска повторного инсульта по сравнению с присоединением плацебо [23]. Проведенное позже исследование PROGRESS продемонстрировало, что снижение риска повторного инсульта отмечалось только у пациентов, получавших комбинацию ингибитора ангиотензинпревращающего фермента (АПФ) периндоприла и индапамида, и отсутствовало на фоне монотерапии ингибитором АПФ [24]. При этом лечение, базирующееся на монотерапии периндоприлом, приводило к снижению систолического АД, сопоставимому с таковым в исследовании PATS — на 5 мм рт. ст. Профилактическая эффективность лечения диуретиками была также установлена в исследовании A.B. Carter [25]. Это позволило утверждать, что тиазидные и тиазидоподобные диуретики способны внести особый вклад в профилактику повторного инсульта. Антагонисты рецепторов к ангиотензину II — еще один класс антигипертензивных препаратов, которому, как полагают, присущи церебропротективные свойства. Так, в масштабном клиническом исследовании MOSES было показано, что терапия больных с АГ, перенесших инсульт, основанная на применении блокатора ангиотензиновых рецепторов эпросартана, имела преимущества в отношении числа повторных мозговых событий по сравнению с блокатором кальциевых каналов нитрендипином. При этом терапия эпросартаном оказалась эффективнее за счет снижения риска ишемических осложнений — инфаркта мозга и ТИА [26].

В отношении целевых значений АД пока остается не вполне ясным, целесообразно ли всем больным после инсульта снижать АД до уровня $<140/90$ мм рт. ст., или существует категория пациентов, для которых оптимальные значения должны быть выше. Мы придерживаемся мнения, частично нашедшего отражение в рекомендации по инсульту 2008 г. [9], что из-за высокого риска ятрогенных гипоперфузионных церебральных осложнений при наличии выраженных стенозов сонных артерий и стабильной АГ III степени оптимальные значения АД могут быть выше и соответствовать диапазону $140–160/80–90$ мм рт. ст. [27].

Гиполипидемическая терапия

В плацебоконтролируемом исследовании SPARCL в качестве основной цели было выдвинуто изучение риска повторного инсульта на фоне лечения статинами и агрессивного снижения уровня ХС. В течение 4,9 года под наблюдением находились 4730 пациентов, перенесших некардиоэмболический инсульт или ТИА и не страдавших ИБС. Критерием исключения являлось наличие ФП, механических протезов клапанов сердца, ИБС или субарахноидального кровоизлияния [28]. Помимо антитромботической, антигипертензивной терапии больные получали аторвастатин (в дозе 80 мг/сут) либо плацебо. При включении в исследование уровень ХС ЛПНП участников варьировал от 73 до 129 мг/дл. К концу периода наблюдения уровень ХС ЛПНП снизился на 38% в группе статина и на 7% — в группе плацебо. В результате в группе активного лечения статистически значимо (на 16%) снизилась частота первичной конечной точки — повторного инсульта. Кроме того, в группе аторвастатина была достоверно ниже частота ишемического, фатального и нефатального инсульта. На фоне приема аторвастатина также на 26% снизилась частота вторичных конечных точек (ТИА, основные коронарные собы-

тия). Необходимо отметить, что только 78% пациентов строго соблюдали режим рандомизированного лечения до конца исследования. Большинство пациентов из группы плацебо начали принимать статины, не используемые в этом исследовании, что могло привести к уменьшению преимуществ гиполипидемической терапии [29].

Данные, полученные в исследовании SPARCL, позволяют рассматривать ишемический инсульт как самостоятельное показание к назначению статинов с целью профилактики повторного инсульта. Исходя из этого, терапию статинами необходимо рекомендовать подавляющему большинству больных, перенесших ишемический инсульт. Следует подчеркнуть, что у многих пациентов данной категории имеется коронарная патология, СД, визуализируются признаки атеросклероза, а 10-летний риск фатальных осложнений сердечно-сосудистых осложнений по шкале SCORE превышает 5%, что является самостоятельным показанием к назначению гиполипидемической терапии.

Реконструктивные операции на артериях головы

В настоящее время по результатам трех основных проспективных рандомизированных исследований выявлено преимущество эндартерэктомии при стенозе сонных артерий более 70% в сочетании с медикаментозным лечением над консервативной тактикой ведения таких пациентов с целью уменьшения риска повторного ишемического инсульта [30]. При стенозе сонных артерий менее 50% достоверного преимущества хирургического лечения перед медикаментозной терапией не обнаружено. Показано также, что пациенты после каротидной эндартерэктомии продолжают нуждаться в антитромбоцитарной терапии.

В отношении пациентов с симптомным стенозом сонной артерии средней степени (50—69%) остается некоторая неопределенность. Снижение абсолютного и относительного рисков при оперативном вмешательстве было меньшим, чем у больных с выраженным стенозом сонных артерий. Более отчетливая польза от оперативного лечения наблюдалась в группе мужчин в возрасте 75 лет и старше, перенесших полушарный инсульт, и тех, кто был рандомизирован в исследование в период 2 нед с момента последнего ишемического события.

Данные по баллонной ангиопластике со стентированием сонных артерий с целью профилактики повторного инсульта не позволяют сделать однозначные выводы, поэтому в настоящий момент стентирование является методом выбора, прежде всего, когда проведение каротидной эндартерэктомии затруднительно, например у пациентов с труднодоступным для хирургического вмешательства стенозом или повышенным интраоперационным риском. Кроме того, стентирование используют в специфических случаях, например при диссекции сосудов головного мозга, фибромускулярной дисплазии, артериите Такаясу.

Таким образом, сегодня врачи располагают исчерпывающими рекомендациями по вторичной профилактике инсульта, доказавшими свою действенность в многочисленных исследованиях. Однако истинная эффективность превентивных мероприятий не всегда совпадает с выводами экспертов. Нами было проанализировано реальное применение принципов вторичной профилактики сердечно-сосудистых событий в амбулаторной практике у пациентов, перенесших ишемический инсульт. В исследовании участвовали больные, которые находились на лечении в Научном

центре неврологии РАМН начиная с 2003 г. На стационарном этапе сформирована когорта пациентов ($n=146$), подвергшихся всестороннему неврологическому и кардиологическому клинко-инструментальному обследованию, в том числе с использованием трансторакальной и чреспищеводной (по показаниям) эхокардиографии, а также суточного холтеровского мониторирования с анализом variability ритма сердца, в связи с чем в настоящее время наблюдение не были включены больные с постоянной формой ФП.

В течение 2009 г. проводился унифицированный телефонный опрос выписанных пациентов с получением информации о состоянии больного, его самочувствии, степени социальной и профессиональной адаптации, наличии сердечно-сосудистых осложнений, характера принимаемых препаратов. При необходимости давались рекомендации по лечению. Часть пациентов были приглашены на очную консультацию.

Всего удалось проследить за судьбой 76 (52%) пациентов, 15 (19,7%) мужчин и 61 (80,3%) женщины. Минимальное время наблюдения составило 6 мес, максимальное — 6 лет (72 мес), средняя продолжительность наблюдения — 39 мес (3 года 3 мес). Средний возраст больных на момент включения в исследование (стационарный период) составил $61,7 \pm 12,3$ года.

В стационаре по результатам обследования у 59 (78%) из 76 пациентов диагностирована АГ, у 17 (22%) — ИБС (постинфарктный кардиосклероз, стенокардия), СД имелся у 10 (13%) пациентов. ХСН, преимущественно с сохраненной систолической функцией, верифицирована у 38 (50%) больных, клапанные пороки сердца ревматического или дегенеративного генеза — у 14 (18%), у 23 (30%) пациентов диагностировано сочетание АГ и ИБС, у 18 (24%) — АГ и ХСН, у 16 (21%) имелась АГ с ИБС и ХСН.

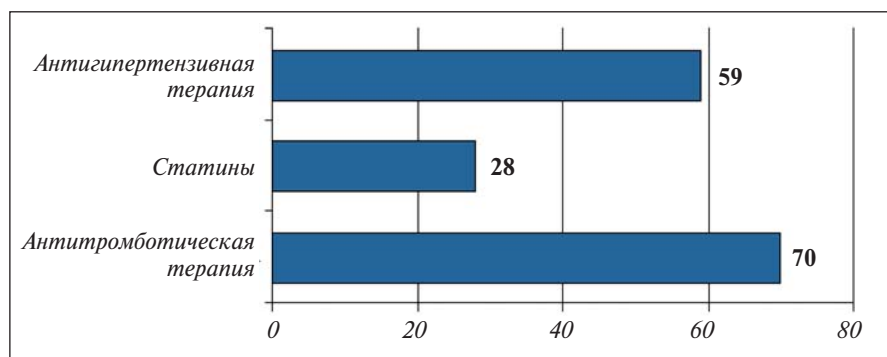
Всем пациентам при выписке были даны рекомендации по модификации образа жизни, антитромботической, антигипертензивной и гиполипидемической терапии (статины). При наличии показаний рекомендовалось проведение хирургических реконструктивных вмешательств на артериях головы.

По результатам опроса больных или их родственников выяснилось, что в течение последующего постстационарного периода постоянную антигипертензивную терапию получали 45 (59%) пациентов. При этом монотерапия (1 препарат) имела место у 21 (28%) пациента, комбинированное лечение (2—3 препарата) получали 24 (32%) пациента. В составе базисной терапии ингибиторы АПФ присутствовали у 39 (51%) больных, бета-адреноблокаторы — у 8 (11%), диуретики — у 32 (42%). Целевые значения АД, определенные как оптимальные в каждом конкретном случае, достигнуты всего у 36 больных (61% от числа всех пациентов с АГ). Контроль значений АД регулярно (2 раза в день) осуществляли лишь 34 (45%) пациента.

Антитромботические препараты принимали 53 (70%) пациента, из них ОАК присутствовали в схеме терапии у 7 человек. Липидснижающая терапия статинами осуществлялась только у 21 (28%) больного (см. рисунок).

Несмотря на строгий запрет и неоднократные беседы о вреде курения, 26% пациентов продолжали активное табакокурение, полностью отказаться от этой привычки удалось только 16% респондентов.

За время наблюдения церебральные осложнения перенесли 13 (17%) больных, из них у 8 (11%) развился



Число больных (%), получающих антитромботическую, антигипертензивную и гиполипидемическую терапию

повторный инсульт, в 2 случаях фатальный, окончившийся летальным исходом в первые дни заболевания. Еще один пациент скончался через 6 мес после повторного инсульта. ТИА отмечались у 5 (7%) пациентов. Кардиальные события в виде острого коронарного синдрома, расцененного как нестабильная стенокардия, зарегистрированы у 2 опрошенных больных. В течение первого года после инсульта 3 (4%) больным выполнена каротидная эндартерэктомия.

За период наблюдения умерли 6 (8%) пациентов, из них 3 — в результате повторного инсульта, 1 — от онкологического заболевания, еще 2 летальных исхода, наиболее вероятно, могут быть классифицированы как внезапная сердечная смерть.

Дополнительно было проведено сравнение данных нашего наблюдения с результатами анализа российской популяции регистра REACH [31], включившего в себя 999 пациентов с проявлениями атеротромбоза и высоким риском сердечно-сосудистых осложнений (ИБС, ЦВЗ, атеросклероз периферических артерий). По итогам регистра сообщается о недостаточном применении необходимых лекарственных препаратов. В частности, от 15 до 18% пациентов с множественными факторами риска не принимают антитромботическую терапию, а от 24 до 43% (в зависимости от клинических проявлений атеротромбоза) больных не получают статины. Приверженность лечению в нашей выборке пациентов оказалась еще меньшей: антитромботические препараты не принимали 41%, а статины — 72% респондентов.

В последние годы в рамках вторичной профилактики сердечно-сосудистых заболеваний обязательным является использование рекомендаций, базирующихся на данных доказательной медицины, однако в реальной жизни лишь небольшая часть пациентов, перенесших ишемический инсульт, лечится адекватно в соответствии с указанными рекомендациями. При выписке из стационара все наши пациенты получили инструкции по медикаментозному лечению и модификации образа жизни. Тем не менее с течением времени кто-то отказывался от статинов и антитромбо-

тических препаратов, не понимая в должной мере необходимости в их постоянном приеме; для кого-то терялась значимость их использования ввиду отсутствия сиюминутного эффекта; наконец, ряд больных посчитали более целесообразным и приемлемым ограничиться курсовым приемом препаратов метаболического либо антиоксидантного действия. Четверть пациентов продолжали курить, мотивируя психологическим стрессом невозможность (а вернее, нежелание) отказаться от этой привычки.

В связи с этим основным направлением предупреждения сердечно-сосудистых событий в постинсультном периоде является более строгое долгосрочное соблюдение рекомендаций, что должно поддерживаться и контролироваться амбулаторным звеном здравоохранения. Так, доказано, что активная стратегия с применением антитромботических, антигипертензивных и гиполипидемических препаратов в сочетании с рациональной диетой и физической активностью может предотвратить более половины всех повторных сердечно-сосудистых осложнений у пациентов с ЦВЗ, сведя их к минимуму [32]. Несомненно, важным инструментом является целенаправленная акцентуация пациентов и их близких родственников на необходимости постоянного (бессрочного) приема препаратов, улучшающих прогноз и увеличивающих продолжительность жизни. Вероятно, для этого могут быть полезны образовательные программы, специальные амбулаторные вызовы/визиты, во время которых следует повышать мотивацию больных к соблюдению всех должных рекомендаций.

ЛИТЕРАТУРА

1. Инсульт: диагностика, лечение, профилактика. Под ред. З.А. Суслиной, М.А. Пирадова. М.: МЕДпресс-информ, 2008.
2. Скворцова В.И., Чазова И.Е., Стаховская Л.В. Вторичная профилактика инсульта. М.: ПАГРИ, 2002.
3. Saposnik G., Goodman S.G., Leiter L.A. et al. Applying the evidence: do patients with stroke, coronary artery disease, or both achieve similar treatment goals? *Stroke* 2009; 40: 1417—24.
4. Ворлоу Ч.П., Деннис М.С., ван Гейн Ж. и др. Инсульт. Практическое руководство для ведения больных. СПб.: Политехника, 1998.
5. Рябова В.С. Отдаленные последствия мозгового инсульта (по материалам регистра). *Журн невропатол и психиатр им. С.С. Корсакова* 1986;4:532—6.
6. Chimowitz M.I., Weiss D.G., Cohen S.L. et al. Cardiac prognosis of patients with carotid stenosis and no history of coronary artery disease. *Stroke* 1994;25:759—65.
7. Aronow W.S., Ahn C., Schoenfeld M.R. et al. Prognostic significance of silent myocardial ischemia in patients >61 years of age with extracranial internal or common carotid arterial disease with and without previous myocardial infarction. *Am J Cardiol* 1993;71:115—7.
8. Wilterdink J.L., Furie K.L., Easton D. Cardiac evaluation of stroke patients. *Neurology* 1998;51(Suppl. 3):S23—S26.
9. The European Stroke Organization (ESO) Executive Committee and the ESO Writing Committee: Guidelines for management of ischaemic stroke and transient ischaemic attacks 2008. *Cerebrovasc Dis* 2008;25:457—507.
10. Sacco R.L., Adams R., Albers G. et al. Guidelines for prevention of stroke in patients with ischemic stroke or transient ischemic attack. *Stroke* 2006;37:577—617.
11. Shinton R., Beevers G. Meta-analysis of relation between cigarette smoking and stroke. *BMJ* 1989;298:789—94.
12. Lightwood J.M., Glantz S.A. Short-term

economic and health benefits of smoking cessation: myocardial infarction and stroke. *Circulation* 1997;96:1089—96.

13. Hillbom M., Numminen H., Juvela S. Recent heavy drinking of alcohol and embolic stroke. *Stroke* 1999;30:2307—12.
14. Djousse L., Ellison R.C., Beiser A. et al. Alcohol consumption and risk of ischemic stroke: the Framingham study. *Stroke* 2002;33:907—12.
15. Anderson J.W., Konz E.C. Obesity and disease management: effects of weight loss on comorbid conditions. *Obes Res* 2001;9(Suppl. 4):326S—34S.
16. Lee I.M., Hennekens C.Y., Berger K. et al. Exercise and risk of stroke in mail physicians. *Stroke* 1999;30:1—6.
17. Hu F.B., Stampfer M.J., Colditz G.A. et al. Physical activity and risk of stroke in women. *JAMA* 2000;283:2961—7.
18. Kokkinos P.F., Narayan P., Colleran J.A. et al. Effects of regular exercise on blood pressure and left ventricular hypertrophy in African-American men severe hypertension. *N Engl J Med* 1995;333:1462—7.
19. Kohrt W.M., Kirwan J.P., Staten M.A. et al. Insulin resistance in aging is related to abdominal obesity. *Diabetes* 1993;42:273—81.
20. Petty G.W., Broun R.D., Whisnant J.P. et al.

Survival and recurrence after first cerebral infarction: a population-based study in Rochester, Minnesota, 1975 through 1989. *Neurology* 1998;50:208—16.

21. American Diabetes Association. ADA clinical practice recommendations. *Diabetes Care* 2004;27:S1—S143.
22. Boussier M.-G. Antithrombotic agents in the prevention of ischemic stroke. *Cerebrovasc Dis* 2009;27(Suppl. 3):12—9.
23. Rashid R., Leonardi-Bee J., Bath Ph. Blood pressure reduction and secondary prevention of stroke and other vascular events. A systematic review. *Stroke* 2003;34:2741—9.
24. PROGRESS Collaborative Group. Randomized trial of a perindopril-based blood-pressure-lowering regimen among 6105 individuals with previous stroke or transient ischaemic attack. *Lancet* 2001;358:1033—41.
25. Carter A.B. Hypotensive therapy in stroke survivors. *Lancet* 1970;295:485—9.
26. Schrader J.S., Luders S., Kulschewski A. et al. Morbidity and mortality after stroke, eprosartan compared with nitrendipine for secondary prevention principal results of a prospective randomized controlled study (MOSES). *Stroke* 2005;36:1218—26.
27. Суслина З.А., Гераскина Л.А., Фонакин А.В. Артериальная гипертензия, сосудистая

патология мозга и антигипертензивное лечение. М.: Медиаграфикс, 2006.

28. The SPARCL Investigators. Stroke Prevention by Aggressive Reduction in Cholesterol Levels (SPARCL) Investigators. High-dose atorvastatin after stroke or transient ischemic attack. *N Engl J Med* 2006;355:549—59.
29. Amarenco P., Goldstein L.B., Szarek M. et al. Effects of intense low-density lipoprotein cholesterol reduction in patients with stroke or transient ischemic attack. The Stroke Prevention by Aggressive Reduction in Cholesterol Levels (SPARCL) trial. *Stroke* 2007;38:3198—204.
30. Rothwell P.M., Howard S.C., Spence J.D. Relationship between blood pressure and stroke risk in patients with symptomatic carotid occlusive disease. *Stroke* 2003;34:2583—92.
31. Панченко Е.П., по поручению участников регистра REACH в РФ. Результаты трехлетнего наблюдения за амбулаторными больными с клиническими проявлениями атеротромбоза (анализ российской популяции регистра REACH). *Кардиология* 2009;10:9—15.
32. Hackman D.G., Spence J.D. Combining multiple approaches for the secondary prevention of vascular events after stroke. A quantitative modeling study. *Stroke* 2007;38:1881—5.



**В издательстве «ИМА-ПРЕСС» готовится к печати книга
«КЛИНИЧЕСКИЕ РЕКОМЕНДАЦИИ. ПРАКТИЧЕСКАЯ КАРДИОНЕВРОЛОГИЯ»
под редакцией акад. З.А. Суслиной и проф. А.В. Фонакина.**

Монография посвящена актуальному направлению современной медицины — кардионеврологии. Систематизированы основные научно-практические разделы кардионеврологии, отражающие тесную взаимосвязь мозга и сердца на всех этапах сердечно-сосудистого континуума — от факторов риска до тяжелых церебральных и кардиальных осложнений. Рассмотрены современные стратегии первичной и вторичной профилактики сердечно-сосудистых заболеваний, базирующиеся на единстве общетерапевтических подходов. На основе мировых данных и результатов собственных исследований детально представлены вопросы патогенеза кардиогенных инсультов. Проанализированы клинические и инструментальные проявления цереброкардиального синдрома и уточнены особенности антигипертензивной, антиаритмической и антиангинальной терапии в остром периоде инсульта. Впервые продемонстрированы оригинальные данные о взаимосвязи цереброгенных кардиальных нарушений, особенностей очагового церебрального поражения, хронической кардиальной патологии и неврологической динамики в остром периоде ишемического инсульта. Особое внимание уделено состоянию сердечной деятельности при хронических формах цереброваскулярной патологии, на основании авторских разработок продемонстрирована общность кардиоцеребральных патогенетических процессов. В разделе, посвященном хирургическим методам лечения, рассмотрена проблема защиты мозга при операциях на открытом сердце, а также профилактики кардиальных нарушений, связанных с проведением реконструктивных вмешательств на артериях головы. Отдельная глава посвящена актуальным вопросам определения, классификации, диагностики и лечения синкопальных состояний.

Книга адресована врачам различных специальностей — неврологам, терапевтам, кардиологам, сердечно-сосудистым хирургам, специалистам по рентгенохирургическим методам исследования и лечения заболеваний сердца и сосудов, функциональной и ультразвуковой диагностике.

**Выход книги запланирован на II квартал 2010 г.
По вопросам приобретения книги обращайтесь по тел.: 8 903 721 48 20.**