

## **ВТОРИЧНАЯ ПРОФИЛАКТИКА ИШЕМИЧЕСКОГО ИНСУЛЬТА: ОТ РЕКОМЕНДАЦИЙ К РЕАЛЬНОЙ КЛИНИЧЕСКОЙ ПРАКТИКЕ**

Шандалин В.А., Фонякин А.В., Гераскина Л.А.  
ФГБУ «Научный центр неврологии» РАМН, Москва

**Вступление.** Острые нарушения мозгового кровообращения продолжают оставаться важнейшей медико-социальной проблемой, что обусловлено их высокой долей в структуре заболеваемости и смертности населения, значительными показателями временных трудовых потерь и первичной инвалидности [1,2]. Показано также, что у пациентов с инсультом в анамнезе риск повторных острых нарушений мозгового кровообращения повышен в 9 раз, а риск инфаркта миокарда (ИМ) и внезапной сердечной смерти (ВСС), – в 2-3 раза [3]. Важность раннего начала вторичной профилактики для пациентов с острыми нарушениями мозгового кровообращения подчеркнута в многочисленных рекомендациях по оказанию медицинской помощи. В настоящее время строгое следование принципам профилактики повторного инсульта, базирующееся на коррекции модифицируемых факторов риска, медикаментозной терапии и выполнении сосудистых операций, может минимизировать все сердечно-сосудистые осложнения [4,5]. Тем не менее, несмотря на широкую популяризацию данных доказательной медицины и попытку их внедрения в клиническую практику, сохраняется недостаточная приверженность пациентов к выполнению необходимых рекомендаций, что ухудшает постинсультный сердечно-сосудистый прогноз [6]. Кроме этого, даже при условии регулярного приема препаратов пациентами с инсультом в анамнезе, ишемической болезнью сердца (ИБС) и при их сочетании, лечение артериальной гипертензии (АГ) и дислипидемии остается субоптимальным [7].

По данным литературы, показатели, характеризующие частоту сердечно-сосудистых осложнений и летальности, варьируют в довольно широком диапазоне и зависят от целого ряда факторов, включая возраст больного, выраженность неврологических расстройств, подтип инсульта, коморбидность, наличие ИБС, фибрилляции предсердий (ФП) и инсульта в анамнезе [8,9]. Необходимо учитывать также характер изучаемой популяции (городской или сельской), длительность и объективные условия проведения наблюдения. В последнее десятилетие большое значение придается приверженности пациентов к лечению, прежде всего, препаратами, доказавшими превентивную эффективность [9]. Учитывая результаты

крупных исследований, посвященных профилактике повторного инсульта, именно данный аспект привлекает все большее внимание как фактор отдаленного прогноза.

**Цель исследования:** оценить качество базисной медикаментозной терапии в городской поликлинической практике у пациентов, перенесших ишемический инсульт, и проанализировать частоту и характер сердечно-сосудистых осложнений по данным проспективного наблюдения.

**Материал и методы исследования.** В исследование включено 164 пациента, из них 104 (63%) мужчины и 60 (37%) женщин, с острым ишемическим инсультом и синусовым ритмом, находившихся на лечении в Научном центре неврологии РАМН с 2004 по 2011 г.г. Медиана возраста больных была 59 (53; 67) лет. Исследование состояло из двух этапов: стационарного и амбулаторного.

Стационарный этап включал в себя полную клинико-инструментальную оценку пациента. Всем больным выполнена компьютерная томография (КТ; Brilliance 16P, Philips, Нидерланды) или магнитно-резонансная томография (МРТ; Magnetom Symphony 1,5 Тл, Siemens, Германия) головного мозга. Оценивали нейровизуализационные характеристики церебрального поражения (локализация и величина инфаркта мозга). С помощью дуплексного сканирования (Logiq 9 GE, США) изучали наличие и степень атеросклеротического стеноза, деформаций и аномалий развития брахиоцефальных артерий (БЦА). Кардиологическое обследование включало проведение трансторакальной эхокардиографии (Vivid 3; GE Medical Systems, США) и суточного холтеровского мониторирования (ХМ) («КТ-04», ИНКАРТ, Санкт-Петербург). Для исключения острых цереброгенных влияний ХМ выполняли на 21-22 сутки от момента развития инсульта. С помощью ХМ помимо стандартной обработки результатов прицельно анализировали наличие нарушений, сопряженных с повышенным риском сердечно-сосудистых осложнений: пароксизмальной формы ФП, частой желудочковой экстрасистолии (ЖЭ). Частая ЖЭ диагностировалась при наличии 10 и более экстрасистол в час. По совокупности результатов клинико-инструментального обследования с учетом анамнестических данных и особенностей клинической картины заболевания определялся патогенетический подтип ишемического инсульта.

У всех больных оценивали риск повторных сердечно-сосудистых осложнений в отдаленном постинсультном периоде с использованием прогностической шкалы ESRS [9], учитывающей возраст больного, наличие АГ, сахарного диабета (СД), перенесенного ИМ, других сердечно-сосудистых заболеваний, периферического атеросклероза, курения, предшествующих транзиторных ишемических атак (ТИА) или инсульта в дополнение к описываемому событию (табл. 1). Минимальная оценка по шкале ESRS составляет 0 баллов,