

Обновление рекомендаций АНА/АSА по профилактике инсультов у пациентов с инсультом и ТИА в анамнезе

В конце мая были опубликованы новые рекомендации Американской кардиологической ассоциации (АНА) и Американской ассоциации инсульта (АSА) по профилактике инсультов у пациентов с инсультом и транзиторной ишемической атакой (ТИА) в анамнезе. Представляем Вам краткий обзор обновленных рекомендаций по части, посвященной диагностике, профилактике и антикоагулянтной терапии ¹.

Основные выводы

- Особые рекомендации по профилактике часто зависят от субтипа ишемического инсульта (ИИ)/ТИА. В связи с этим в рекомендациях появился новый раздел, описывающий рекомендации по диагностическому обследованию после ИИ для определения этиологии (если возможно) и целей лечения для снижения риска ИИ. Рекомендации теперь сгруппированы в зависимости от этиологического субтипа.
- Управление сосудистыми факторами риска остается крайне важным для вторичной профилактики инсульта, включая (но не ограничиваясь) сахарный диабет, отказ от курения, уровень липидов и в особенности гипертензию. Интенсивное лечение, зачастую со стороны мультидисциплинарной команды, обычно является наилучшим вариантом. Цели лечения должны быть адаптированы индивидуально.
- Образ жизни, включая диету и физическую активность, играет роль во вторичной профилактике инсульта. Для снижения риска инсульта рекомендована диета с низким содержанием соли и средиземноморская диета. Пациентов с инсультом, особенно ведущих малоактивный сидячий образ жизни, необходимо поощрять к выполнению безопасных физических упражнений.
- Изменение образа жизни пациента, такие как изменения в диете, физической активности и приверженность к терапии, требуют не только совета лечащего врача. Необходимы программы, разработанные с учетом теоретических моделей изменения поведения, подтвержденные методики и мультидисциплинарного подхода.
- Антитромботическая терапия, включающая антиагреганты или антикоагулянты, рекомендована практически всем пациентам без противопоказаний. За некоторыми исключениями комбинация антиагрегантов и антикоагулянтов обычно не рекомендована для вторичной профилактики инсульта. Двойная антиагрегантная терапия не рекомендована в долгосрочной перспективе, а в краткосрочной перспективе рекомендована только определенным пациентам, включая пациентов с

ранним малым инсультом и ТИА высокого риска или тяжелым симптоматическим внутричерепным стенозом.

- Фибрилляция предсердий (ФП) остается частым фактором риска второго ИИ. В случае ФП при отсутствии противопоказаний обычно рекомендованы антикоагулянты. Для выявления скрытой ФП обычно рекомендован мониторинг сердечного ритма, если не выявлено других причин инсульта.
- Заболевание экстракраниальной сонной артерии – серьезная и излечимая причина инсульта. У пациентов с тяжелым стенозом ипсилатеральным по отношению к инульту, не приводящему к инвалидности, или ТИА, которые являются кандидатами на вмешательство, необходимо скорректировать стеноз, вероятно, в ранней фазе после ИИ. Выбор между каротидной эндартерэктомией и стентированием сонной артерии должен определяться в соответствии с сопутствующими заболеваниями и особенностями анатомии их сосудов.
- Пациентам с тяжелым внутричерепным стенозом в сосудистой области ИИ или ТИА не следует проводить ангиопластику и стентирование в качестве терапии первой линии для предотвращения рецидива. Предпочтительны агрессивное лечение факторов риска и краткосрочная двойная антиагрегантная терапия.
- С момента выхода предыдущего руководства в 2014 г., было проведено несколько исследований по оценке вторичной профилактики инсульта путем закрытия открытого овального окна. В настоящее время считается рациональным закрывать открытое овальное окно у пациентов, которые соответствуют каждому из следующих критериев: возраст 18-60 лет, нелакунарный инсульт, отсутствие других выявленных причин, признаки высокого риска.
- Пациентов с эмболическим инсультом неясного источника не рекомендовано эмпирически вести на антикоагулянтах или тикагрелоре, поскольку было обнаружено, что такой подход не приносит пользы.

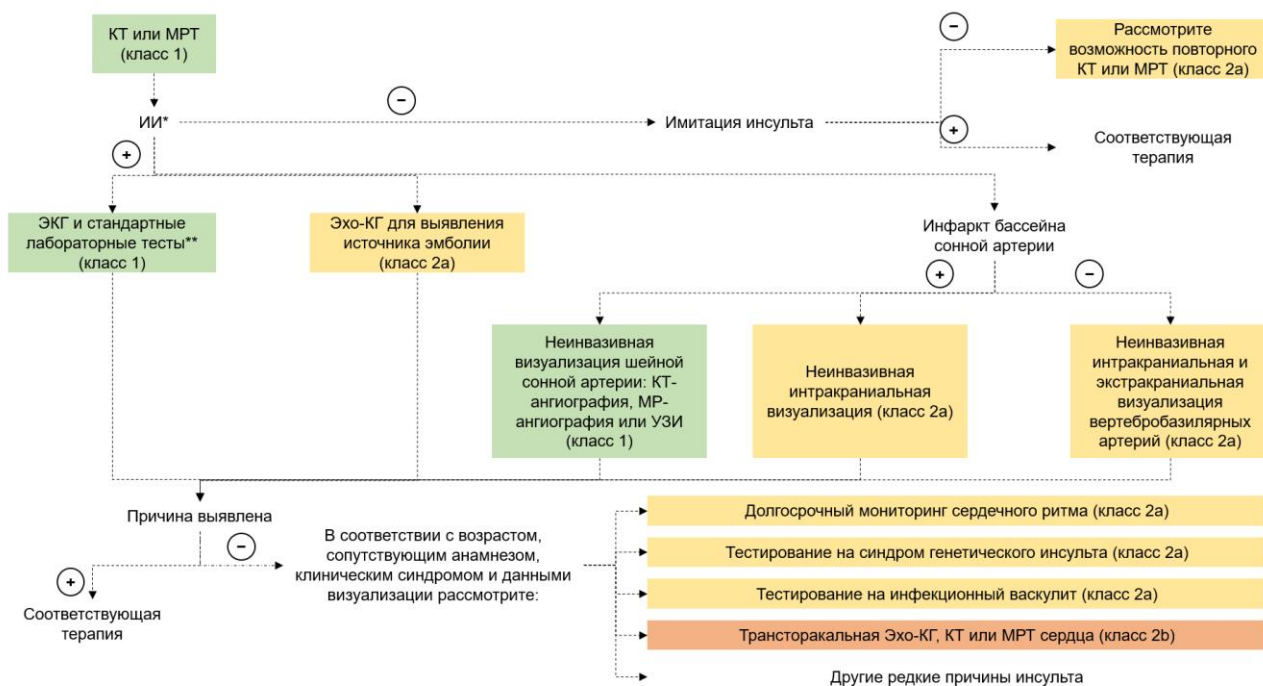
Диагностическая оценка для вторичной профилактики инсульта

Пациентам с признаками и симптомами острого инсульта рекомендовано пройти обследование для уточнения необходимости в реперфузионной терапии (Рисунок 1). Для подтверждения диагноза может потребоваться визуализация при помощи КТ без контраста.

В рекомендациях отмечается, что ЭКГ – простой неинвазивный способ диагностики ФП у пациентов с инсультом. Также ЭКГ может выявить сопутствующие заболевания, которые могут иметь важное терапевтическое значение.

Важно учитывать, что риск повторного инсульта в краткосрочной и долгосрочной перспективе зависит от механизма его возникновения. Риск инсульта в течение 90 дней после первого случая составляет около 5%, однако риск может сильно варьироваться от более чем 10% до менее чем 1%. В связи с этим эффективная вторичная профилактика требует своевременного выявления механизма возникновения инсульта.

Рисунок 1. Алгоритм оценки пациентов с клиническим диагнозом инсульта с целью оптимизации профилактики повторного ИИ



*если есть преходящий неврологический дефицит, характерный для ТИА, следует обследовать как пациента, перенесшего ИИ

**лабораторные тесты включают ОАК, тропонин, протромбиновое время, частичное тромбопластиновое время, уровень глюкозы, HbA1c, креатинин и липидный профиль натошак и не натошак

Контроль артериальной гипертензии, уровней глюкозы и липидов в крови доказал свою эффективность в снижении риска ИИ. Таким образом, оценка достижения терапевтических целей по этим метаболическим параметрам позволяет оптимизировать терапию.

Управление васкулярными рисками

Диета

В рекомендациях отмечается, что у пациентов с высоким сердечно-сосудистым риском, находившихся на средиземноморской диете с добавлением оливкового масла или древесных

орехов, регистрировалось снижение частоты инсультов по сравнению с пациентами, находившимися на диете с низким содержанием жиров (ОР 0.60, 95% ДИ 0.45-0.80). Риск инфаркта миокарда, инсульта или сердечно-сосудистой смерти **снижался на 28%** (ОР 0.72, 95% ДИ 0.54-0.95) у пациентов на средиземноморской диете с добавлением оливкового масла и **на 31%** (ОР 0.69, 95% ДИ 0.53-0.91) у пациентов на средиземноморской диете с добавлением орехов по сравнению с контрольной группой.

Метаанализ 13 проспективных исследований и более чем 11 тысяч сосудистых событий (177 025 участников, период наблюдения 3.5-19.0 лет) показал, что более высокое потребление соли **связано с повышением риска инсульта на 23%** (ОР 1.23, 95% ДИ 1.06-1.43). Другое исследование показало, что у пациентов с установленными сердечно-сосудистыми заболеваниями, выявленными в результате длительного наблюдения, снижение потребления натрия до 1 г/сут (2.5 г соли в сутки) **связано с 20% снижением риска сердечно-сосудистых событий** (ОР 0.80, 95% ДИ 0.66-0.97). В исследовании DASH (Dietary Approaches to Stop Hypertension) снижение потребления натрия с 3.3 до 2.4 г/сут снижает систолическое артериальное давление (САД) на 2.1 мм рт. ст. ($p < 0.001$), а дальнейшее снижение потребления натрия с 2.4 до 1.5 г/сут приводило к дополнительному снижению САД на 4.6 мм рт. ст. ($p < 0.001$). Таким образом, пациентам можно рекомендовать придерживаться средиземноморской диеты и диеты с низким содержанием соли (Рисунок 2).

Рисунок 2. Описание диет

Средиземноморская	Диета DASH
Высокое соотношение мононенасыщенных/ насыщенных жиров (оливковое масло в качестве основного для приготовления пищи и/или потребление других продуктов с высоким содержанием мононенасыщенных жиров)	Ограничение потребления насыщенных жиров и холестерина, повышение потребления орехов
Высокое потребление растительной пищи, включая фрукты, овощи и бобовые	Высокое потребление фруктов, овощей, бобовых
Высокое потребление цельнозерновых и злаков	Высокое потребление цельнозерновых
Высокое потребление рыбы	
Снижение потребления мяса и мясных продуктов. Красное и переработанное мясо не рекомендовано	Ограничение потребления красного и переработанного мяса
Употребление красного вина от незначительного до умеренного	
Умеренное потребление молока и молочных продуктов	Потребление обезжиренных молочных продуктов или молочных продуктов с низким содержанием жира
Газированные напитки, выпечка, сладости, хлебулочные изделия и спреды не рекомендованы	Ограничение потребления сладостей, сахара, соли и сладких напитков

Физическая активность

В рекомендациях подчеркивается, что регулярная физическая активность снижает риск инсульта, а также положительно влияет на факторы риска инсульта, например АД, уровень холестерина и массу тела. Также физическая активность позволяет улучшить функцию

эндотелия и снизить агрегацию тромбоцитов, уровни фибриногена и изначальную тяжесть инсульта. Сидение с 3-минутными перерывами на ходьбу или легкую физическую активность каждые 30 минут снижало САД на 3.5 мм рт. ст. по сравнению с 8 часами непрерывного сидения. Для участников исследования, не принимавших гипотензивные препараты, перерыв на ходьбу снижал САД на 5.0 мм рт. ст., а легкая физическая активность – на 4.2 мм рт. ст. по сравнению с непрерывным сидением.

Кардиоэмболия

ФП – важная причина кардиоэмболического инсульта, которая часто выявляется у пациентов с инсультом или ТИА. Диагностика ФП позволяет снизить частоту рецидивов за счет длительной терапии пероральными антикоагулянтами (ОАК). В 4 рандомизированных исследованиях прямые ОАК (ПОАК) продемонстрировали преимущества в снижении риска инсульта по сравнению с антагонистами витамина К (АВК) с аналогичной или меньшей частотой инсультов, связанной с аналогичной или меньшей частотой кровотечений.

Все 4 рандомизированных исследования ПОАК продемонстрировали преимущества в снижении риска инсульта с помощью ПОАК по сравнению с АВК с аналогичной или меньшей частотой инсультов, связанной с аналогичной или меньшей частотой кровотечений. В исследовании RE-LY прием дабигатрана в высоких дозах через 2 года был связан с меньшей частотой инсульта (1.11% против 1.69%) и аналогичной частотой кровотечений (3.11% против 3.36%) по сравнению с варфарином. В исследовании ROCKET AF ривароксабан не уступал варфарину с аналогичной частотой инсульта или системной эмболии (2.1 против 2.4 на 100 пациенто-лет) и большого кровотечения (5.6% против 5.4%) у 14 264 пациентов, наблюдавшихся в течение 2 лет. Исследование ARISTOTLE с участием 18 201 пациента продемонстрировало, что апиксабан превосходит варфарин через 1.8 года применения с меньшим количеством инсультов или системных эмболий (1.27% против 1.60%) и кровотечений (2.13% по сравнению с 3.09%). В исследовании ENGAGE AF-TIMI 48 с участием 21 105 пациентов, в котором сравнивали 2 дозы эдоксабана с варфарином, было показано, что применение эдоксабана связано со схожей частотой инсульта или системной эмболии и меньшей частотой кровотечений по сравнению с варфарином.

Метаанализ этих 4 исследований показал общее **снижение частоты инсульта или системной эмболии на 19%**, что было обусловлено **снижением частоты геморрагического инсульта на 51%** и **общим снижением смертности на 10%**. Лучший профиль безопасности у ПОАК позволяет рассматривать их в качестве предпочтительной терапии по сравнению с АВК.

Ознакомиться с полным текстом рекомендаций можно по ссылке

1. Kleindorfer, D. O. *et al.* 2021 Guideline for the Prevention of Stroke in Patients With Stroke and Transient Ischemic Attack: A Guideline From the American Heart Association/American Stroke Association. *Stroke* **52**, 364–467 (2021).

[Инструкция по медицинскому применению лекарственного препарата Эликвис® ЛП-001475](#)

Служба Медицинской Информации: Medinfo.Russia@Pfizer.com. Доступ к информации о рецептурных препаратах Pfizer в России: www.pfizermedinfo.ru

Copyright 2021 Пфайзер Россия. Все права защищены. Информация предназначена только для специалистов здравоохранения Российской Федерации.



ООО «Пфайзер Инновации»

123112, Москва, Пресненская наб., д.10, БЦ «Башня на Набережной» (блок С),
22 этаж

Тел.: +7 495 287 50 00. Факс: +7 495 287 53 00

PP-ELI-RUS-1539 14.10.2021