УДК 616.831-005.4
ББК 56.12
К49

Рабочая группа по подготовке рекомендаций
В.В.Алферова, А.А.Белкин, И.А.Вознюк, М.Ю.Герасименко, Л.А.Гераскина, М.Н.Гордеев, Л.В.Губский, Н.С.Ефремов, Г.Е.Иванова, С.В.Котов, А.Г.Кочетов, Г.Г.Кривобородов, А.В.Лебедева, В.Г.Лелюк, О.В.Лянг, М.Ю.Мартынов, Е.В.Мельникова, Н.А.Павлов, В.А.Парфенов, С.С.Петриков, В.А.Сорокоумов, Л.В.Стаховская, Д.Р.Хасанова, А.В.Фонякин, Н.А.Шамалов, А.В.Щеголев

Научное редактирование
Л.В.Стаховская

Экспертная группа
Б.Г.Алекян, С.А.Бойцов, А.Б.Гехт, Е.И.Гусев, А.Н.Коновалов, В.В.Крылов, М.А.Пирадов, А.В.Покровский, А.А.Скоромец, В.М.Шкловский

Утверждено профильной комиссией по неврологии Экспертного совета МЗ РФ. Председатель - академик РАН Е.И.Гусев

К49 **Клинические рекомендации по ведению больных с ишемическим инсультом и транзиторными ишемическими атаками /** под ред. проф. Л.В.Стаховской. - М., 2017.-208 с.
ISBN 978-5-00030-450-1

УДК 616.831-005.4
ББК 56.12

ISBN 978-5-00030-450-1

© Стаховская Л.В., 2017

Оглавление

Список сокращений 4

Введение 6

Методология 8

Дефиниция ишемического инсульта и транзиторной ишемической атаки 19

Патогенетические варианты ишемического инсульта 22

Информированность населения и образование 25

Первичная профилактика 28

Инсультная служба и отделение острых нарушений мозгового кровообращения 50

Помощь на догоспитальном этапе 56

Диагностика..... 62

Клинический и инструментальный мониторинг 72

Базисная терапия инсульта..... 77

Специфическая терапия 86

Предупреждение и лечение осложнений 99

Вторичная профилактика 119

Нейрометаболическая поддержка 134

Реабилитация 147

Приложения 171

Основные источники информации 192

Введение

Цереброваскулярные заболевания - одна из ведущих причин смертности и инвалидизации в Российской Федерации. Церебральный инсульт занимает второе место по частоте смертельных случаев от болезней системы кровообращения в стране. Ежегодная смертность от инсульта в России - одна из наиболее высоких в мире (175 случаев на 100 тыс. населения в год). Доля острых нарушений мозгового кровообращения (ОНМК) в структуре общей смертности в нашей стране составляет 21,4%. Ранняя 30-дневная летальность после инсульта составляет 34,6%, а в течение года умирают около 50% больных, т.е. каждый второй заболевший. Инвалидизация после перенесенного инсульта достигает 3,2 на 10 тыс. населения, занимая первое место среди всех причин первичной инвалидизации, т.е. из выживших лишь 20% в состоянии вернуться к прежней работе.

Инсульт - государственная медицинская и социальная проблема, поэтому так значимы и важны реальные усилия по совершенствованию системы оказания медицинской помощи больным с уже свершившимся инсультом,

а также по организации эффективных профилактических мероприятий.

Международный опыт показывает, что снижение смертности от сердечно-сосудистых заболеваний достигается в результате реализации координированного комплекса мер, основными из которых являются повышение информированности населения о факторах риска сосудистых заболеваний и их профилактике, внедрение эффективных профилактических программ и совершенствование системы медицинской помощи при свершившемся событии.

Клинические рекомендации представляют собой практическое руководство для специалистов, занимающихся проблемой острых нарушений мозгового кровообращения, их диагностикой, лечением и реабилитацией.

Концепция разработчиков клинических рекомендаций заключается в донесении до врачей, оказывающих помощь больным с инсультом, определенных правил и стандартов на основе общих для всех положений.

Рекомендации прошли процессы авторской разработки, редактирования и рецензирования под руководством председателя профильной комиссии по неврологии Экспертного совета МЗРФ.

Патогенетические варианты ишемического инсульта

Ишемический инсульт представляет собой клинический синдром острого сосудистого поражения мозга и может являться исходом различных заболеваний сердечно-сосудистой системы. Наибольшее распространение получила классификация ***TOAST (Trial of Org 10172 in Acute Stroke Treatment***), в которой выделяются следующие подтипы ишемического инсульта.

Атеротромботический инсульт (вследствие атеросклероза крупных артерий, включая артерио-артериальную эмболию). Для данного типа инсульта характерны клинические признаки поражения корковых функций, ствола головного мозга или мозжечка. Характерно наличие в анамнезе ТИА в том же сосудистом бассейне, перемежающей хромоты, шума при аускультации сонных артерий, снижения их пульсации. При КТ или МРТ-исследовании головного мозга выявляются очаги ишемического поражения корковой или подкорковой локализации более 1,5 см в диаметре. При выполнении ультразвуковых методов исследования или ангиографии

должны быть выявлены стенозы ипсилатеральных очагу поражения экстра- или интракраниальных артерий более ***50%.*** При диагностических обследованиях следует полностью исключить возможность кардиогенной эмболии.

Кардиотболический инсульт. Для постановки диагноза «возможный или вероятный кардиоэмболический инсульт» необходима идентификация хотя бы одного сердечного источника эмболии. Клинические проявления и результаты исследований мозга при этом такие же, как и при атеротромботическом инсульте. Клинический диагноз кардиоэмболического инсульта подтверждает наличие в анамнезе ТИА или инсульта в более чем одном сосудистом бассейне. Необходимо исключить другие возможные источники тромбоза или эмболии, связанные с атеросклерозом крупных артерий.

Лакунарный инсульт (вследствие окклюзии артерий малого калибра). Для данного типа инсульта характерны классические клинические проявления лакунарных синдромов и должны отсутствовать признаки поражения коры больших полушарий. Клинический диагноз подтверждает наличие в анамнезе сахарного диабета или артериальной гипертензии. При КТ или МРТ-

исследовании головного мозга может быть обнаружен очаг поражения ствола мозга или субкортикальный инфаркт в одном полушарии диаметром менее 1,5 см, в ряде случаев может быть не выявлено никаких отклонений от нормы. Должны отсутствовать потенциальные сердечные источники эмболии, и при обследовании крупных внечерепных артерий не должен быть обнаружен стеноз ипсилатеральной артерии, превышающий 50%.

Инсульт другой известной этиологии. К этой категории относятся пациенты, у которых инсульт развился вследствие более редких причин, таких как неатеросклеротические васкулопатии, диссекция артерии, мигрень, тромбофилии и т.д. У пациентов данной группы при проведении КТ или МРТ могут выявляться признаки инфаркта мозга любого размера и любой области мозга. При диагностических обследованиях должна быть выявлена одна из вышеперечисленных причин инсульта.

Инсульт неизвестной этиологии. К данной группе относятся пациенты с неустановленной причиной ишемического инсульта, а также пациенты с двумя или более возможными причинами инсульта, когда врач не может поставить окончательный диагноз.

Информированность населения и образование

Одним из важнейших факторов, определяющих успешность терапии инсульта, является осознание как населением, так и врачами факта, что инсульт - это неотложное состояние, такое же как инфаркт миокарда и травма. Однако лишь очень небольшое число больных обращаются за медицинской помощью сразу после развития заболевания. Одной из причин позднего обращения предполагается низкая информированность населения об инсульте, неспособность распознать его симптомы и обратиться за медицинской помощью. Промежуток времени от появления первых симптомов до звонка в скорую медицинскую помощь (СМП) является самым значимым фактором задержки на догоспитальном этапе. Основными причинами задержек с обращением за медицинской помощью являются не только неосведомленность о симптомах инсульта, но и непонимание их серьезности, отрицание болезни и надежда, что симптомы пройдут сами. Обучение широких слоев населения распозна-