



Э. А. ЛИХАЧЕВ, Г. К. НЕДЗЬВЕДЬ, А. Е. СЕМАК,
Л. Н. АНАЦКАЯ, И. А. ГОНЧАР, Т. В. ЛУРЬЕ,
М. ЧЕЧИК

ОРГАНИЗАЦИЯ ПЕРВИЧНОЙ ПРОФИЛАКТИКИ ИШЕМИЧЕСКОГО ИНСУЛЬТА

РНПЦ неврологии и нейрохирургии Минздрава
Республики Беларусь, Белорусский государственный
медицинский университет, Республиканский клинический
медицинский центр Управления Делами Президента
Республики Беларусь

Основной причиной смертности от цереброваскулярных болезней являются острые нарушения мозгового кровообращения, среди которых преобладают ишемические инсульты. Для снижения заболеваемости и смертности от данного заболевания необходима четкая организация первичной профилактики, основанной на обнаружении факторов риска инсульта и их коррекции. Разработан алгоритм выявления лиц с повышенным риском ишемического инсульта, начиная с фельдшерско-акушерского пункта (ФАПа), сельской участковой больницы с проведением необходимого обследования на районном, областном и республиканском уровнях. По результатам проведенных исследований составляется индивидуальная программа профилактики ишемического инсульта с коррекцией образа жизни пациента.

Ключевые слова: ишемический инсульт, факторы риска, первичная профилактика.

Цереброваскулярные болезни (ЦВБ) остаются одной из наиболее социально значимых проблем современности, оказывающей существенное влияние на уровень здоровья и продолжительность жизни населения [1—4]. Основной причиной смертности от ЦВБ являются острые нарушения мозгового кровообращения (ОНМК), среди которых преобладают ишемические инсульты [6].

В 2004 г. ВОЗ объявил инсульт глобальной эпидемией [13]. В Республике Беларусь ЦВБ и мозговой инсульт являются одной из основных причин смертности и инвалидизации населения. При этом наблюдается его «омоложение» с увеличением распространенности среди лиц трудоспособного возраста. Согласно критериям TOAST и по данным Национального центра неврологии Российской академии медицинских наук, выделяют следующие патогенетические подтипы инфаркта мозга (ИМ):

— атеротромботический ИМ возникает при уменьшении или полном прекращении кровотока в результате локального тромбообразования в русле экстра- или интракраниальных крупных артерий, обусловленного как изъязвлением и нестабильностью атеросклеротических бляшек, так и атеросклеротическим стенозированием артерий;

— кардиоэмболический ИМ формируется вследствие попадания тромба из сердца при патологии его камер, клапанов, а также при парадоксальной кардиальной эмболии;

— гемодинамический ИМ развивается при глобальной гипоперфузии мозга, обусловленной резким снижением артериального давления (АД) и малым объемом циркулирующей крови;

— лакунарный ИМ — это малый (менее 15 мм в диаметре) глубинный очаг ИМ, формирующийся в результате окклюзии одной из пенетрирующих артерий и со временем разрешающийся в небольшую кисту — лакуну;

— гемореологический ИМ возникает вследствие микроокклюзии при изменении реологических свойств крови.

Основной стратегией по снижению заболеваемости и смертности от ИМ является четкая организация его профилактики, основанная на выявлении и стратификации факторов риска (ФР) [7, 16].

Выделяют немодифицируемые, модифицируемые (корректируемые) и предполагаемые ФР.

Немодифицируемые ФР

Пожилый возраст. Ишемический инсульт — это заболевание преимущественно людей, средний возраст которых составляет 73—75 лет; 3/4 ИМ возникают после 65 лет [10, 13]. В связи с увеличением лиц пожилого и старческого возраста среди населения Республики Беларусь в ближайшее десятилетие прогнозируется и рост числа случаев цереброваскулярной патологии, в том числе ИМ.

Пол. ИМ чаще встречается у мужчин в возрасте 44—85 лет, чем у женщин. Прием оральных контрацептивов и беременность способствуют более частому возникновению инсультов у женщин в возрасте до 44 лет [14].

Малая масса тела при рождении. Частота ИМ возрастает в 2 раза среди лиц, чья масса тела при рождении составляла менее 2,5 кг. У таких пациентов отмечена также большая частота смертности от инсульта [2].

Наследственный фактор. Семейный анамнез инсульта увеличивает вероятность его возникновения на 30%. Ряд генетических заболеваний ассоциирован с инсультом — церебральная аутодоминантная артериопатия с подкорковыми инфарктами и лейкоэнцефалопатией (CADASIL), синдром Марфана, нейрорифиброматоз 1-го и 2-го типов, болезнь Фабри [7].

Модифицируемые ФР

Артериальная гипертензия (АГ) относится к одному из наиболее значимых модифицируемых ФР ишемического инсульта. Распространенность АГ увеличивается с возрастом, и если в 50 лет она определяется у 45% населения, то к 70 годам — у 70% [8].

Установлена прямая связь между уровнем диастолического АД (ДАД) и риском развития ИМ. Возрастание систолического АД (САД) на 10 мм рт. ст. увеличивает относительный риск развития ИМ у женщин до 1,9, у мужчин — до 1,7 [13]. Согласно данным Фремингемского исследования, при АД более

160/95 мм рт. ст. относительный возрастной риск ИМ для мужчин составляет 3,1, для женщин — 2,9 [3]. Изолированная систолическая гипертензия также увеличивает риск развития инсульта в 2—4 раза. Повышение АД на 7,5 мм рт. ст. у нормотоников в 2 раза увеличивает риск развития инсульта [14].

Контроль АД и его нормализация являются одной из наиболее эффективных мер снижения риска развития инсульта. В связи с этим рекомендуется обязательное измерение АД при профосмотрах, диспансерных посещениях и первичных обращениях пациента за медицинской помощью в лечебно-профилактические учреждения республики. Предельно допустимый уровень АД среди общей популяции не должен превышать 140/90 мм рт. ст., среди пациентов с диабетом — 130/80 мм рт. ст. Наиболее безопасным целевым АД для людей старше 75 лет является 140—150/90—80 мм рт. ст. [15]. Такое АД позволяет избежать неблагоприятных ортостатических реакций и одновременно поддерживать оптимальный уровень перфузии мозга [8, 17].

Нормализация АД достигается за счет изменения образа жизни, отказа от вредных привычек и индивидуального подбора гипотензивных лекарственных средств.

Курение — независимый ФР инсульта, который остается широко распространенным, увеличивает риск возникновения инсульта в 2 раза [5, 14]. В значительной степени он возрастает у курящих женщин по сравнению с мужчинами. Риск развития ИМ вдвое выше у лиц, выкуривающих более 40 сигарет в день, чем у выкуривающих до 10 сигарет в день [7]. Курение является предиктором выраженного атеросклероза экстракраниальных артерий. Пассивное табакокурение также является фактором риска ИМ. Полный отказ от курения снижает этот риск на 50%, а по истечении 5 лет после прекращения курения риск развития ИМ практически не отличается от такового у никогда не курящих [13].

Сахарный диабет (СД). При СД риск развития ИМ увеличивается в 2—6 раз. СД отмечается у 13—20% больных с ИМ. Он приводит к развитию атеросклеротической церебральной макро- и микроангиопатии. Особенно неблагоприятно для развития ИМ сочетание АГ и СД. Адекватная терапия СД 1-го и 2-го типов, поддерживающая уровень глюкозы в крови близко к норме, позволяет в значительной степени снизить риск ИМ. Для пациентов с СД рекомендуется строгий контроль АД, назначение ингибиторов АПФ и блокаторов ангиотензиновых рецепторов. Назначение статинов при СД и дислипидемии снижает риск инсульта, особенно при других сопутствующих ФР. Назначение аспирина для первичной профилактики рекомендовано пациентам с высоким риском развития ЦВЗ [9, 13].

Фибрилляция предсердий (ФП). Постоянная форма ФП является независимым ФР инсульта. При ФП вероятность развития ИМ возрастает в 4—5 раз. У пациентов с ФП необходимо стратифицировать риск развития ИМ. К умеренному риску ИМ при ФП относятся возраст старше 75 лет, сочетание ФП с одним

из следующих ФР: АГ, сердечной недостаточности (эхокардиографически определяемая систолическая левожелудочковая недостаточность менее 35% или фракционное укорочение систолы менее 20%), СД [17]. К группе высокого риска развития ишемического инсульта при ФП относятся пациенты с предшествующими транзиторной ишемической атакой (ТИА) или ИМ, ее сочетание с двумя умеренными ФР [13].

Всем пациентам с высоким и умеренным риском эмболии рекомендуется длительная пероральная антикоагулянтная терапия варфарином (целевое МНОС 2,5; диапазон 2,0—3,0). При наличии противопоказаний к антикоагулянтам пациентам с ФП необходимо назначать аспирин 100—325 мг/сут.

Пациентам с низким риском кардиоэмболии при ФП (возраст до 60 лет без дополнительных ФР) рекомендуется длительный прием аспирина 100—325 мг/сут [9].

Всем пациентам старше 65 лет при первичном обращении к врачу необходимо определять частоту пульса с последующей ЭКГ для исключения ФП.

Дислипидемия. Нарушения нормального соотношения основных фракций липидов (триглицериды, холестерин, липопротеины высокой и низкой плотности) в сыворотке крови являются ФР развития сосудистых заболеваний. Увеличение содержания холестерина и липопротеинов низкой плотности напрямую связано с частотой развития коронарной патологии в то время как липопротеины высокой плотности оказывают противоположное влияние [9]. Повышение уровня холестерина коррелирует со степенью и скоростью прогрессирования атеросклероза брахиоцефальных артерий (БЦА). Было показано, что смертность при ИМ выше среди мужчин с высоким уровнем холестерина в крови [4]. С целью профилактики гиперлипидемии рекомендуется контроль уровня холестерина в сыворотке крови (норма — менее 5 ммоль/л). Пациентам с ИБС, СД коррекция липидных нарушений осуществляется при назначении специальной диеты, понижающей уровень липопротеинов низкой плотности. Основным источником насыщенного жира и холестерина являются жирные сорта мяса (баранина, свинина), яйца и молочные продукты. В связи с этим рекомендуется употреблять в пищу нежирные сорта мяса (говядина, куриное филе), рыбу и обезжиренные молочные продукты.

Если в течение 6 мес пациентам при среднем или высоком уровне холестерина и липопротеинов низкой плотности в сыворотке крови не удается снизить уровень до нормального, то им следует назначить статины.

Заболевания сердца, связанные с повышенным риском ИМ. Кардиогенная эмболия является причиной 20—25% ишемических инсультов и ТИА [10]. Она возникает обычно вследствие формирования эмболов в полостях или на клапанах сердца. К доказанным ФР кардиоэмболии относят заболевания клапанного аппарата сердца (искусственные клапаны сердца, ревматическое, бактериальное и небактериальное поражение клапанов, их кальцификация), заболевания коронарных артерий (инфаркт миокарда, внутрисердечный тромб, аневризмы желудочков

апокинетические и акинетические участки миокарда), кардиомиопатии и эндокардиопатии. Операции на сердце, особенно на клапанном аппарате, имеют повышенный риск развития ИМ. Незаращение овального отверстия выявляется у 15—25% населения, у 15% из них оно функционирует и может привести к попаданию венозных эмболов в церебральные артерии с последующим развитием ИМ [10].

Всем пациентам с недавно перенесенным инфарктом миокарда (до 3 мес) и постинфарктным подъемом сегмента ST в сочетании с левожелудочковым пристеночным тромбом и сегментарной акинезией левого желудочка для предупреждения инсульта рекомендуется назначить варфарин (целевое МНО — 2,5; диапазон 2,5—3,0).

Асимптомный стеноз БЦА. Стеноз БЦА является ФР развития ТИА и ИМ. Появление церебральных сосудистых симптомов зависит как от степени стеноза и скорости его прогрессирования, так и от уровня коллатерального кровотока [11]. При симптомном ипсилатеральном стенозе >70% у лиц, перенесших ТИА или малый ИМ, отмечается достаточно высокий риск развития ИМ в течение 2 лет — 26% [12]. При асимптомном стенозе более 70% риск ИМ составляет 1—3%. Распространенность асимптомного стеноза увеличивается с возрастом и встречается у 50% лиц в возрасте 65—94 лет [8].

Пациентам с выявленным асимптомным стенозом БЦА должен быть проведен скрининг всех возможных модифицируемых ФР ИМ.

Лицам с асимптомным стенозом внутренних сонных артерий более 50% для уменьшения риска развития ИМ рекомендуется длительный прием аспирина в дозе 75—325 мг/сут [9].

Профилактическая эндартерэктомия или стентирование сонных артерий показаны пациентам с асимптомным стенозом внутренней сонной артерии >60% по данным ангиографии, или >70% по данным ультразвуковой ангиографии, или >80% по данным КТ или МРТ ангиографии. При тщательном отборе больных риск смерти после операции или развитие ИМ не превышает 3%, а вероятность выживания составляет не менее 5 лет.

Оральная контрацепция с высоким содержанием эстрогенов. Прием оральных контрацептивов в дозе 50 мг/сут увеличивает риск развития ИМ. Не рекомендуется их использование с высоким содержанием эстрогенов женщинам старше 35 лет, курящим, страдающим АГ, мигренью, гиперхолестеринемией, ожирением, предшествующими тромбозами. Таким женщинам необходимо назначать контрацептивы с низким содержанием эстрогенов или другие альтернативные противозачаточные средства. В тех случаях когда женщины, несмотря на имеющиеся ФР, применяют оральные контрацептивы, рекомендуется одновременно интенсивная коррекция всех имеющихся ФР.

Постменопаузная эстрогензамещающая терапия. Постменопаузная эстрогензамещающая терапия увеличивает риск развития ИМ. Гормональную заместительную терапию (эстроген/прогестерон) женщинам в менопаузе для первичной профилактики ИМ не применяют.

Физическая активность. У 60% взрослого населения ведущим ФР инсульта является гиподинамия вследствие сидячего образа жизни. Для первичной профилактики ИМ рекомендуется умеренная физическая нагрузка продолжительностью 150 мин (2 ч 30 мин) в неделю или интенсивная — 75 мин (1 ч 15 мин) в неделю [15].

Ожирение и распределение жира. В настоящее время показатель индекса массы тела (ИМТ) 25—29,9 кг/м² соответствует превышению веса, >30,0 кг/м² — ожирению. Абдоминальное ожирение является независимым ФР развития ИМ и диагностируется в тех случаях, когда окружность талии превышает 102 см у мужчин и 88 см — у женщин [14]. Риск развития ИМ в возрасте до 65 лет возрастает, если соотношение окружности талии и бедер у мужчин превышает 0,93, у женщин — 0,86.

Пациентам с избыточной массой тела и ожирением рекомендуется снижение массы тела с целью снижения АД и риска ИМ. Необходимого результата удается добиться путем назначения индивидуальной низкокалорийной диеты (800—1000 ккал), специального комплекса физических упражнений и адекватной физической нагрузки [16].

Питание и диета. Уменьшение потребления пищевой соли предупреждает повышение АД. Достаточное потребление фруктов и овощей и низкое содержание жира способствуют профилактике инсульта [16, 17].

Потенциально модифицируемые ФР

Мигрень. Приступ мигренозной головной боли, особенно с аурой, у женщин моложе 55 лет может привести к развитию ИМ [1, 3, 16]. В связи с этим при умеренной и высокой частоте приступов проводят лечение, направленное на снижение частоты мигренозных пароксизмов.

Метаболический синдром. Метаболический синдром диагностируют при наличии абдоминального ожирения; уровня триглицеридов более 150 мг/дл, липопротеинов высокой плотности менее 40 мг/дл для мужчин и менее 50 мг/дл — для женщин; АД >135/85 мм рт. ст.; содержания глюкозы в крови >110 мг/дл. Метаболический синдром — значимый предиктор ЦВБ и ИМ. Лечение каждого его компонента включает изменение образа жизни (гимнастика, снижение массы тела, диета) и адекватную фармакотерапию (сахароснижающая, гипотензивная и антиагрегантная терапия, статины).

Алкоголь. Роль алкоголя в развитии ИМ является спорной и зависит от дозы спиртного. Однако установлено, что высокие дозы алкоголя увеличивают риск развития ИМ [14].

Наркотики. Прием героина, амфетаминов, кокаина, фенциклидина и других наркотических средств является одной из основных причин развития ИМ у лиц молодого возраста (до 45 лет).

Апноэ во сне. Остановка дыхания во сне связана с различными ФР сердечно-сосудистых заболеваний и является значимой в сочетании с абдоминальным ожирением, АГ, ИБС, резистентной АГ [16]. В связи

с введением в клиническую практику сомнографии выделены количественные характеристики синдрома obstructивного апноэ во время сна (СОАС). К важнейшим из них относят индекс апноэ—гипопноэ (ИАГ — частота приступов апноэ—гипопноэ за 1 ч), десатурацию, длительность апноэ. Так, ИАГ до 5 в час считают нормой, от 5 до 15 — легкой степенью СОАС, от 15 до 30 — средней, более 30 в час — тяжелой. Выраженный СОАС требует немедленного лечения.

Хронические инфекции и воспалительные процессы. В последнее десятилетие было показано, что хронические инфекции, в особенности вызванные *Chlamydia pneumoniae*, приводят к повреждению эндотелия артерий, тем самым увеличивая риск развития сосудистых заболеваний. Установлено, что повышение С-реактивного белка (СРБ) — маркера воспаления, увеличивает риск развития сердечно-сосудистых заболеваний. Пациенты, страдающие ревматоидным артритом или системной красной волчанкой, имеют повышенный риск развития ИМ. Пациентам с положительным СРБ и дислипидемией рекомендуются прием статинов.

Пациентам с ФР ишемического инсульта показана ежегодная вакцинация против гриппа.

Гипергомоцистеинемия. Пациентам с гипергомоцистеинемией может быть назначен комплекс витаминов группы В — пиридоксин (B_6), кобаламин (B_{12}), фолиевая кислота.

Основными задачами первичной профилактики являются:

- выявление лиц с повышенным риском ИМ;
- диагностика и оценка состояния ФР;
- разработка индивидуальной программы профилактики корригируемых и потенциально корригируемых ФР.

Для повышения эффективности профилактических мероприятий при ИМ авторы настоящей статьи разработали алгоритм выявления лиц с повышенным риском ишемического инсульта в организациях здравоохранения районного, областного/городского и республиканского уровней.

Доврачебное исследование на ФАПах, здравпунктах

1. Тщательный целенаправленный опрос пациента с целью выявления ФР развития ЦВБ с использованием стандартизованных опросников для медицинских работников среднего звена и врачей различного профиля.

2. Определение массы тела, роста пациента, окружности талии, ИМТ.

3. Оценка состояния сердечно-сосудистой системы (пульс — ритмичность и частота, ЧСС, АД, ЭКГ).

4. Осмотр пациента (особенность телосложения, соматический статус, состояние кожи — пигментация, хрупкость сосудов, усиленный венозный рисунок и т. д.).

Районные амбулаторно-поликлинические организации

1. Тщательный целенаправленный опрос пациента по стандартизованным опросникам для врачей

различного профиля с целью выявления ФР развития ЦВБ.

2. Осмотр пациента (особенность телосложения, соматический статус, состояние кожи — пигментные пятна, хрупкость сосудов, усиленный венозный рисунок, «ливедо ретикулярис» и т. д.).

3. Осмотр глазного дна окулистом.

4. Общий анализ крови и мочи, биохимический анализ крови (глюкоза, мочевины, креатинин, общий холестерин и липидные фракции, электролиты, СРБ), коагулограмма.

5. Если возникает предположение о симптоматической АГ, то дополнительно проводят ультразвуковое исследование почек, надпочечников, щитовидной железы, магистральных артерий головы.

Организации здравоохранения областного/городского и республиканского уровня

Углубленное кардиологическое и неврологическое обследование, а также исследование системы гемостаза проводят по показаниям.

1. Эхокардиография, холтеровское мониторирование ЭКГ и АД. Дуплексное сканирование БЦА и транскраниальная доплерография, позволяющие установить степень стеноза БЦА, определить структуру атеросклеротической бляшки, извитость и аномалии развития артерий мозга.

2. Ультразвуковое исследование почек, надпочечников, щитовидной железы.

3. КТ, МРТ головного мозга.

4. Для решения вопроса о необходимости проведения профилактического ангиохирургического вмешательства (каротидная эндартерэктомия или чрескожная транслюминальная ангиопластика со стентированием сонных артерий, экстраинтракраниальный микроанастомоз) проводят КТ или МР-ангиографию.

5. Липидограмма, определение гомоцистеина, СРБ.

6. Коагулограмма с определением МНО.

7. Исследование крови на наличие антифосфолипидного синдрома — волчаночный антикоагулянт, антикардиолипин, $a\beta 2$ ГП, D-димеры.

8. Некоторым пациентам с идиопатическими тромбозами рекомендуется провести молекулярно-генетическое исследование на предмет наличия тромбофилий, дефицита антитромбина, протеинов С и S. Это исследование проводят в случаях семейного анамнеза венозных тромбозов; если первый эпизод тромбоза возник в возрасте до 45 лет; при возникновении тромбоза церебральных и висцеральных вен; при рецидиве тромбоза; если тромбоз возник на фоне беременности, приема оральных контрацептивов или гормональной заместительной терапии; а также женщинам с привычными самопроизвольными абортами и мертворождениями.

9. Исследование крови на женские и мужские половые гормоны, гормоны щитовидной железы, катехоламины.

10. Вирусологическое исследование крови (ПЦР): вирусы простого герпеса, Эпштейна—Барр, цитомегаловируса.

ЛИТЕРАТУРА

11. Ревмопробы.

12. Осмотр глазного дна окулистом.

13. Пациентам с ожирением, СД, дислипидемией, метаболическим синдромом необходима консультация эндокринолога.

14. Пациентам с ФП, заболеваниями сердца, связанными с повышенным риском ИМ, рефрактерной АГ необходима консультация кардиолога.

15. Пациентам с асимптомным стенозом внутренней сонной артерии более 70% по данным ультразвуковой ангиографии показана консультация ангиохирурга.

16. Пациентам с мигренью, перенесшим ЦГК, АГ I или III степени, асимптомным стенозом БЦА показана консультация невролога.

17. Пациентам с подозрением на ревматоидный артрит, системную красную волчанку, синдром Снеддана, ревматический васкулит показана консультация ревматолога.

18. Пациентам с хроническими инфекциями показана консультация инфекциониста.

19. При подозрении на коагулопатию и серповидно-клеточную анемию показана консультация гематолога.

Выявление пациентов с ФР ишемического инсульта начинается в кабинете доврачебного приема (отделение профилактики), куда направляются лица, обратившиеся в поликлинику по любому поводу. Специально обученная медицинская сестра проводит структурированный опрос больного с целью выявления у него болезней системы кровообращения, таких как ЦВБ, ИБС, синдром перемежающейся хромоты.

Пациентов с АГ, включая тех, кто перенес цереброваскулярный гипертонический криз, страдающих гипертонической энцефалопатией I стадии, а также больных с ИБС, ФП и другими заболеваниями сердца наблюдает терапевт; лиц с ожирением, СД, дислипидемией, метаболическим синдромом консультирует эндокринолог.

Под наблюдением невролога находятся пациенты, страдающие гипертонической и атеросклеротической энцефалопатией. Невролог консультирует больных с ЦГК и начальными стадиями гипертонической энцефалопатии.

Для организованных коллективов (заводы, банки, предприятия и др.) целесообразно использовать систему прогнозирования возникновения мозговых инсультов и их профилактики [5, 6].

Таким образом, в настоящее время усилия ученых должны быть направлены на разработку специальных шкал, позволяющих достоверно стратифицировать ФР развития ТИА или первого ИМ, и определять пациентов, нуждающихся в коррекции ФР. Однако любые терапевтические мероприятия оказываются эффективными только при правильном образе жизни, подразумевающем рациональное питание, достаточный двигательный режим, нормальную массу тела, отказ от вредных привычек.

1. Виберс Д. О., Фейгин В., Браун Р. Д. Руководство по цереброваскулярным заболеваниям.— М., 1999.
2. Виленский Б. С. Инсульт: профилактика, диагностика и лечение.— СПб., 2002.
3. Инсульт: диагностика, лечение, профилактика / Под ред. З. А. Суслиной, М. А. Пирадова.— М., 2008.
4. Очерки ангионеврологии / Под ред. З. А. Суслиной.— М., 2005.
5. Семак А. Е., Евстигнеев В. В., Адамович В. И. Система прогнозирования возникновения мозговых инсультов и их профилактика: Методич. рекомендации.— Минск, 1999.
6. Семак А. Е., Карнацевич Ю. С., Борисов А. В. // Мед. новости.— 2002.— № 1.— С. 3—7.
7. Суслина З. А., Варакин Ю. Я., Верещагин Н. В. Сосудистые заболевания головного мозга. Эпидемиология. Основы профилактики.— М., 2006.
8. Суслина З. А., Гераскина Л. А., Фоякин А. В. Артериальная гипертония, сосудистая патология мозга и антигипертензивное лечение.— М., 2006.
9. Суслина З. А., Танащян М. М., Домашенко М. А. Антиромботическая терапия ишемических нарушений мозгового кровообращения с позиций доказательной медицины.— 2-е изд.— М., 2009.
10. Суслина З. А., Фоякин А. В., Гераскина Л. А. и др. Практическая кардионеврология.— М., 2010.
11. Табаева Г. Р., Азимова Ю. Э. Цереброваскулярные расстройства в пожилом возрасте: Практич. руководство для врачей.— М., 2010.
12. Тихомирова О. В., Машкова Н. Т., Маматова Н. Т. и др. // Артериальная гипертония.— 2003.— № 5.— С. 74—79.
13. Adams R. J., Albers G., Alberts M. J., et al. // Stroke.— 2008.— Vol. 39.— P. 1647—1652.
14. Chandratheva A., Mehta Z., Geraghty O. C., et al. // Neurology.— 2009.— Vol. 72.— P. 1941—1947.
15. Chiuve S. // Circulation.— 2008.— Vol. 118.— P. 947—954.
16. Spence J. D. // Nat. Rev. Neurology.— 2010.— Vol. 6.— P. 477—486.
17. Shai I., Spence J. D., Schwarzfuchs D., et al. // Circulation.— 2010.— Vol. 121.— P. 1200—1208.

Поступила 06.02.12.

ORGANIZATION OF ISCHEMIC STROKE PRIMARY PREVENTION

S. A. Likhachev, G. K. Nedzved, A. E. Semak, L. N. Anatskaya, I. A. Gonchar, T. V. Luriae, N. M. Chechik

The cerebral blood circulation acute disorders, ischemic strokes dominating among them, are the major cause of lethality because of cerebrovascular diseases. The primary prevention efficient organization based on determination of risk factors for stroke development and their correction is necessary for reducing the morbidity and lethality rates due to that disease. An algorithm for detecting persons at a higher risk for ischemic stroke beginning from feldsher-midwife stations, country hospitals followed by additional examinations at the district, regional, and republican levels has been developed. Basing on the investigations findings an individual program for the ischemic stroke prevention stipulating the patient's mode of life correction as well is drawn.

Key words: ischemic stroke, risk factors, primary prevention.

Адрес для корреспонденции:

Лихачев Сергей Алексеевич.

Республиканский научно-практический центр неврологии и нейрохирургии.

220114, г. Минск, ул. Ф. Скорины, 24; сл. тел. (8-017) 267-16-95.