

А. А. Бова, М. В. Силиванович

**ИШЕМИЧЕСКИЙ ИНСУЛЬТ: СТРАТЕГИЯ ВЕДЕНИЯ ПАЦИЕНТОВ
(СООТВЕТСТВИЕ РЕКОМЕНДАЦИЙ
И ИХ РЕАЛЬНОГО КЛИНИЧЕСКОГО ПРИМЕНЕНИЯ)**

Военно-медицинский факультет в УО «Белорусский государственный медицинский университет»

В статье представлен обзор литературы и данные собственного исследования по актуальным вопросам в отношении современных подходов к диагностике, лечению и профилактике ишемических инсультов. Данная статья призвана помочь практикующему врачу войскового звена разобраться в этом нелегком вопросе.

Ключевые слова: *инсульт, острое нарушение мозгового кровообращения, транзиторная ишемическая атака, гипертонический криз.*

A. A. Bova, M. V. Silivanovich

ISCHEMIC STROKE: TREATMENT STRATEGY OF PATIENTS (CORRESPONDENCE BETWEEN THE RECOMMENDATIONS AND THEIR ACTUAL CLINICAL USE)

The article presents a review of the literature and the data of their own research on topical issues in relation to current approaches to diagnosis, treatment and prevention of ischemic stroke. This article is designed to help to practical doctor of an army stage to understand this difficult question.

Key words: stroke, acute ischemic stroke, transient ischemic attack, hypertensive crisis.

Актуальность. Проведенными международными популяционными исследованиями установлено, что ежегодно в мире от острого нарушения мозгового кровообращения (ОНМК) умирают 4,7 млн. человек. [8] В странах Восточной Европы инсульт занимает 2–3-е место в структуре общей смертности населения. При этом в течение года после перенесенной мозговой катастрофы умирает каждый второй заболевший. [2] Ежегодно в Российской Федерации возникает инсульт более чем у 500 000 человек. В целом по Беларуси число умерших в трудоспособном возрасте по причине инсульта уменьшилось на 4,1%. Но количество инсультов со смертельным исходом по-прежнему значительное – 1427 человек трудоспособного возраста за 2014 год против 1488 в 2013 году. Больше всего инсульт унес жизни в Гомельской области (262 человека) и Минске (238). Показатель смертности от инсульта среди лиц трудоспособного возраста (на 100 тыс. населения) в целом по стране улучшился и составляет 25,1 в 2014-м против 28,1 в 2013 году. Но по регионам ситуация неоднородная. Увеличилась смертность в Минске – 19,6 (в 2013-м – 16,4) и Могилевской области – 25 (23,8). Наихудший показатель в Гомельской области – 30,8 (33,3). В Витебской области – 29,8 (35,4), Минской – 28,8 (30,9), Брестской – 22,3 (24,2), Гродненской – 21,5 (29,5). [9] Встречаемость различных видов ОНМК широко варьирует, в частности, инфаркты головного мозга составляют 65–75%, кровоизлияния (включая субарахноидальные) – 15–20%, на долю преходящих нарушений мозгового кровообращения приходится 10–15%. Частота мозговых инсультов в популяции лиц старше 50–55 лет увеличивается в 1,8–2 раза в каждом последующем десятилетии жизни. [4]

Социально-экономические последствия ОНМК крайне высоки, в частности: летальный исход в остром периоде инсульта наступает у 34,6%, а в течение первого года по окончании острого периода – у 13,4%; тяжелая инвалидность с потребностью постоянного ухода имеется у 20,0% пациентов, перенесших инсульт; ограничено трудоспособны 56,0% и только 8,0% возвращаются к своей прежней трудовой деятельности. Инвалидизация, вследствие инсульта, занимает первое место среди всех причин первичной инвалидности, составляя 3,2 на 10 000 населения. Инвалидизация после инсульта в среднем по стране составляет 56–81% [4], ввиду этого представляется необходимым оценить качество оказываемой помощи и соответствие ее современным рекомендациям.

Определение и общая характеристика. Инсульт представляет собой острое нарушение мозгового кровообращения (ОНМК), которое характеризуется внезапным (в течение минут, реже – часов) появлением очаговой неврологической симптоматики (двигательных, речевых, чувствительных, координаторных, зрительных и других нарушений) и/или общемозговых нарушений (изменения сознания, головная боль, рвота и др.), которые сохраняются более 24 часов или приводят к смерти больного в короткий промежуток времени вследствие причины цереброваскулярного происхождения.

Выделяется две клинко-патогенетические формы инсульта:

1) ишемический инсульт (инфаркт мозга), обусловленный острой фокальной церебральной ишемией, приводящей к инфаркту (зона ишемического некроза) головного мозга;

2) геморрагический инсульт (нетравматическое внутримозговое кровоизлияние), обусловленный разрывом интрацеребрального сосуда и проникновением крови в паренхиму мозга или разрывом артериальной аневризмы с субарахноидальным кровоизлиянием.

К ОНМК также относятся преходящие нарушения мозгового кровообращения, которые характеризуются внезапным возникновением очаговых неврологических симптомов, которые развиваются у больного с сердечно-сосудистым заболеванием (артериальная гипертензия, атеросклероз, фибрилляция предсердий, васкулит и др.), продолжаются несколько минут, реже часов, но не более 24 часов и заканчиваются полным восстановлением нарушенных функций.

Преходящие нарушения мозгового кровообращения включают в себя:

1) транзиторную ишемическую атаку (ТИА), которая развивается вследствие кратковременной локальной ишемии мозга и характеризуется внезапными преходящими неврологическими нарушениями с очаговой симптоматикой;

2) гипертонический церебральный криз, представляющий собой состояние, связанное с острым, обычно значительным подъемом артериального давления (АД) и сопровождающееся появлением общемозговых (реже очаговых) неврологических симптомов, вторичных по отношению к гипертензии. Наиболее тяжелой формой гипертонического криза является острая гипертоническая энцефалопатия, основу патогенеза которой составляет отек головного мозга.

Необходимо не только установить ишемический характер инсульта и его локализацию, но и выяснить его этиопатогенетический вариант. Для этого надо оценить наличие факторов риска сосудистой мозговой катастрофы, таких как артериальная гипертензия (АГ), заболевания сердца и сосудов, сахарный диабет, возраст пациента (старше 50 лет), курение, а также ранее перенесенный ишемический инсульт или транзиторная ишемическая атака. Следует подчеркнуть, что АГ является одним из ведущих, но корригируемых факторов риска развития инфаркта мозга. По данным РНПЦ неврологии и нейрохирургии МЗ РБ, артериальная гипертензия встречается у 75–80% больных, госпитализированных по поводу ишемического инсульта.

В клиническом течении инсульта выделяют следующие периоды: 1) 1–3-и сутки – острейший период; 2) до 28 суток – острый период; 3) до 6 месяцев – ранний восстановительный период; 4) до 2-х лет – поздний восстановительный период; 5) после 2-х лет – период остаточных явлений.

В острейшем периоде заболевания тяжесть острой ишемии мозга тесно взаимосвязана со степенью редукции мозгового кровотока, продолжительностью дореперфузионного периода и протяженностью ишемии. В течение 6–8 мин с момента появления инициальных симптомов инсульта происходит ишемическое повреждение головного мозга. [3] «Точечная», или «ядерная», зона инфаркта формируется в области локального снижения церебрального кровотока до 10 мл/100 г/мин. Вокруг нее находится зона ишемической полутени, где мозговой кровоток составляет около 20–40 мл/100 г/мин. В течение «терапевтического окна» (3–6 ч) в этом участке мозга происходят лишь функциональные, а не структурные изменения, сохранен энергетический метаболизм, после чего формируется инфарктный очаг. «Доформирование» ишемического инсульта продолжается на протяжении 48 и более часов, в связи с чем интенсивную терапию необходимо начинать в первые 3 часа заболевания, что требует от врачей четкого понимания алгоритма лечебно-диагностических действий с целью исключения потери времени. [6]

Первичная догоспитальная дифференциальная диагностика инсульта. Важной задачей на догоспитальном этапе является проведение первой дифференциальной диагностики инсульта с другими патологическими состояниями, имеющими клиническое сходство с ОНМК. К их числу относятся: гипогликемия, судорожные состояния (эпилепсия, эпилептические синдромы), черепно-мозговая травма, нейроинфекции (энцефалит, абсцесс мозга), мигрень, объёмные образования (опухоли) головного мозга, ряд психических расстройств, коматозные состояния, экзогенные и эндогенные интоксикации (метаболическая или токсическая энцефалопатия), рассеянный склероз, острая гипертоническая энцефалопатия и др.

Основной алгоритм диагностики ОНМК на догоспитальном этапе.

I. При опросе и сборе анамнестических данных:

1. В первую очередь установить точное время начала заболевания.

2. Когда и в какой последовательности появились клинические симптомы заболевания?

3. Имеются ли ФР (артериальная гипертензия, сахарный диабет, мерцательная аритмия, ИБС, уже перенесенные в прошлом ОНМК или черепно-мозговой травмы).

II. При объективном обследовании обязательно (уровень доказательности В):

1. Оценка общего состояния и жизненно важных функций: уровня угнетения сознания по шкале ком Глазго, проходимости дыхательных путей и дыхания, кровообращения.

2. Визуальная оценка: внимательно осмотреть и пальпировать мягкие ткани головы (выявления возможной черепно-мозговой травмы), осмотреть наружные слуховые и носовые ходы (для выявления ликворо- и гематорреи).

3. Измерение частоты пульса, ЧСС, АД (на двух руках), частоты дыхания, аускультация сердца и легких, термометрия.

4. Электрокардиография.

5. Исследование глюкозы в крови.

6. Офтальмоскопия (уровень доказательности D);

7. При исследовании неврологического статуса необходимо: качественная оценка очаговой, общемозговой и менингеальной симптоматики с фиксацией в медицинской документации. Проявлениями нарушений могут быть изменения сознания, речи, двигательных функции (слабость в конечностях), асимметрии лица, нарушения чувствительности (онемение), судорожные синдромы и прочие симптомы.

Основные действия при оказании догоспитальной помощи больным с ОНМК. Инсульт является неотложным состоянием, поэтому все пациенты с ОНМК должны госпитализироваться в региональные сосудистые центры или специализированные отделения многопрофильных стационаров для лечения больных с инсультом (уровень доказательности А). Врач общей практики, уточнив вопросы предварительного диагноза в пользу ОНМК, должен решить дополнительно две другие задачи: 1) имеются ли противопоказания для неотложной госпитализации в профильный стационар? 2) имеется ли необходимость в неотложной медицинской помощи (в том числе в терапии) больному на догоспитальном этапе? При этом семейный врач для реализации этих задач использует услуги службы скорой медицинской помощи, которая немедленно вызывается по месту нахождения пациента с ОНМК (уровень доказательности А). К пациентам в критическом состоянии направляется реанимационная бригада скорой медицинской помощи.

Показания и противопоказания к госпитализации больных с ОНМК. Оптимальное время госпитализации – первые 3–6 часов от начала инсульта

(уровень доказательности В). При более поздней госпитализации значительно возрастает количество осложнений инсульта и тяжесть последующей инвалидизации больных с ОНМК. В ситуации, когда врач общей практики видит больного в течение первых 1–2 часов от начала вероятного ишемического инсульта и первоначальная оценка состояния больного подтверждает возможность проведения тромболитической терапии, необходима максимально быстрая доставка его в соответствующий региональный сосудистый центр (уровень доказательности В).

Критерии первого (амбулаторного) этапа отбора пациентов для тромболитической терапии ишемического инсульта:

- 1) больные в возрасте от 18 до 80 лет;
- 2) они должны понимать обращенную речь, допустимо угнетение сознания пациентов до уровня оглушения;
- 3) имеются «характерные» признаки инсульта: параличи конечностей или мимической мускулатуры, расстройства чувствительности, нарушения речи, походки или зрения;
- 4) отсутствует значительное клиническое улучшение;
- 5) симптомы инсульта развились не более 2-х часов назад.

Показания к госпитализации:

- 1) целесообразна госпитализация всех заболевших с ОНМК, в том числе и с остро возникшими легкими очаговыми симптомами («малый инсульт»), а также с ТИА;
- 2) пациенты с подозрением на субарахноидальное кровоизлияние подлежат срочной госпитализации в нейрохирургический стационар, даже при относительно легком течении заболевания;
- 3) предпочтительно направлять в многопрофильные стационары с нейрохирургическими отделениями и больных с вероятными кровоизлияниями в мозг;
- 4) обоснована перспективность для исходов инсульта госпитализации больных в первые 14 дней заболевания.

Противопоказания к госпитализации:

1. Относительные:

- 1) критические нарушения дыхания и кровообращения до их стабилизации;
- 2) психомоторное возбуждение и эпилептический статус до их купирования;
- 3) терминальная кома, деменция в анамнезе с выраженной инвалидизацией до развития инсульта;
- 4) терминальная стадия онкологических заболеваний;

2. Абсолютные:

- 1) письменно подтвержденный отказ пациента или его родственников от госпитализации.

В этих случаях дальнейшая симптоматическая неотложная помощь и лечение проводятся на дому под наблюдением персонала амбулаторно-поликлинических служб. Больным с ОНМК по различным причинам оставшимся на амбулаторное лечение в течение первых суток должна быть назначена базисная, симптоматическая и нейропротективная терапия. Необходимость в их стационарном лечении в более

поздние сроки в течении инсульта, может быть обусловлена присоединением соматогенных осложнений или развитием повторных эпизодов. Посещение невролога поликлиники больного инсультом должно быть не реже двух раз в неделю.

Рекомендации по вторичной профилактике ишемического инсульта

(составлены на основе Guidelines for Management of Ischaemic Stroke and Transient Ischaemic Attack. ESO, 2008.).

1. Антигипертензивная терапия: 1) рекомендуется регулярный контроль уровня АД; рекомендуется снижение уровня АД после острейшего периода инсульта, включая пациентов с нормальным уровнем АД (уровень доказательности А).

2. Антитромботическая терапия: 1) рекомендуется назначение комбинации ацетилсалициловой кислоты и дипиридамола, или клопидогреля; в качестве альтернативы возможно использование ацетилсалициловой кислоты или трифлузала (уровень доказательности А);

2) комбинация клопидогреля и ацетилсалициловой кислоты не рекомендована для пациентов после недавно перенесенного инсульта, за исключением специальных показаний (например, нестабильная стенокардия, или не-Q-образующий инфаркт миокарда, или недавнее стентирование) с продолжительностью терапии до 9 месяцев (уровень доказательности А);

3) терапия оральными антикоагулянтами (МНО 2,0–3,0) рекомендована больным после перенесенного ишемического инсульта, связанного с мерцательной аритмией (уровень доказательности А);

4) антикоагулянтная терапия не рекомендована для пациентов после некардиоэмболического инсульта, за исключением некоторых ситуаций, таких как атерома аорты, фузиформная аневризма основной артерии, диссекция артерий шеи или открытое овальное окно в сочетании с доказанным тромбозом глубоких вен голени или с аневризмой межпредсердной перегородки (уровень доказательности D);

3. Гиполипидемическая терапия: 1) рекомендуется терапия статинами у пациентов с некардиоэмболическим инсультом (уровень доказательности А).

4. Хирургическая профилактика ишемического инсульта: 1) операция КЭЭ рекомендована пациентам со стенозами сонных артерий 70–99% (уровень доказательности А) и должна выполняться только в центрах с показателем периоперационных осложнений (любой инсульт и смерть) менее 6% (уровень доказательности А);

2) рекомендован прием антитромбоцитарных препаратов как до, так и после операции КЭЭ (уровень доказательности А);

3) КАС рекомендована для некоторых пациентов (уровень доказательности А) с тяжелым «симптомным» стенозом сонных артерий: при наличии противопоказаний для КЭЭ, при стенозах в хирургически

недоступном месте, рестенозе после КЭЭ, стенозах после лучевой терапии (уровень доказательности D);

4) пациенты должны получать комбинацию клопидогреля и аспирина непосредственно после стентирования и далее как минимум в течение 1 месяца (уровень доказательности D).

Лечение ОНМК на догоспитальном этапе. Лечение больных с инсультами включает два основных направления - базисную и специфическую терапию.

Основные направления базисной терапии:

1. Коррекция дыхательных нарушений. Для коррекции и профилактики нарушений дыхания необходима оценка проходимости дыхательных путей. У пациентов со сниженным уровнем бодрствования или угнетением сознания и обездвиженностью наиболее распространенной причиной развития гипоксических состояний является обтурация верхних дыхательных путей корнем языка, поэтому в таких случаях необходимо выполнение тройного приема на дыхательных путях (запрокидывание головы, выдвигание нижней челюсти вперед, открывание рта) или альтернативой этому приему может служить введение носо- или рото-глоточного воздуховода (уровень доказательности B).

2. Коррекция АД. Рутинное снижение АД при инсульте недопустимо (уровень доказательности B). Постепенное снижение АД **при ишемическом или не-дифференцированном инсульте** показано *только при цифрах, превышающих 200/110 мм рт. ст.* При подозрении на **геморрагический характер ОНМК**, АД необходимо снижать *при цифрах более 170/100 мм рт. ст.* Целевой уровень медикаментозной гипотензии – до цифр, превышающих обычное АД на 15–20 мм рт. ст. (уровень доказательности C). Следует избегать любого резкого падения АД, в связи с чем недопустимо применение нифедипина, а в/в болюсное введение гипотензивных препаратов должно быть ограничено. Предпочтение следует отдавать гипотензивным препаратам из группы ингибиторов АПФ – каптоприл, эналаприл и пр. (уровень доказательности D). Также необходимо ограничивать применение аминофиллина и других сосудорасширяющих препаратов из-за развития эффекта обкрадывания, если только нет других соматогенных причин их использования в конкретных случаях (уровень доказательности B).

3. Водно-электролитный обмен. Основным инфузионным раствором следует считать 0,9% раствор хлорида натрия (уровень доказательности D). Гипоосмолярные растворы (0,45% раствор хлорида натрия, 5% раствор глюкозы) при инсульте противопоказаны из-за риска увеличения отека мозга (уровень доказательности D).

4. Отек мозга и повышение внутричерепного давления. Все пациенты со снижением уровня бодрствования (угнетением сознания с уровня глубокого огушения) должны находиться **в постели с приподнятым до 30°** головным концом (без сгибания шеи) (уровень доказательности D). При появлении и/или нарастании признаков нарушения сознания вследст-

вие развития первичного или вторичного поражения ствола головного мозга показано введение осмотических препаратов. *В условиях стационара вводят маннитол в дозе 0,5–1,0 г/кг каждые 6 часов внутривенно (уровень доказательности C).*

5. Купирование судорожного синдрома. Для купирования генерализованных судорожных припадков (тонические, клонические, тонико-клонические судороги во всех группах мышц с потерей сознания, недержанием мочи, прикусом языка) и фокальных судорожных пароксизмов (подергивания в отдельных группах мышц без потери сознания) используют *диазепам* 10 мг в/в медленно, при неэффективности повторно (10 мг в/в) через 3–4 минуты (уровень доказательности D). Необходимо помнить, что максимальная суточная доза диазепама составляет 80 мг.

Нейропротективная терапия. Данное направление терапии может являться одним из наиболее перспективных, так как раннее использование нейропротекторов и антиоксидантов, возможно уже на догоспитальном этапе, до выяснения характера нарушения мозгового кровообращения. Ряд нейропротективных препаратов, по данным публикаций, могут быть рекомендованы к применению уже на догоспитальном этапе: 1) по назначению врача общей практики: *магния сульфат, глицин (уровень доказательности D)*; 2) по назначению врача скорой помощи или врача стационара: *метионил-глутамил-гистидил-фенилаланил-пролил-глицил-пролин (p-ры 0,1% и 1% для интраназального введения), этилметилгидроксипиридина сукцинат (относится к классу 3-оксипиридинов), цитофлавин, кортексин, церебролизин (уровень доказательности D).*

В качестве нейропротектора, *магния сульфат* должен вводиться в/в медленно (10 мл 25% раствора в разведении на 100 мл 0,9% раствора хлорида натрия) в течение 30 минут. *Глицин* (для пациентов, находящихся в сознании) применяется сублингвально или трансбуккально по 1 г (или 10 таблеток по 100 мг) в таблетках или в виде порошка после измельчения таблетки.

Согласно ведущим международным клиническим рекомендациям по лечению ОНМК и результатам большинства крупных рандомизированных исследований по изучению эффективности церебропротективных препаратов, в настоящее время пока не существует нейропротективной программы, продемонстрировавшей достоверное улучшение исхода инсульта. *В частности, в клинических рекомендациях European Stroke Organization (ESO) от 2008 года указано, что в настоящее время отсутствуют рекомендации по лечению острого ишемического инсульта при помощи нейропротективных препаратов (уровень доказательности A).*

Часто встречающиеся ошибки терапии инсульта на догоспитальном этапе (уровень доказательности D):

1. Применение хлористого кальция, менадиона, аминокaproновой кислоты или аскорбиновой кисло-

ты для остановки кровотечения при подозрении на геморрагический инсульт (данные препараты начинают действовать через несколько суток, при ОНМК не исследовались).

2. Применение гипотензивных препаратов, которые резко снижают АД (например, нифедипин).

3. Назначение ацетилсалициловой кислоты и других антиагрегантов (дипиридамол, пентоксифиллин) в первые часы развития инсульта может быть противопоказано, потому что на догоспитальном этапе часто невозможно исключить мозговые кровоизлияния.

4. Применение фуросемида для лечения отека мозга не показано из-за возможного резкого снижения АД и усугубления ишемии головного мозга, а также из-за развития гемоконцентрации.

5. Активное применение на догоспитальном этапе ряда ноотропов в остром периоде инсульта (*пирacetам !!!!!, инстенон, никотиноил гамма-аминомасляная кислота и др.*). Они стимулируют и истощают головной мозг, находящийся в условиях ишемического повреждения.

Немедикаментозная терапия инсульта включает мероприятия по уходу за больными, оценку и коррекцию функции глотания, профилактику и лечение инфекционных осложнений (пролежни, пневмония, инфекция мочевыводящих путей и др.).

Данные собственного исследования. Нами были изучены и проанализированы статистические данные о количестве пациентов с различными формами инсульта, прошедших лечение в условиях 432 ГВКМЦ ВС РБ за 2014 год, а также проведен ретроспективный анализ 49 историй болезни пациентов с вышеуказанной патологией.

Анализ и оценка уровня организации специализированной помощи проводились на основании клинических протоколов диагностики и лечения больных с патологией нервной системы от 19.05.2005 года; рекомендаций ГУ «РНПЦ неврологии и нейрохирургии» «Диагностика и лечение инсультов», утвержденных МЗ РБ, 2008 год.

По данным отдела статистики 432 ГВКМЦ ВС РБ общее количество пациентов с мозговым инсультом за 2014 год составило 167 человек, при этом ишемический инсульт (ИИ) зафиксирован у 88,6% (n = 148) пациентов, геморрагический инсульт (ГИ) – у 11,4% (n = 19) соответственно. Средний возраст пациентов составил 76,6 лет, при этом в 5,4% (n = 9) зафиксирован инсульт у лиц молодого возраста (15–45 лет). Летальность при ГИ составила 42%, при ИИ – 26%.

При ретроспективном анализе историй болезни получены следующие результаты:

- Среднее время от развития инсульта до поступления в стационар составило 19 часов при ГИ и 18 часов при ИИ;

- Среднее время проведения нейровизуализации (от поступления в стационар) составило: при ГИ – 59 часов (в 43% случаев визуализация не выполнялась), при ИИ – 71 час (в 27% случаев визу-

ализация не выполнялась, только в 41% визуализация выполнена в пределах «терапевтического окна»);

- Наиболее распространенной сопутствующей патологией является артериальная гипертензия, затем следуют облитерирующий атеросклероз БЦА, сахарный диабет, фибрилляция предсердий;

- В условиях 432 ГВКМЦ ВС РБ пациентам с мозговым инсультом на основании проведенного клинико-инструментального анализа (до нейровизуализации) проводится базисная и симптоматическая терапия, с обязательным осмотром невролога/нейрохирурга.

- После осуществления дифференциальной диагностики на основании данных нейровизуализации (КТ/МРТ), других необходимых клинико-диагностических исследований (анализ СМЖ, УЗИ БЦА, ЭХО-ЭС и др.), и после верификации характера инсульта – назначается дифференцированная патогенетическая терапия (антикоагулянтная, антиагрегантная и др.) в соответствии с характером и подтипом инсульта.

- Тромболитическая терапия не проводится.

Таким образом, с учетом полученных данных можно сделать следующие выводы:

- ✓ Оказание специализированной помощи пациентам с инсультом в условиях 432 ГВКМЦ ВС РБ проводится в установленном порядке (в соответствии с вышеуказанными протоколами и рекомендациями).

- ✓ при анализе выявлена организационная проблема осуществления нейровизуализации нетранспортабельным пациентам с инсультом.

- ✓ Имеют место единичные случаи назначения дифференцированной (антиагрегантной, антикоагулянтной и др.) терапии без предшествующей нейровизуализации и верификации формы инсульта.

- ✓ Не всегда ведутся расчёты шкал для оценки тяжести и прогноза, а также обоснования назначения антикоагулянтной и антиагрегантной терапии.

Литература

1. Виленский, Б. С. Инсульт: профилактика, диагностика, лечение. – СПб.: Фолиант, 2002. – 398 с.

2. Ворлоу, Ч. П., Денис Ч. П., Ван Гейн Ж. и др. Инсульт: Практик. рук-во для ведения больных. – М.: Политехника, 1998.

3. Гусев, Е. И., Скворцова В. И. Ишемия головного мозга. – М.: Медицина, 2001.

4. Клинические рекомендации: Диагностика и тактика при инсульте в условиях общей врачебной практики, включая первичную и вторичную профилактику. – Спб., 2013.

5. Клинические рекомендации: Диагностика и лечение инсультов. – ГУ «РНПЦ неврологии и нейрохирургии», Минск, 2008.

6. Лихачёв, С. А., Гончар И. А., Недзьведь Г. К. . Базисная терапия ишемического инсульта у больных с артериальной гипертензией // Мед. новости. – 2006. – N 7.

7. Guidelines for Management of Ischaemic Stroke and Transient Ischaemic Attack. The European Stroke Organization (ESO), 2008. – 120 с. – <http://www.esostroke.org>.

8. Kolominsky-Rabas, P. L., Weber M., Gefeller O. et al. // Stroke. – 2001. – V. 32. – P. 2735–2740.

9. http://naviny.by/rubrics/society/2015/02/25/ic_articles_116_188327/

Поступила 1.09.2015 г.