

РОССИЙСКАЯ ФЕДЕРАЦИЯ  
Министерство здравоохранения Забайкальского края

---

Государственное учреждение здравоохранения  
КРАЕВАЯ КЛИНИЧЕСКАЯ БОЛЬНИЦА

672038, г.Чита, ул. Коханского, д. 7

тел. (302-2) 72 02 71, 28 20 95

E-mail: [priem@kkb.chita.ru](mailto:priem@kkb.chita.ru)

---

от 30 мая 2023 г. № 484-0

И.о.главного врача  Утверждаю  
В.В.Коренев

## Информационное письмо

# Вторичная профилактика больных с инсультом

*Заведующая отделением неврологическим для больных с нарушением мозгового кровообращения О.В.Давлетшина*

## СПИСОК СОКРАЩЕНИЙ

АВК – антагонисты витамина К  
АГ – артериальная гипертензия  
АД – артериальное давление  
АСК – ацетилсалициловая кислота  
АЧТВ – активированное частичное тромбопластиновое время  
БИТР – блок интенсивной терапии и реанимации  
БРА – блокаторы рецепторов ангиотензина II  
ВВ ТЛТ – внутривенная тромболитическая терапия  
ВСА – внутренняя сонная артерия  
ВТЭО – венозные тромбоэмболические осложнения  
ВЧГ – внутричерепная гипертензия  
ВЧД – внутричерепное давление  
ГМ – головной мозг  
ДВИ – диффузионно-взвешенное изображение  
ДКТ – декомпрессивная краниотомия  
ДС – дислокационный синдром  
ЗМА – задняя мозговая артерия  
ЗЧЯ – задняя черепная ямка  
ИАПФ – ингибиторы ангиотензинпревращающего фермента  
ИВЛ – искусственная вентиляция легких  
ИИ – ишемический инсульт  
ИМ – инфаркт миокарда  
ИМТ – индекс массы тела  
КТ – компьютерная томография  
КТА – компьютерно-томографическая ангиография  
МК – мозговой кровоток  
МНО – международное нормализованное отношение  
МОД – минутный объем дыхания  
МРА – магнитно-резонансная ангиография  
МРТ – магнитно-резонансная томография  
НОАК – новые оральные антикоагулянты  
ОКС – острый коронарный синдром  
ОНМК – острое нарушение мозгового кровообращения  
ООГ – острая окклюзионная гидроцефалия  
ПВИ – перфузионно-взвешенное изображение  
ПКН – постинсультные когнитивные нарушения  
ПВД – постинсультная деменция  
ПМА – передняя мозговая артерия  
ПСО – первичное сосудистое отделение  
РСЦ – региональный сосудистый центр  
сВМК – симптомное внутримозговое кровоизлияние  
СД – сахарный диабет  
СМА – средняя мозговая артерия  
СМП – скорая медицинская помощь  
СЧЯ – средняя черепная ямка  
ТА – тромбаспирация  
ТГВ – тромбоз глубоких вен  
ТИА – транзиторная ишемическая атака  
ТЛТ – тромболитическая терапия  
ТМО – твердая мозговая оболочка  
ТЭ – тромбэмболизмомия  
ТЭЛА – тромбоз легочной артерии  
ФП – фибрилляция предсердий  
ХС – холестерин  
ЦПД – центральное перфузионное давление  
ЭКГ – электрокардиография  
ЭЭГ – электроэнцефалография  
rtPA – рекомбинантный тканевой активатор плазминогена

**Шкала оценки уровней достоверности доказательств (УДД) для методов профилактики, лечения и реабилитации (профилактических, лечебных, реабилитационных вмешательств)**

| УДД | Расшифровка   |
|-----|---|
| 1   | Систематический обзор РКИ с применением метаанализа   |
| 2   | Отдельные РКИ и систематические обзоры исследований любого дизайна, за исключением РКИ, с применением метаанализа |
| 3   | Нерандомизированные сравнительные исследования, в том числе когортные исследования                                |
| 4   | Несравнительные исследования, описание клинического случая или серии случаев, исследования «случай – контроль»    |
| 5   | Имеется лишь обоснование механизма действия вмешательства (доклинические исследования) или мнение экспертов       |

**Шкала оценки уровней убедительности рекомендаций (УУР) для методов профилактики, диагностики, лечения и реабилитации (профилактических, диагностических, лечебных, реабилитационных вмешательств) УУР Расшифровка**

|          |   |
|----------|---|
| <b>А</b> | Сильная рекомендация (все рассматриваемые критерии эффективности (исходы) являются важными, все исследования имеют высокое или удовлетворительное методологическое качество, их выводы по интересующим исходам являются согласованными)                             |
| <b>В</b> | Условная рекомендация (не все рассматриваемые критерии эффективности (исходы) являются важными, не все исследования имеют высокое или удовлетворительное методологическое качество и/или их выводы по интересующим исходам не являются согласованными)              |
| <b>С</b> | Слабая рекомендация (отсутствие доказательств надлежащего качества (все рассматриваемые критерии эффективности (исходы) являются неважными, все исследования имеют низкое методологическое качество и их выводы по интересующим исходам не являются согласованными) |

**Общие положения**

Рекомендуется раннее (не позднее 48 ч после развития ОНМК) начало вторичной профилактики у пациентов с ИИ/ТИА с целью улучшения функционального исхода и снижения риска повторных сосудистых событий.

Вторичная профилактика должна быть начата сразу после диагностики ТИА и не позднее 48 ч после развития ишемического инсульта.

Индивидуализированная вторичная профилактика инсульта уменьшает риск развития повторного нарушения мозгового кровообращения на 20–30 %.

Основные направления вторичной профилактики ишемического инсульта включают как нелекарственные методы (коррекция факторов риска, модификацию образа жизни), так и лекарственную терапию (антигипертензивные, антитромботические средства, статины) и хирургические методы лечения.

## Модификация образа жизни

### Питание.

Рекомендуется пациентам с ИИ/ТИА придерживаться диеты средиземноморского типа с акцентом на мононенасыщенные жиры, растительную пищу и потребление рыбы, либо с добавлением высококачественного оливкового масла первого отжима или орехов, что предпочтительнее просто соблюдения диеты с низким содержанием жира для снижения риска повторного инсульта. Уровень убедительности рекомендаций В (уровень достоверности доказательств – 2).

Рекомендуется пациентам с ИИ/ТИА, не ограничивающим в повседневной жизни потребление натрия с пищей, уменьшение потребления соли (натрия хлорида) по крайней мере на 2,5 г/сут (на 1 г/сут натрия) для снижения риска сердечно-сосудистых заболеваний, включая инсульт. Уровень убедительности рекомендаций В (уровень достоверности доказательств – 2).

### Физическая активность.

Рекомендуется физически активным пациентам с ИИ/ТИА аэробная физическая нагрузка средней интенсивности по крайней мере в течение минимум 10 мин 4 раза в неделю, или аэробная физическая нагрузка высокой интенсивности в течение минимум 20 мин два раза в неделю для снижения риска повторного инсульта, смерти от повторного инсульта, инфаркта или других сосудистых причин. Уровень убедительности рекомендаций В (уровень достоверности доказательств – 4).

Рекомендуется пациентам с ИИ/ТИА, вынужденным вести сидячий образ жизни, с целью поддержания нормального функционирования сердечно-сосудистой системы прерывать нахождение в сидячем положении стоянием или легкими нагрузками длительностью 3 мин каждые 30 мин. Уровень убедительности рекомендаций В (уровень достоверности доказательств – 3).

### Отказ от курения.

Рекомендуется пациентам с ИИ/ТИА, страдающим табакозависимостью, консультация специалиста для назначения медикаментозной терапии или немедикаментозного лечения с целью прекращения курения для снижения риска повторного инсульта. Уровень убедительности рекомендаций А (уровень достоверности доказательств – 1).

Рекомендуется пациентам с ИИ/ТИА избегать воздействия окружающего табачного дыма (пассивного табакокурения), а продолжающим курить прекратить курение (или сократить ежедневное курение) для снижения риска повторного инсульта. Уровень убедительности рекомендаций А (уровень достоверности доказательств – 3).

### Употребление психоактивных веществ.

Рекомендуется пациентам с ИИ/ТИА, которые употребляют алкоголь более двух стандартных доз в день для мужчин или более одной стандартной дозы в день для женщин, отказаться или сократить потребление алкоголя, чтобы снизить риск повторного инсульта (одна стандартная доза = 14 г или 17,7 мл чистого этилового спирта). Уровень убедительности рекомендаций А (уровень достоверности доказательств – 3).

### Ожирение.

Рекомендуется пациентам с ИИ/ТИА, страдающим избыточным весом или ожирением, снижение веса и изменение образа жизни для улучшения профиля факторов риска сердечно-сосудистых заболеваний и снижения риска повторного инсульта. Уровень убедительности рекомендаций В (уровень достоверности доказательств – 3).

Рекомендуется пациентам с ишемическим инсультом и ТИА рассчитывать индекс массы тела (ИМТ) во время первичной госпитализации и ежегодно после этого для выявления и классификации ожирения с целью профилактики повторного инсульта. Уровень убедительности рекомендаций С (уровень достоверности доказательств – 5).

### Артериальная гипертензия

Рекомендуется пациентам с ИИ/ТИА, страдающим гипертонической болезнью, назначать препараты из групп тиазидных диуретиков, ингибиторов АПФ и блокаторов рецепторов ангиотензина II с целью контроля уровня артериального давления (АД) и уменьшения риска повторного ИИ. Уровень убедительности рекомендаций А (уровень достоверности доказательств – 1). Рекомендуется для большинства пациентов с ИИ/ТИА, страдающих гипертонической болезнью, достижение целевого значения АД менее 130/80 мм рт. ст., с целью уменьшения повреждения головного мозга и других органов-мишеней и снижения риска повторного ИИ, внутричерепного кровоизлияния и других сердечно-сосудистых событий. Достижение целевого уровня АД должно быть осуществлено в течение трех месяцев с шагом титрации (увеличение дозировки препаратов или переход на 2 / 3-компонентную схему терапии) приблизительно 4 недели. Достижение целевого уровня АД менее 130/80 мм рт.ст. может быть нецелесообразно у пациентов старше 80 лет, при развитии инсульта на фоне диссекции прецеребральных артерий, при гемодинамически значимых стенозах брахиоцефальных артерий. Уровень убедительности рекомендаций А (уровень достоверности доказательств – 2).

Рекомендуется пациентам с ИИ/ТИА без подтвержденного диагноза ГБ, но имеющим уровень АД более 130/80 мм рт.ст., назначение гипотензивной терапии с целью снижения риска повторного ИИ, внутричерепного кровоизлияния и других сердечно-сосудистых событий. Уровень убедительности рекомендаций В (уровень достоверности доказательств – 2).

### Дислипидемия

Рекомендуется большинству пациентов с ИИ/ТИА назначение гиполипидемической терапии с достижением целевого уровня ХС ЛНП < 1,4 ммоль/л или по крайней мере снижением уровня ХС ЛНП  $\geq 50\%$  по сравнению с исходным значением с целью уменьшения прогрессирования атеросклеротического повреждения сосудов и снижения риска повторного инсульта. Уровень убедительности рекомендаций А (уровень достоверности доказательств – 1).

Рекомендуется пациентам с ИИ/ТИА, имеющим экстремально высокий риск повторных СС-событий, достижение целевого значения ХС ЛНП < 1,0 ммоль/л с целью снижения риска повторного инсульта. Уровень убедительности рекомендаций В (уровень достоверности доказательств – 2).

Под экстремально высоким риском повторных СС-событий понимаются следующие клинические ситуации:

- пациент с ИИ/ТИА атеросклеротического генеза, у которого имеется сахарный диабет 2-го типа;
- пациент с ИИ/ТИА атеросклеротического генеза, у которого имеется семейная гиперхолестеринемия;
- пациент с ИИ атеросклеротического генеза, у которого в течение последующих двух лет на фоне приема максимально переносимой гиполипидемической терапии (статины+эзетимиб) / на фоне достижения целевого значения ХС ЛНП (менее 1,4 ммоль/л) развилось повторное СС-событие атеросклеротического генеза (инфаркт миокарда, нестабильная стенокардия, чрескожное коронарное вмешательство, коронарное шунтирование, перемежающаяся хромота, повторный ТИА/ИИ).

Рекомендуется большинству пациентов с ИИ/ТИА назначение высокоинтенсивной терапии статинами в максимально переносимых дозах для достижения целевого уровня ХСЛНП с целью

снижения риска повторного инсульта. Под высокоинтенсивной терапией статинами подразумевается назначение аторвастатина в дозах 40–80 мг/сут или розувастатина в дозах 20–40 мг/сут. При повышении уровня триглицеридов (ТГ) выше целевого значения (2,3 ммоль/л) назначение статинов также является терапией первой линии. Уровень убедительности рекомендаций А (уровень достоверности доказательств – 1).

Рекомендуется пациентам старше 75 лет, перенесшим ИИ/ТИА, при наличии показаний начинать умеренно-интенсивную терапию статинами с целью снижения риска повторного инсульта. Под умеренно интенсивной терапией статинами подразумевают назначение аторвастатина 10–20 мг/сут, розувастатина 5–10 мг/сут. Уровень убедительности рекомендаций В (уровень достоверности доказательств – 2).

Рекомендуется пациентам старше 75 лет с ИИ/ТИА, ранее получавшим высокоинтенсивную терапию статинами, продолжить терапию статинами с целью снижения риска повторного инсульта, не изменяя режим интенсивности. Уровень убедительности рекомендаций В (уровень достоверности доказательств – 3).

Рекомендуется пациентам с ИИ/ТИА, не достигшим целевых значений ХС ЛНП на фоне терапии максимально переносимыми дозами статинов в течение 4–12 недель, добавление к терапии эзетимиба с целью снижения риска повторного инсульта. Уровень убедительности рекомендаций А (уровень достоверности доказательств – 2).

Рекомендуется пациентам с ИИ/ТИА и непереносимостью статинов назначение эзетимиба с целью достижения целевого значения ХС ЛНП с целью снижения риска повторного инсульта. Под непереносимостью статинов понимается развитие побочных эффектов после отмены и повторного рестарта терапии, в том числе с назначением другого статина и/или в сниженной дозе. Уровень убедительности рекомендаций В (уровень достоверности доказательств – 4).

Рекомендуется пациентам с ИИ/ТИА добавление к проводимой терапии статинами и эзетимибом ингибиторов пропротеиновой конвертазы субтилизин-кексин типа 9 (PCSK-9) с целью достижения целевого значения ХС ЛНП. Уровень убедительности рекомендаций А (уровень достоверности доказательств – 1).

Рекомендуется пациентам с ИИ/ТИА оценка эффективности проводимой гиполипидемической терапии, ее безопасности и приверженности пациента к проводимому лечению (включая изменение образа жизни). Целесообразно проводить оценку лабораторных параметров (измерение уровня липидов натощак, АЛТ, АСТ) спустя 4–12 недель после начала приема статинов или увеличения их дозы. После достижения целевого уровня ХС ЛНП и ТГ (целевое значение для ТГ – менее 2,3 ммоль/л) рекомендован ежегодный лабораторный контроль (при отсутствии проблем с приверженностью пациента или других конкретных причин более частого мониторинга). Рутинный контроль печеночных ферментов во время лечения статинами не рекомендуется, за исключением наличия симптомов, свидетельствующих о патологии печени. Уровень убедительности рекомендаций В (уровень достоверности доказательств – 3).

Не рекомендуется пациентам с ИИ/ТИА, получающим терапию статинами, дополнительное назначение фибратов или никотиновой кислоты для коррекции гипертриглицеридемии. Уровень убедительности рекомендаций А (уровень достоверности доказательств – 2).

### **Некардиоэмболический инсульт или ТИА**

Пациентам с некардиоэмболическим ИИ и ТИА назначается антиагрегантная терапия (АСК в дозе 50–150 мг/сут, или клопидогрел 75 мг/сут, или комбинация АСК 25 мг и дипиридамола замедленного высвобождения 200 мг 2 раза в сутки) для снижения риска повторного ИИ. Уровень убедительности рекомендаций А (уровень достоверности доказательств – 1)

Рекомендуется пациентам с малым (балл по NIHSS 3 балла и менее) некардиоэмболическим ИИ или ТИА высокого риска (более 3 баллов по шкале ABCD<sub>2</sub>) ранняя (начало через 12–24 ч с

момента появления симптомов (возможно позже, но не позже чем через 7 сут с момента появления симптомов)) двойная антиагрегантная терапия (АСК и клопидогрел) продолжительностью не менее 21 суток (но не более 90 суток) с последующим переходом на монотерапию антиагрегантным препаратом для снижения риска повторного ИИ. Уровень убедительности рекомендаций В (уровень достоверности доказательств – 2)

Не рекомендуется (ввиду высокого риска кровотечения) пациентам с некардиоэмболическим ИИ или ТИА использование двойной антиагрегантной терапии (АСК и клопидогрел) продолжительностью более 90 сут или тройной антиагрегантной терапии для снижения риска повторного ИИ. Уровень убедительности рекомендаций А (уровень достоверности доказательств – 2)

Рекомендуется пациентам с ишемическим инсультом или ТИА вследствие стеноза крупной интракраниальной артерии 50–99 %, назначение АСК\*\* 100–325 мг/сут для снижения риска повторного ИИ и сосудистой смерти. Уровень убедительности рекомендаций А (уровень достоверности доказательств – 2)

Рекомендуется пациентам, перенесшим ишемический инсульт или ТИА вследствие тяжелого стеноза крупной интракраниальной артерии 70–99 %, добавить клопидогрел 75 мг/сут к АСК на срок до 90 дней для снижения риска повторного инсульта. Уровень убедительности рекомендаций В (уровень достоверности доказательств – 3)

Рекомендуется пациентам с ишемическим инсультом или ТИА вследствие стеноза крупной интракраниальной артерии 50–99 % поддержание систолического АД не выше 140 мм рт. ст., высокоинтенсивная терапия статинами и умеренная или интенсивная физическая активность для предотвращения повторного инсульта. Уровень убедительности рекомендаций А (уровень достоверности доказательств – 3)

Не рекомендуется пациентам с ишемическим инсультом или ТИА вследствие стеноза крупной интракраниальной артерии 50–99 % ангиопластика и стентирование в качестве первоначального лечения для снижения риска повторного инсульта. Данная рекомендация распространяется на пациентов с впервые диагностированным стенозом, а также на пациентов, получавших ранее антитромботическую терапию. Следует оценить оптимальность назначенной терапии и приверженность пациента к ранее назначенному профилактическому лечению. Уровень убедительности рекомендаций В (уровень достоверности доказательств – 2)

Не рекомендуется пациентам с ишемическим инсультом или ТИА вследствие стеноза 50–99 % или окклюзии крупной интракраниальной артерии экстракраниально интракраниальное шунтирование для профилактики повторного инсульта. Уровень убедительности рекомендаций С (уровень достоверности доказательств – 2)

Рекомендуется всем пациентам с ИИ или ТИА вследствие стеноза сонной артерии оптимальная медикаментозная терапия, включающая антитромбоцитарную, высокоинтенсивную гиполипидемическую и антигипертензивную терапию, для снижения риска повторного инсульта. Целевое значение для холестерина низкой плотности – менее 1,4 ммоль/л, целевой уровень систолического артериального давления – менее 140 мм рт.ст. Уровень убедительности рекомендаций А (уровень достоверности доказательств – 1)

Рекомендуется пациентам с ТИА или с неинвалидизирующим инсультом вследствие стеноза сонной артерии > 50 % выполнять реваскуляризацию в течение двух недель после дебюта заболевания для увеличения вероятности благоприятного исхода инсульта. Под неинвалидизирующим инсультом понимается состояние, соответствующее 3 баллам и менее по шкале modified Rankin Scale. Уровень убедительности рекомендаций В (уровень достоверности доказательств – 4)

Не рекомендуется пациентам с ишемическим инсультом/ТИА и стенозом сонной артерии < 50 % реваскуляризация с помощью КЭАЭ или КАС для снижения риска повторного инсульта. Уровень убедительности рекомендаций С (уровень достоверности доказательств – 1)

Не рекомендуется пациентам, перенесшим ИИ или ТИА в течение ближайших 120 дней на фоне симптомного стеноза или окклюзии средней мозговой/внутренней сонной артерии, экстракраниально-интракраниальное шунтирование для профилактики повторного инсульта. Уровень убедительности рекомендаций С (уровень достоверности доказательств – 1)

Рекомендуется пациентам ишемическим инсультом или ТИА на фоне симптомного экстракраниального стеноза позвоночной артерии оптимальная медикаментозная терапия, включающая антитромбоцитарную, высокоинтенсивную гиполипидемическую и антигипертензивную терапию, для снижения риска повторного инсульта. Уровень убедительности рекомендаций А (уровень достоверности доказательств – 1)

Не рекомендуется пациентам с ишемическим инсультом или ТИА и экстракраниальным стенозом позвоночной артерии с рецидивами симптомов на фоне оптимальной медикаментозной терапии выполнение эндартерэктомии и транспозиции позвоночной артерии для профилактики повторного инсульта в связи с недостаточностью доказательств. Уровень убедительности рекомендаций В (уровень достоверности доказательств – 5)

Рекомендовано пациентам с лакунарным некардиоэмболическим ИИ или ТИА в сочетании с ИБС или другими формами атеросклероза при низком риске кровотечений назначение комбинации ривароксабана\*\* 2,5 мг 2 раза в день и АСК\*\* 100 мг в день через месяц после перенесенного события для снижения риска повторного инсульта/ТИА и сердечно-сосудистой смерти. Уровень убедительности рекомендаций В (уровень достоверности доказательств – 3)

Целевыми группами пациентов для комбинированной терапии являются:

- пациенты с ИБС старше 65 лет;
- пациенты с ИБС младше 65 при поражении как минимум двух сосудистых бассейнов или имеющие 2 и более дополнительных факторов риска (продолжающееся курение, сахарный диабет, расчетная скорость клубочковой фильтрации [СКФ] < 60 мл/мин, сердечная недостаточность или ишемический инсульт, кроме лакунарного, давностью  $\geq$  одного месяца;
- пациенты с заболеваниями периферических артерий (реваскуляризация или ампутация нижних конечностей, перемежающаяся хромота в сочетании с ЛПИ ниже 0,90 или со стенозом периферической артерии ( $\geq$  50 %), или ИБС в сочетании с ЛПИ ниже 0,90 или реваскуляризация сонных артерий).

К низкому риску кровотечений относится отсутствие: внутричерепного кровоизлияния в анамнезе, ишемического инсульта в ближайший месяц или другой внутричерепной патологии, недавнего ЖКК или анемии из-за возможного ЖКК, другой патологии ЖКТ с повышенным риском кровотечений, печеночной недостаточности или почечной недостаточности, требующей диализа или при СКФ < 15 мл/мин/1,73 м<sup>2</sup>, коагулопатии или геморрагического диатеза, старческого возраста или хрупкости. Для снижения риска геморрагических осложнений необходимо достижение АД < 140/90 мм рт. ст. и прием ингибиторов протонной помпы у пациентов высокого риска ЖКК. Комбинация ривароксабана\*\* и АСК\*\* не рекомендована у пациентов с предшествующим геморрагическим или лакунарным инсультом, тяжелой сердечной недостаточностью, выраженной хронической болезнью почек (расчетная СКФ < 15 мл/мин), при необходимости проведения двойной антитромбоцитарной, антикоагулянтной или иной антитромботической терапии, кроме АСК.



## Кардиоэмболический инсульт или ТИА

Фибрилляция предсердий является важной причиной кардиоэмболического инсульта. У пациентов с ишемическим инсультом или ТИА диагностика ФП позволяет снизить частоту рецидивов за счет длительного лечения пероральными антикоагулянтами. Антикоагуляция системно уменьшает образование тромбов, включая левое предсердие, и снижает риск инсульта или системной эмболии при ФП, но при этом увеличивается риск кровотечений. Пациенты с ишемическим инсультом или ТИА представляют группу болеевысокого риска повторных инсультов, чем общая популяция. Более того, при рассмотрении вопроса об использовании калькуляторов риска CHADS<sub>2</sub> или CHA<sub>2</sub>DS<sub>2</sub>-VASc наличие инсульта или ТИА сразу определяет для пациента категорию высокого риска, в которой всегда рекомендуется антикоагулянтная терапия.

Рекомендуется пациентам с неклапанной ФП и ИИ/ТИА назначение пероральных антикоагулянтов (дабигатран\*\*, апиксабан\*\*, ривароксабан\*\*, или варфарин\*\*) для снижения риска повторного ишемического инсульта. Под неклапанной ФП подразумевается все варианты, кроме ФП на фоне механических протезов клапана сердца или умеренного или выраженного митрального стеноза. Уровень убедительности рекомендаций А (уровень достоверности доказательств – 1)

Рекомендуется пациентам с неклапанной ФП и ИИ/ТИА применение пероральных антикоагулянтов для снижения риска повторного ишемического инсульта независимо от формы ФП (пароксизмальная, персистирующая или постоянная). Уровень убедительности рекомендаций А (уровень достоверности доказательств – 2)

Рекомендуется пациентам с неклапанной ФП и ИИ/ТИА и ФП назначать прямые оральные антикоагулянты (ПОАК): апиксабан, дабигатран или ривароксабан – в качестве предпочтения варфарину для снижения риска повторного инсульта. Уровень убедительности рекомендаций А (уровень достоверности доказательств – 2)

Рекомендуется пациентам с трепетанием предсердий и ИИ/ТИА проводить антикоагулянтную терапию, аналогичную используемой при ФП, для снижения риска повторного ишемического инсульта. Уровень убедительности рекомендаций А (уровень достоверности доказательств – 3)

Рекомендуется пациентам с неклапанной ФП и ишемическим инсультом /ТИА и ФП, у которых при лечении варфарином время нахождения МНО в целевом терапевтическом диапазоне (2,0–3,0) составляет  $\leq 70\%$ , применение апиксабана, дабигатрана, риварок-

сабана для снижения риска повторного ишемического инсульта. Уровень убедительности рекомендаций А (уровень достоверности доказательств – 2)

Рекомендуется пациентам с ФП и ишемическим инсультом с высоким риском геморрагической трансформации отложить начало приема пероральных антикоагулянтов на 14 дней для снижения риска внутричерепных геморрагических осложнений. Уровень убедительности рекомендаций В (уровень достоверности доказательств – 3)

*Пациенты с большими инфарктами головного мозга имеют высокий риск геморрагической трансформации внутричерепного кровотечения при раннем начале антикоагуляции; таким образом, в этих условиях разумно отложить начало пероральной антикоагуляции на 14 дней после начала инсульта. Хотя не существует общепринятого определения большого инфаркта головного мозга, принятые определения включают оценку по шкале NIHSS >15 и инфаркты мозга, включающие либо полную зону кровоснабжения одной, либо более одной зоны кровоснабжения мозговыми артериями. Кроме того, пациенты с ранними признаками кровоизлияния (но не геморрагической трансформации 1-го типа) при нейровизуализации подвергаются наибольшему риску дальнейшего внутримозгового кровотечения и поэтому рекомендовано отложить начало пероральной антикоагуляции на более длительный срок (4–8 недель), чтобы обеспечить восстановление гематоэнцефалического барьера. Время старта/рестарта назначения*

*антикоагулянтов определяется при помощи правила: при малых очагах повреждения головного мозга (лакунарные инсульты) старт/рестарт проводится раньше, при больших очагах поражения – позже.*

*Для пациентов с инсультом/ТИА в каротидном бассейне может применяться следующая схема определения времени рестарта терапии антикоагулянтами: при ТИА – старт/рестарт терапии в течение суток, при инсульте легкой степени тяжести (балл по NIHSS < 8) – через 3 дня, при инсульте средней степени тяжести (NIHSS 8-16) – через 6–8 дней, при тяжелом инсульте (балл по NIHSS > 16) – через 12–14 дней*

*В случае среднего и тяжелого инсульта перед рестартом необходимо выполнить нейровизуализацию для исключения геморрагических осложнений ишемического инсульта.*

Рекомендуется пациентам с ИИ/ТИА и ФП до начала или возобновления терапии пероральными антикоагулянтами рассмотреть назначение АСК (при отсутствии противопоказаний) для снижения риска повторного ИИ и ТИА. Уровень убедительности рекомендаций В (уровень достоверности доказательств – 3)

Не рекомендуется большинству пациентов с ФП и ИИ/ТИА назначение комбинированной терапии пероральными антикоагулянтами и антиагрегантами. Данная рекомендация не распространяется на пациентов, требующих назначения антиагрегантов и антикоагулянтов по другим показаниям (например после стентирования артерий). Уровень убедительности рекомендаций В (уровень достоверности доказательств – 2)

Рекомендуется пациентам с неклапанной ФП и ТИА начинать антикоагулянтную терапию после симптомного события и постановки диагноза ТИА для снижения риска повторного ишемического инсульта. Уровень убедительности рекомендаций С (уровень достоверности доказательств – 5)

Рекомендуется пациентам с неклапанной ФП и ИИ/ТИА и ФП, имеющим противопоказания для пожизненного приема антикоагулянтов, чрескожное закрытие ушка левого предсердия, с целью снижения риска повторного инсульта и геморрагических осложнений. Уровень убедительности рекомендаций А (уровень достоверности доказательств – 2)

*Рекомендуется пациентам с неклапанной ФП и ИИ с низким риском геморрагической трансформации начинать терапию пероральными антикоагулянтами в период с 3-х по 14-е сутки после развития острой неврологической симптоматики для снижения риска повторного ишемического инсульта. Уровень убедительности рекомендаций В (уровень достоверности доказательств – 3)*

*Комментарий: в основу принятия решения о времени начала/возобновления терапии пероральными антикоагулянтами положена оценка величины очага поражения мозга и тяжести инсульта, определенная суммой баллов по шкале инсульта Национального института здоровья США (NIHSS).*

*Эксперты-неврологи считают возможным не прерывать прием антикоагулянтов у пациентов с ТИА и начинать/возобновлять антикоагулянты у пациентов с подтвержденным ИИ в период с 3 до 14 дней в зависимости от стабильности неврологического статуса и данных нейровизуализации. Пациентам рекомендовано проведение нейровизуализации при средней степени тяжести инсульта на 6-й день, при тяжелом инсульте – на 14-й день для исключения геморрагической трансформации.*

Рекомендуется пациентам с неклапанной ФП и ишемическим инсультом /ТИА с терминальной стадией почечной недостаточности (клиренс креатинина менее 15 мл/мин) или получающих диализ использовать варфарин для снижения риска повторного ишемического инсульта. Уровень убедительности рекомендаций В (уровень достоверности доказательств – 3)

Поражение клапанного аппарата. Рекомендуется пациентам с клапанной ФП и ИИ/ТИА использование варфарина для снижения риска повторного ишемического инсульта или ТИА. Уровень убедительности рекомендаций А (уровень достоверности доказательств – 2).

Рекомендуется пациентам с ИИ/ТИА в анамнезе и механическим протезом митрального клапана назначать комбинированную терапию АСК (75–100 мг/сут) и варфарина с целевым показателем МНО 3,0 (диапазон 2,5–3,5) для снижения риска тромбоза и повторного ишемического инсульта или ТИА. Уровень убедительности рекомендаций А (уровень достоверности доказательств – 43).

*Несмотря на то, что регулярное использование комбинации АСК и варфарина у пациентов с механическими протезами клапанов сердца не рекомендуется, пациенты с анамнезом ишемического инсульта или ТИА до операции замены клапана представляют группу с значально более высоким риском тромбоэмболии. В данном случае польза от комбинации варфарина и АСК в виде защиты от повторных тромбоэмболических событий может перевесить конкурирующий риск кровотечения.*

Рекомендуется пациентам с ишемическим инсультом/ТИА и патологией аортального клапана или ревматической патологией митрального клапана (кальциноз митрального кольца, пролапс и др.), без ФП или других показаний к приему антикоагулянтов назначение антиагрегантов для снижения риска повторного ишемического инсульта или ТИА. Уровень убедительности рекомендаций В (уровень достоверности доказательств – 4)

Рекомендуется пациентам с ИИ/ТИА и биопротезом аортального или митрального клапана и не имеющих других показаний для антикоагулянтной терапии назначение долгосрочной терапии АСК через 3–6 месяцев с момента установки клапана для снижения риска повторного ишемического инсульта или ТИА. Уровень убедительности рекомендаций В (уровень достоверности доказательств – 4)

*У пациентов, перенесших операцию по замене митрального или аортального клапана с использованием биопротезов, пероральная антикоагуляция варфарином с достижением целевого показателя МНО 2,5 (диапазон 2,0–3,0) является разумной по крайней мере в течение 3 месяцев (либо в течение 6 месяцев после операции у пациентов с низким риском кровотечения). Эта рекомендация основана на результатах наблюдательных исследований, в которых сообщалось о повышенном риске ишемического инсульта в ранние сроки после операции биопротезирования аортального или митрального клапанов сердца [857–859]. Через 3–6 месяцев после операции рекомендуется длительная терапия только АСК от 75 до 100 мг в день.*

Рекомендуется пациентам с ИИ/ТИА и инфекционным эндокардитом ранняя операция на пораженном клапане при наличии показаний к операции для снижения риска повторного инсульта или ТИА. Операция проводится во время первичной госпитализации в остром периоде инсульта до окончания антибиотикотерапии, при размере вегетаций более 10 мм. Уровень убедительности рекомендаций В (уровень достоверности доказательств – 3)

Рекомендуется пациентам с ИИ/ТИА в анамнезе и механическим протезом аортального клапана антикоагулянтная монотерапия варфарином с достижением МНО 3,0 (диапазон 2,5–3,5) или комбинированная терапия АСК (75–100 мг/сут) с варфарином при МНО 2,5 (диапазон 2,0–3,0) для снижения риска повторного ИИ/ТИА [865]. Уровень убедительности рекомендаций С (уровень достоверности доказательств – 5)

Рекомендуется пациентам с крупным инфарктом мозга или внутримозговым кровоизлиянием и инфекционным эндокардитом, если пациент гемодинамически стабилен, отсрочить операцию на пораженном клапане на период не менее 4 недель для снижения риска геморрагических осложнений. Уровень убедительности рекомендаций В (уровень достоверности доказательств – 3)

Острый инфаркт миокарда и тромб левого желудочка. Рекомендуется пациентам с ИИ/ТИА на фоне острого инфаркта миокарда (ИМ), осложненного формированием пристеночного тромба

левого желудочка (ЛЖ), терапия антагонистами витамина К (целевое значение МНО – 2,5 (в пределах 2,0–3,0)) продолжительностью не менее 3 месяцев для снижения риска повторного кардиоэмболического ИИ. Уровень убедительности рекомендаций В (уровень достоверности доказательств – 3)

Не рекомендуется (ввиду отсутствия достаточного количества данных о безопасности) пациентам с ИИ и ТИА, а также тромбом ЛЖ (выявленным в течение предшествующих 3 месяцев) терапия ПОАК (дабигатран, ривароксабан, апиксабан) для снижения риска повторного кардиоэмболического ИИ. Уровень убедительности рекомендаций С (уровень достоверности доказательств – 4)

Рекомендуется пациентам с ИИ/ТИА на фоне острого ИМ передней стенки со сниженной фракцией выброса менее 50 % без признаков наличия тромба в ЛЖ назначение антикоагулянтной терапии в течение не менее 3 месяцев для снижения риска повторного кардиоэмболического инсульта. Уровень убедительности рекомендаций С (уровень достоверности доказательств – 5)

Кардиомиопатия. Рекомендуется пациентам с ИИ и ТИА, а также тромбом левого предсердия на фоне ишемической, неишемической или рестриктивной кардиомиопатии и дисфункции ЛЖ антикоагулянтная терапия антагонистом витамина К в течение не менее 3 месяцев для снижения риска повторного кардиоэмболического ИИ. Уровень убедительности рекомендаций В (уровень достоверности доказательств – 3)

Рекомендуется пациентам с ИИ и ТИА, а также некомпактным миокардом рассмотреть возможность лечения антагонистом витамина К для снижения риска повторного ИИ. Уровень убедительности рекомендаций С (уровень достоверности доказательств – 5)

#### **Атеросклероз дуги аорты**

Рекомендуется пациентам с ИИ/ТИА и атеромой дуги аорты антитромбоцитарная терапия для предотвращения повторного ишемического инсульта. Уровень убедительности рекомендаций В (уровень достоверности доказательств – 3)

Рекомендуется пациентам с ИИ/ТИА и атеромой дуги аорты интенсивная терапия дислипидемии с достижением целевого уровня холестерина ЛПНП < 1,4 ммоль/л для предотвращения повторного инсульта. Уровень убедительности рекомендаций В (уровень достоверности доказательств – 2)

#### **Болезнь мойя-мойя**

Рекомендуется пациентам с болезнью мойя-мойя и ИИ/ТИА в анамнезе выполнять хирургическую реваскуляризацию с экстракраниально-интракраниальным шунтированием для профилактики повторного ишемического инсульта или ТИА. Уровень убедительности рекомендаций В (уровень достоверности доказательств – 3)

Рекомендуется пациентам с болезнью мойя-мойя и ишемическим инсультом/ТИА применение антитромбоцитарной терапии АСК для профилактики повторного ишемического инсульта или ТИА. Уровень убедительности рекомендаций В (уровень достоверности доказательств – 4)

#### **Открытое овальное окно**

Рекомендуется пациентам в возрасте от 18 до 60 лет с ESUS при наличии ООО и высокого риска эмболии постановка окклюдера ООО с помощью транскатетерного устройства и последующая длительная антитромбоцитарная терапия для профилактики повторного инсульта. Уровень убедительности рекомендаций В (уровень достоверности доказательств – 2)

Не рекомендуется пациентам в возрасте от 18 до 60 лет с ESUS при наличии ООО назначение антикоагулянтов для профилактики повторного ишемического инсульта или ТИА. Уровень убедительности рекомендаций В

### **Церебральный венозный тромбоз**

Рекомендуется пациентам с ишемическим инсультом/ТИА и церебральным венозным тромбозом (в том числе при наличии внутричерепного кровоизлияния) назначение антикоагулянтной терапии для профилактики повторного церебрального венозного тромбоза. Уровень убедительности рекомендаций В (уровень достоверности доказательств – 2)

Рекомендуется пациентам с ИИ/ТИА и церебральным венозным тромбозом без выявленной тромбофилии назначать антикоагулянтную терапию в срок до 6 месяцев для профилактики повторного церебрального венозного тромбоза. В качестве антикоагулянтов рекомендовано использовать антагонист витамина К (варфарин) или дабигатра. В исследовании Re-SPECT-CVT эффективность и безопасность дабигатрана и варфарина не различались. Уровень убедительности рекомендаций В (уровень достоверности доказательств – 2)

### **Диссекция сонных или позвоночных артерий**

Рекомендуется пациентам с ИИ/ТИА в срок не менее 3 месяцев или до стабилизации стенки пораженной артерии сонной или позвоночной артерии, установленной методами лучевой диагностики, применять антитромботическую терапию для предотвращения повторного ишемического инсульта или ТИА. Уровень убедительности рекомендаций В (уровень достоверности доказательств – 3)

Рекомендуется пациентам с повторными ишемическими инсультами или ТИА и диссекцией сонной или позвоночной артерий на экстракраниальном уровне, несмотря на использование антитромботической терапии, эндоваскулярное лечение (стентирование) с целью профилактики повторного ишемического инсульта. Уровень убедительности рекомендаций В (уровень достоверности доказательств – 3)

### **Гиперкоагуляция и состояния, к ней приводящие**

Рекомендуется пациентам с первичным спонтанным тромбозом мозговых венозных синусов или повторным ишемическим инсультом неизвестного генеза и наследственной тромбофилией длительная антикоагулянтная терапия с целью профилактики повторного ишемического инсульта. Уровень убедительности рекомендаций С (уровень достоверности доказательств – 5)

Рекомендуется пациентам с ИИ/ТИА неизвестной причины (несмотря на тщательную диагностику и отсутствие другого тромбоза в анамнезе), у которых генотипически и фенотипически определена тромбофилия, назначение с целью профилактики повторного ишемического инсульта антитромбоцитарной терапии, если антикоагулянтная терапия не может быть назначена. Уровень убедительности рекомендаций С (уровень достоверности доказательств – 5).

*К диагностированной тромбофилии относят: гомозиготная мутация протромбина 20210А, резистентность к активированному белку С, повышенные уровни фактора VIII или дефицит белка С, белка S или антитромбина III.*

### **Гипергомоцистеинемия**

Не рекомендуется пациентам с ишемическим инсультом или ТИА на фоне гипергомоцистеинемии неуточненного генеза назначение поддерживающей терапии витаминами группы В (пиридоксин (В6), фолиевая кислота (В9), цианокобаламин (В12)) для профилактики повторного ишемического инсульта или ТИА. Уровень убедительности рекомендаций В (неэффективно) (уровень достоверности доказательств – 2)

Рекомендуется пациентам с ишемическим инсультом и гипергомоцистеинемией на фоне полиморфизма C677T CC/CT метилентетрагидрофолатредуктазы сочетание фолиевой

кислоты (В9) с эналаприлом для профилактики повторного ишемического инсульта. Уровень убедительности рекомендаций С (уровень достоверности доказательств – 5)

Рекомендуется пациентам с ИИ/ ТИА и дефицитом  $\beta$ -синтазы цистатионина прием пиридоксина в сочетании с диетой с низким содержанием метионина, усиленной цистеином, дополненной пиридоксином, цианокобаламином и фолиевой кислотой, чтобы снизить уровень гомоцистеина в плазме до популяционного нормального уровня с целью профилактики повторного ишемического инсульта. Уровень убедительности рекомендаций В (уровень достоверности доказательств – 4)

### **Васкулиты**

Рекомендуется пациентам с ишемическим инсультом или ТИА и клиническими признаками гигантоклеточного артериита, первичного ангиита ЦНС назначение пероральных глюкокортикоидов в высоких дозах в течение 24 ч от появления клинических признаков для снижения риска повторного инсульта/ТИА. Уровень убедительности рекомендаций А (уровень достоверности доказательств – 3)

*Высокими дозами считается метилпреднизолон из расчета 15 мг/кг веса тела в течение 5 суток с последующим снижением дозы и приемом до 5 мг/сут в течение срока до 78 недель. Решение о консолидации с метатрексатом, а также возможность комбинирования ГКС с метатрексатом и тоцилизумабом должно приниматься с участием лечащего врача-ревматолога.*

Рекомендуется пациентам с ИИ/ ТИА и васкулитом инфекционного генеза (вирус ветряной оспы (VZV), церебральный васкулит, нейросифилис или бактериальный менингит) лечение основного инфекционного процесса для снижения риска повторного инсульта. Уровень убедительности рекомендаций А (уровень достоверности доказательств – 3)

Рекомендуется пациентам с ИИ/ТИА и ВИЧ-ассоциированной васкулопатией использование АСК с целью снижения риска повторного ишемического инсульта. Уровень убедительности рекомендаций С (уровень достоверности доказательств – 4)

Рекомендуется пациентам с ИИ/ТИА и неопластическим васкулитом лечение основного заболевания для снижения риска повторного инсульта. Уровень убедительности рекомендаций С (уровень достоверности доказательств – 4)

### **Антифосфолипидный синдром**

Рекомендуется пациентам с ишемическим инсультом или ТИА с доказанным диагнозом АФС назначение варфарина с достижением целевого показателя МНО 2,5 (диапазонот 2 до 3) с целью профилактики повторного ишемического инсульта или ТИА. Уровень убедительности рекомендаций С (уровень достоверности доказательств – 4)

Не рекомендуется пациентам с ишемическим инсультом или ТИА на фоне доказанного АФС назначение ривароксабана\*\* с целью профилактики повторного ишемического инсульта. Уровень убедительности рекомендаций А (уровень достоверности доказательств – 2)

### **Вторичная профилактика ИИ или ТИА в период беременности**

Рекомендуется обсуждать со всеми женщинами фертильного возраста, перенесшими ИИ или ТИА, возможные риски и последствия повторного инсульта, которые могут возникать в ходе беременности, родов и послеродовом периоде. Уровень убедительности рекомендаций В (уровень достоверности доказательств – 4)

Рекомендуется у пациенток, перенесших ИИ или ТИА, избегать назначения эстрогенсодержащих контрацептивов или заместительной гормональной терапии, рассматривая альтернативные способы контрацепции (барьерная контрацепция, оральные контрацептивы, содержащие только прогестерон, или негормональные внутриматочные средства), с целью профилактики повторного инсульта. Уровень убедительности рекомендаций В (уровень достоверности доказательств – 2)

Рекомендуется пациенткам после ишемического инсульта или ТИА принимать решение о необходимости назначения антитромбоцитарной терапии, выборе конкретного препарата и его дозы на врачебной комиссии с учетом этиологии ранее перенесенного инсульта и обратимости вызвавших его факторов, давности цереброваскулярного события и размеров очага, а также периода беременности и акушерского анамнеза с целью вторичной про-филактики ИИ или ТИА. Уровень убедительности рекомендаций С (уровень достоверности доказательств – 5)

Рекомендуется у пациенток, ранее перенесших кардиоэмболический ИИ, продолжать антикоагулянтную терапию, осуществляя выбор конкретного класса препаратов с учетом безопасности его применения для матери и плода для профилактики повторного ишемического инсульта. Уровень убедительности рекомендаций С (уровень достоверности доказательств – 5)

Рекомендуется в период беременности назначать АСК (первая линия терапии) или профилактические дозы НМГ (вторая линия терапии при наличии сопутствующих высоких рисков венозных тромбозов и эмболий) для профилактики повторного ишемического инсульта. Уровень убедительности рекомендаций С (уровень достоверности доказательств – 5)

Рекомендуется пациенткам с ИИ или ТИА с диссекцией сонных или позвоночных артерий в период беременности назначать/продолжать ранее начатую антитромботическую терапию, осуществляя выбор конкретного класса препаратов с учетом клинических характеристик (сроков давности аневризмы, наличия пристеночного тромба, формирования псевдоаневризмы) для профилактики повторного ишемического инсульта. Уровень убедительности рекомендаций С (уровень достоверности доказательств – 4)

Рекомендуется пациенткам с ИИ или ТИА с АФС продолжать в период беременности антитромботическую терапию, определяя выбор конкретных препаратов (монотерапия антикоагулянтами, сочетание антикоагулянтов и АСК) с учетом сроков беременности и наличия ее осложнений для профилактики повторного ишемического инсульта и ТИА. Уровень убедительности рекомендаций С (уровень достоверности доказательств – 5)

Рекомендуется пациенткам до планируемой беременности или уже после ее наступления и некардиоэмболическим ИИ или ТИА в анамнезе назначать/продолжать прием АСК 75–100 мг (или осуществлять замену ранее назначавшихся клопидогрела, тикагрелера или комбинации АСК и дипиридамола с расширенным высвобождением на данную терапию) на протяжении всего срока беременности для профилактики повторного ишемического инсульта и ТИА. Уровень убедительности рекомендаций С (уровень достоверности доказательств – 5)

Рекомендуется пациенткам с беременностью и ИИ/ТИА назначать НМГ, осуществлять замену НОАК на данный класс препаратов, избегать назначения варфарина на протяжении всего периода беременности, начиная с момента ее выявления, при наличии показаний для таковой терапии с целью вторичной профилактики ИИ или ТИА. В случае подтверждения беременности у пациентки с механическим сердечным клапаном рекомендуется рассмотреть прием варфарина после 12 недели беременности до этапа родов. Уровень убедительности рекомендаций С (уровень достоверности доказательств – 5)

Рекомендуется пациенткам с беременностью и ИИ/ТИА применять лечебные дозы НМГ как альтернативу АСК или применять монотерапию профилактических доз НМГ в случаях наличия доказанной коагулопатии (например антифосфолипидный синдром) для вторичной профилактики ИИ или ТИА. Уровень убедительности рекомендаций В (уровень достоверности доказательств – 3)

Рекомендуется пациенткам с беременностью и ИИ/ТИА в анамнезе использовать внутривенное назначение НФГ как альтернативу терапии НМГ при предполагаемом родоразрешении в срочном/экстренном порядке или предполагаемой необходимости выполнения инвазивных

процедур для вторичной профилактики ИИ или ТИА. Уровень убедительности рекомендаций С (уровень достоверности доказательств – 5)

Рекомендуется пациенткам с беременностью и ИИ/ТИА в анамнезе прекращать применение профилактических доз НМГ по крайней мере за 12 ч, а лечебных доз НМГ по крайней мере за 24 ч до начала регионарной анестезии или запланированной индукции родовой деятельности с целью снижения рисков геморрагических осложнений. Уровень убедительности рекомендаций С (уровень достоверности доказательств – 5)

Рекомендуется пациенткам с беременностью и ИИ/ТИА в анамнезе осуществлять рестарт терапии НФГ или НМГ спустя 4–6 ч после удаления катетера для нейроаксиальной анестезии/анальгезии и отсутствии осложнений и признаков кровотечения и продолжать такую терапию в течение 6–12 недель после родов с целью вторичной профилактики ИИ или ТИА. Уровень убедительности рекомендаций С (уровень достоверности доказательств – 5)

Рекомендуется пациенткам после родоразрешения и ИИ/ТИА в анамнезе осуществлять выбор антитромботической терапии на общих основаниях спустя 6–12 недель после родов, учитывая наличие кормления грудью и планирование беременности в будущем с целью вторичной профилактики ИИ или ТИА. Уровень убедительности рекомендаций С (уровень достоверности доказательств – 5)

Рекомендуется пациенткам после родоразрешения и некардиоэмболическим ИИ/ТИА в анамнезе назначать 75–100 мг АСК во время грудного вскармливания для профилактики повторного ИИ и ТИА. При необходимости назначения антикоагулянтной терапии в период грудного вскармливания низкомолекулярный гепарин и варфарин считаются безопасными вариантами. Безопасность НОАК при грудном вскармливании не исследовалась. Уровень убедительности рекомендаций С (уровень достоверности доказательств – 5)

Рекомендуется для большинства пациенток с беременностью и ИИ или ТИА, страдающих гипертонической болезнью, достижение целевого значения АД на период беременности менее 140/90 мм рт. ст с целью снижения риска повторного инсульта или ТИА. Уровень убедительности рекомендаций С (уровень достоверности доказательств – 5)

Рекомендуется пациенткам с ИИ или ТИА и артериальной гипертензией, на период беременности назначать лекарственные препараты с замедленным высвобождением лекарственного вещества (нифедипин, метилдопа) или лабеталолола, избегая назначения ингибиторов АПФ, БРА, ингибиторов РААС, прямых ингибиторов ренина с целью контроля уровня артериального давления (АД) и уменьшения риска повторного ИИ или ТИА. Уровень убедительности рекомендаций В (уровень достоверности доказательств – 2)

Рекомендуется пациенткам с беременностью и ИИ/ТИА соблюдение гипополипидемической диеты и изменение образа жизни, но не прием статинов, как основные способы коррекции дислипидемии с целью снижения риска повторного ИИ или ТИА в период беременности. Отменять на данный период терапию статинами и рассматривать сроки ее рестарта после родов следует индивидуально, с учетом коморбидной патологии и планируемого периода грудного вскармливания. Уровень убедительности рекомендаций А (уровень достоверности доказательств – 1)

Рекомендуется пациенткам, перенесшим ранее ИИ или ТИА и имеющим высокий риск гестационного диабета, выполнять глюкозотолерантный тест в течение первых 20 недель беременности для раннего выявления сахарного диабета, коррекции гипергликемии и снижения риска повторных цереброваскулярных событий. Уровень убедительности рекомендаций С (уровень достоверности доказательств – 5)

### **Хирургические методы вторичной профилактики ишемического инсульта**



Рекомендуется пациентам с ИИ или ТИА и стенозом ВСА 70–99 % проведение каротидной эндартерэктомии с целью профилактики повторного инсульта. Уровень убедительности рекомендаций А (уровень достоверности доказательств – 1)

Рекомендуется пациентам с ИИ или ТИА и стенозом ВСА 50–69 % проведение каротидной эндартерэктомии с целью профилактики повторного инсульта]. Уровень убедительности рекомендаций В (уровень достоверности доказательств – 2)

Рекомендуется пациентам с ИИ или ТИА и показаниями к проведению каротидной реваскуляризации выполнение оперативного лечения в срок 14 дней после ишемического события (если нет противопоказаний к ранней операции) с целью профилактики повторного инсульта. Уровень убедительности рекомендаций В (уровень достоверности доказательств – 2)

Рекомендуется пациентам с ИИ или ТИА и показаниями к проведению каротидной реваскуляризации при наличии анатомических или медицинских условий, повышающих риск каротидной эндартерэктомии, выбрать выполнение каротидной ангиопластики и стентирования для снижения риска периоперационных осложнений. Уровень убедительности рекомендаций С (уровень достоверности доказательств – 3)

### **Диспансерное наблюдение**

Пациенты, перенесшие ИИ или ТИА, после выписки из стационара должны находиться под диспансерным наблюдением для контроля вторичной профилактики и достижения целевых показателей основных модифицируемых факторов риска заболевания (АД, ЛПНП, глюкоза). Подходы к диспансерному наблюдению регламентированы Приказом Министерства здравоохранения РФ от 29 марта 2019 г. No 173н «Об утверждении порядка проведения диспансерного наблюдения за взрослыми»