



Профилактика инсульта и сосудистой деменции при эссенциальной гипертензии

**Давыдова Ирина Владимировна
доцент кафедры кардиологии
НМАПО им.П.Л.Шупика**

Основные причины смерти



Украина

№1 ИБС

№2 **ЦВЗ**

№3 Травмы

№4 злокач.новообр.

США

№1 ИБС

№ 2 злокач.новообр.

№ 3 **ИНСУЛЬТЫ**

Китай

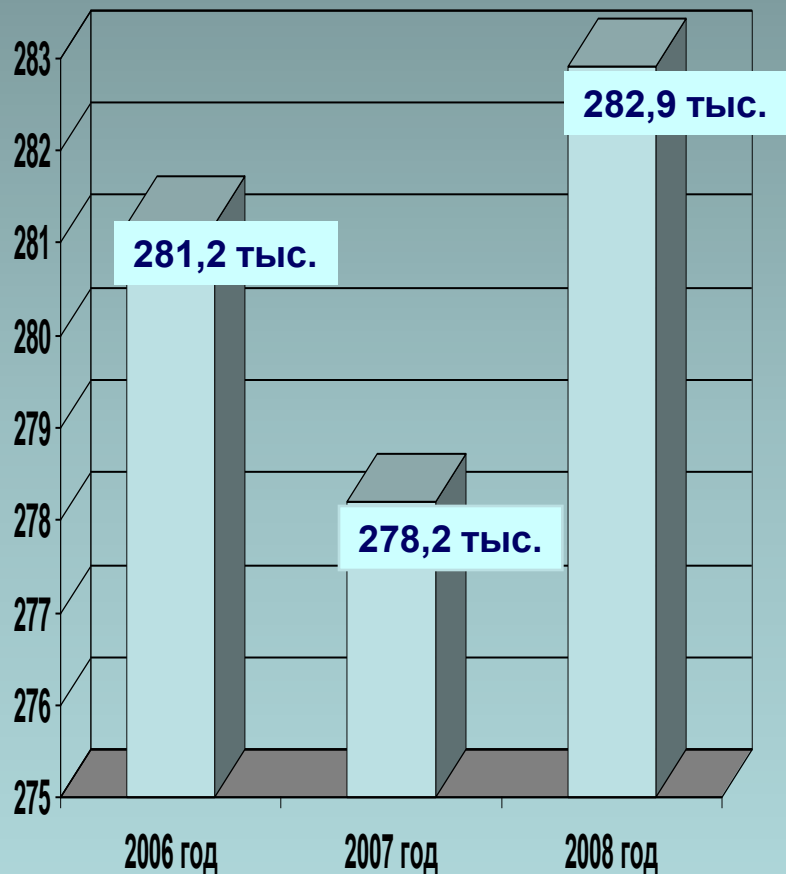
№1 **ИНСУЛЬТЫ**

в различных регионах мира

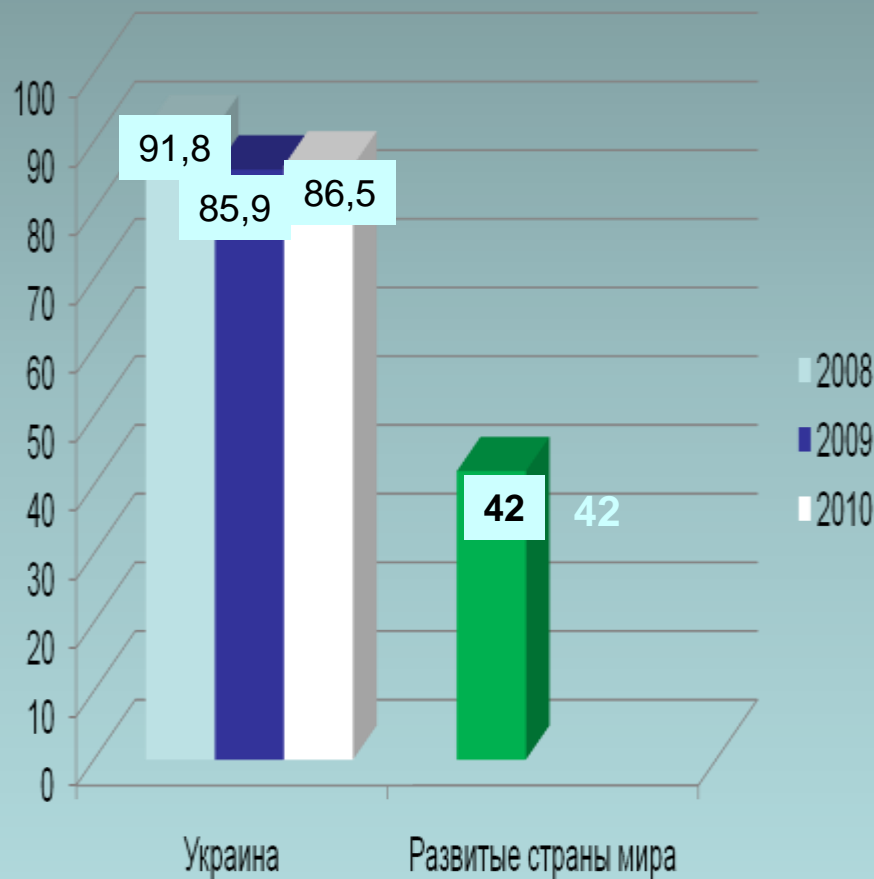
**Украина - первое место по
частоте инсультов среди
стран Европы**

Частота инсультов в Украине (1) и показатели смертности от него на 100 тыс. населения (2)

1



2

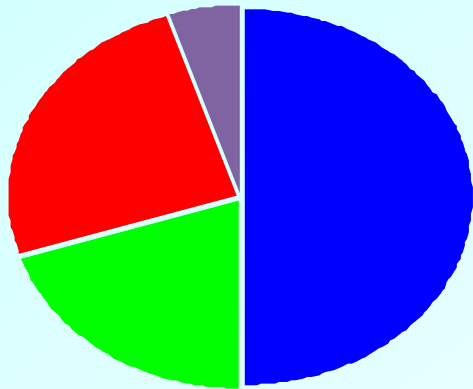


В сравнении с 2000 г. нарастание частоты инсультов на 5%

Структура причин инсультов

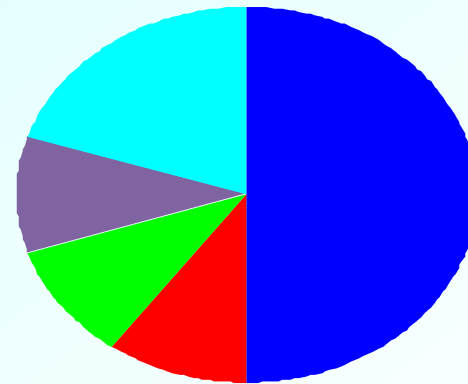
Частота геморрагического инсульта в Украине 1 : 4
(развитые страны мира – 1 : 7)

Ишемические



- Атеротромбоз
- Кардиоэмболия
- Лакунарные
- Гемодинамические

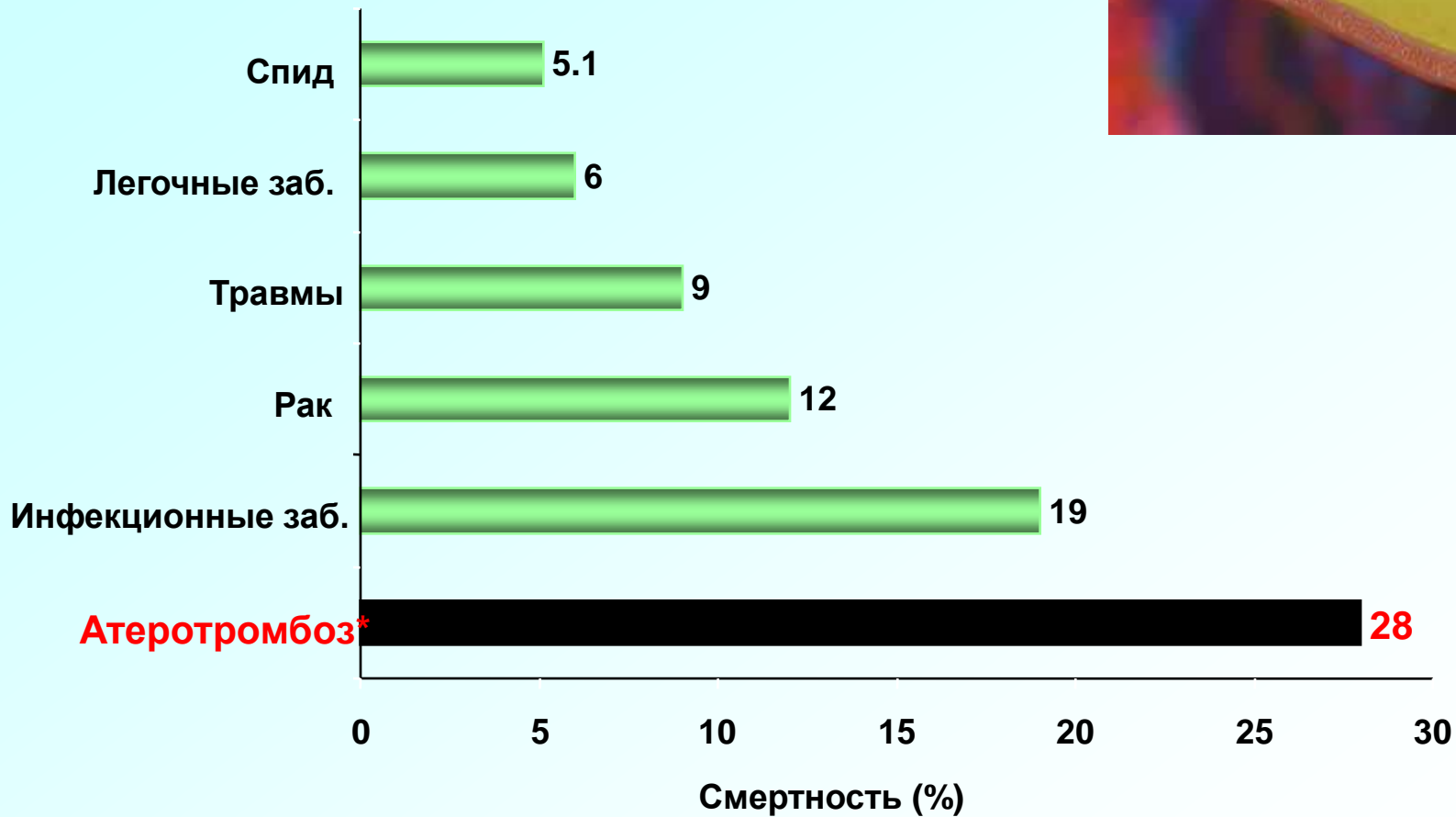
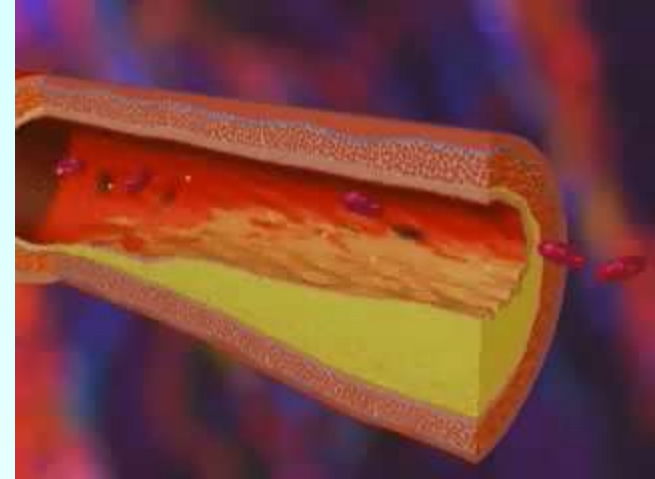
Геморрагические



- Атеросклероз+АГ
- Изменение стенки артерий
- Опухоль
- Лекарства
- Редкие причины

Наиболее частые причины инсультов 1. Атеротромбоз 2. АГ 3. Тромбоэмболия

Атеротромбоз- лидер среди причин смерти в мире^{1†}



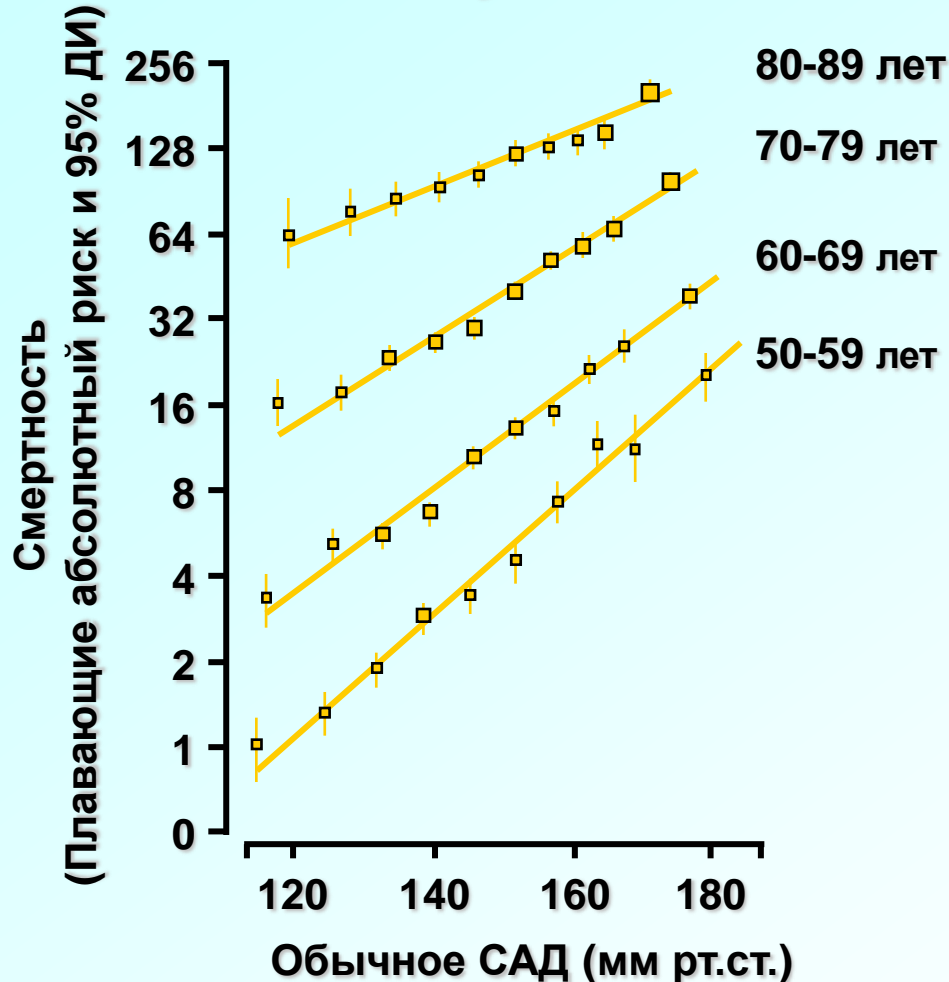
*ИБС, цереброваскулярные заб., воспалительные забол.сердца, гипертензия.

[†]Worldwide defined as Member States by WHO Region (African, Americas, Eastern Mediterranean, European, South-East Asia and Western Pacific)

Повышенное САД увеличивает смертность от ССЗ

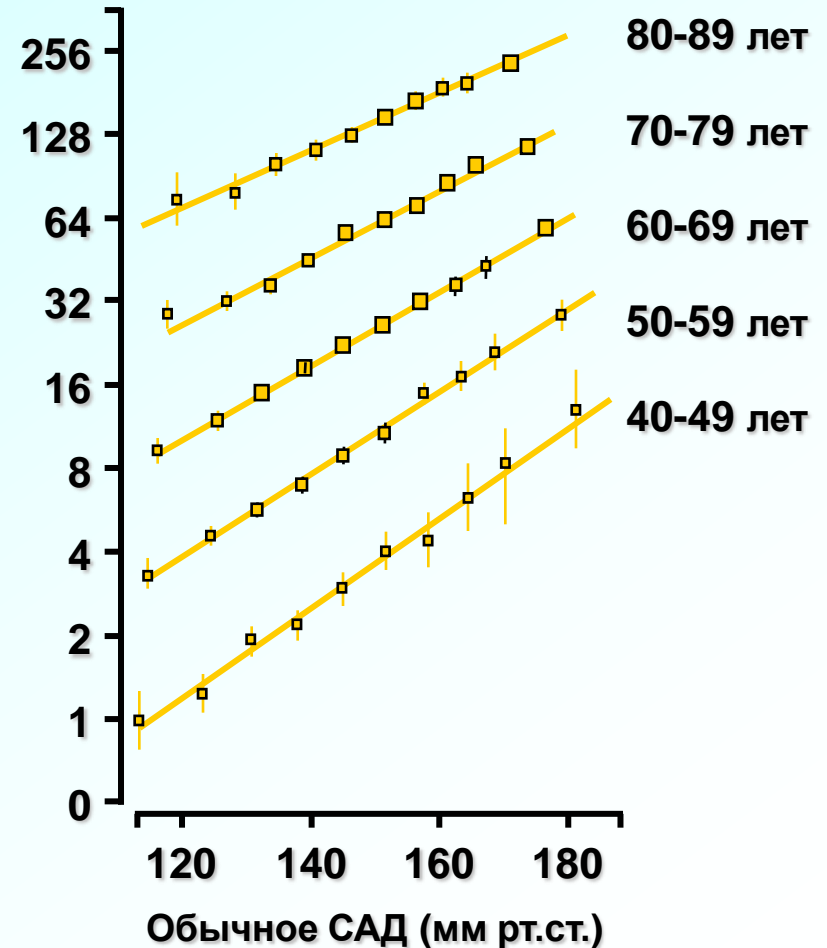
Инсульт

Возраст риска



ИБС

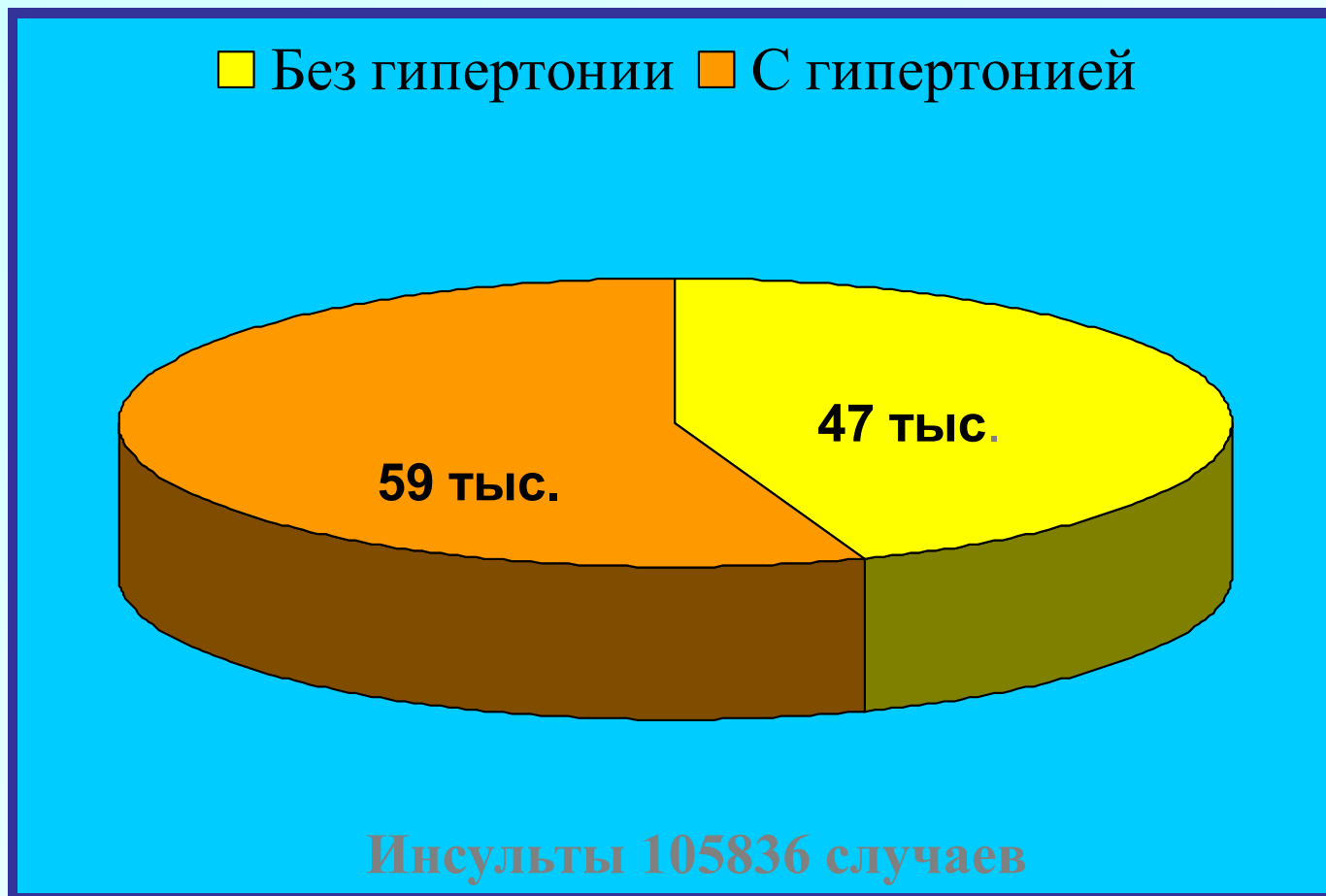
Возраст риска



САД=систолическое артериальное давление; ИБС=ишемическая болезнь сердца.

Prospective Studies Collaboration. *Lancet*. 2002;360:1903-1913.

Распространенность инсульта в Украине (2011г.)



"Инсульт — это мозговой взрыв"

проф.Кузнецова С.М., 2011

Риск повторного
инсульта в
течение
1 года —
24-26%

В течение 1 года
15-40% больных
умирает
(**25%** - вследствие
рецидива инсульта;
40% - вследствие
кардиальной
патологии)

В течение 5 лет
умирает —
40-60%
больных

Только 20 % лиц, перенесших инсульт, возвращаются к прежнему уровню социально-бытовой активности, а 80 % становятся инвалидами.

Didier Leys,

Grebrovacular Diseases, 2002

Артериальная гипертензия

Острые нарушения мозгового кровообращения

С сохранением неврологического дефицита до 1 часа:

- **Транзиторные ишемические атаки**
- **Гипертонические кризы**

С сохранением неврологического дефицита от 24 часов до 3 недель:

- **О. гипертоническая энцефалопатия**
- **Малый инсульт**

С сохранением неврологического дефицита более 3 недель:

- **Геморрагический инсульт:**
 - субархноидальное кровоизлияние
 - субдуральное кровоизлияние
 - внутримозговое кровоизлияние
- **Ишемический инсульт**
 - атеротромботический
 - кардиоэмболический
 - лакунарный

Хронические нарушения мозгового кровообращения

Сосудистая деменция

Гипертоническая дисциркуляторная энцефалопатия

Прогрессирующая артериосклеротическая лейкоэнцефалопатия (болезнь Бинсвангера)

Поиск субклинического поражения органов-мишеней

Головной мозг

- «Немые» инфаркты головного мозга, лакунарные инфаркты, микрокровоизлияния и изменения белого вещества нередко встречаются у пациентов с АГ и могут быть выявлены при МРТ или КТ (МРТ в целом превосходит КТ)
- Однако, учитывая низкую доступность и высокую стоимость, нет необходимости использовать эти методы обследования при отсутствии симптомов
- У пожилых пациентов с АГ для выявления начальных отклонений могут быть полезными тесты оценки когнитивной функции

Когнитивная функция

-Высшая функция человека, направленная на осознанное познание мира
(*cognitio* (лат.) – знание, познание)

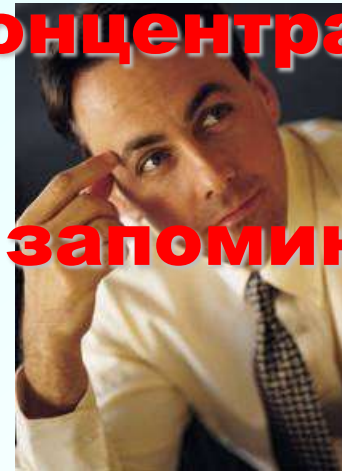
внимание



обучение



концентрация



запоминание

Интеллектуальная выработка решения

Рациональное решение проблемы

Исследование INTERSTROKE

22 страны, 2007- 2010 гг., 3 000 случаев: ишемический – 2 337 (78%),
геморрагический - 663 (22%)

Более чем **80%** инсультов связаны с **5 факторами риска:**

1. **Артериальная гипертензия**
2. Курение
3. Абдоминальное ожирение
4. Питание
5. Физическая активность

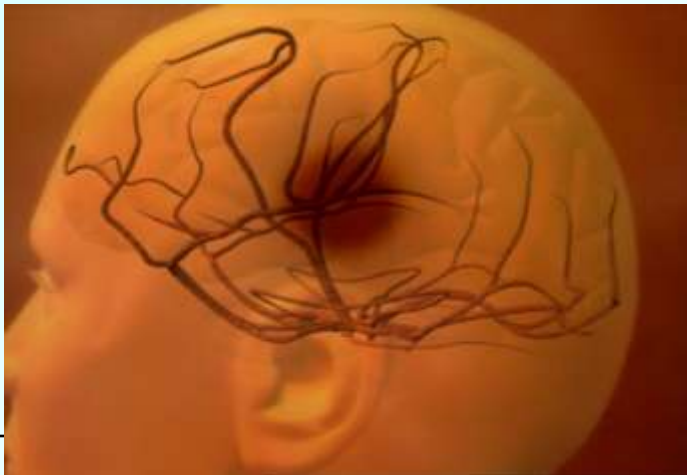


<i>Повышенный общ. ХС -</i>	<i>не ассоциировался с ИИ уменьшение риска ГИ</i>
<i>Повышенный ХС ЛПВП -</i>	<i>уменьшение риска ИИ повышение риска ГИ</i>
<i>Повышенный Апо А1 -</i>	<i>снижение риска ИИ</i>

ФАКТОРЫ РИСКА ИНСУЛЬТА

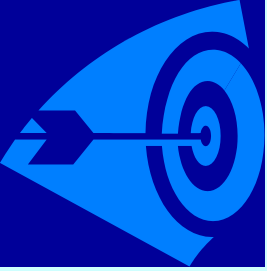
НЕМОДИФИЦИРУЕМЫЕ

1. **Возраст** (*После 55 риск инсульта удваивается в течение каждых последующих 10 лет*)
2. **Пол**: мужчины болеют чаще, у женщин – хуже исходы
3. **Наследственность**



МОДИФИЦИРУЕМЫЕ

1. **Гипертензия**
2. Курение
3. Диабет
4. Гиперлипидемия
5. Бессимптомный стеноз сонной артерии
6. Фибрилляция предсердий
7. Другие заболевания сердца (*дилатационная КМП, протезированные клапаны, дефекты перегородок, аневризмы*)
8. Серповидно-клеточная болезнь



Осложнения артериальной гипертензии (Свищенко Е.П., Коваленко В.Н., 2001)

Орган-мишень	Осложнения	
	Атеросклеротические	Гипертензивные
<i>Мозг</i>	<i>Транзиторная ишемическая атака Инфаркт мозга</i>	<i>Гипертензивная энцефалопатия Кровоизлияния в мозг Лакунарные инфаркты мозга</i>
Сердце	Стенокардия Инфаркт миокарда	Гипертрофия ЛЖ Сердечная недостаточность
Почки	Стеноз почечных артерий	Первичный нефросклероз Фибриноидный некроз
Артерии	Перемежающаяся хромота Гангрена	Аневризмы артерий Расслоение аорты

Что будет , если не контролировать уровень АД?

➤ **Риск инсультов возрастает в 5 раз**

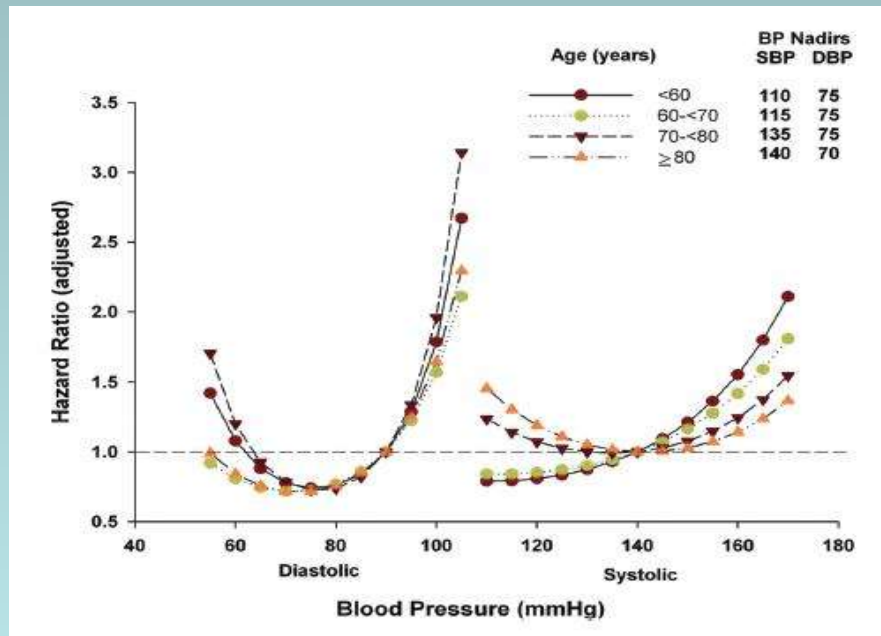
Риск ИБС возрастает в 2 раза

➤ **Продолжительность жизни сокращается на 10 – 20 лет**



Целевые уровни АД

Группы больных	Целевое АД
Общая популяция больных с АГ	< 140/90 мм рт. ст.
АГ+ СД	< 140/85 мм рт. ст.
АГ+ низкий-средний риск ССЗ	< 140/90 мм рт. ст.
АГ+предшествующий инсультом или ТИА	< 140/90 мм рт. ст.
АГ+ИБС	< 140/90 мм рт. ст.
АГ+ХБП	< 140/90 мм рт. ст.



Множественность церебропротективного действия антигипертензивной терапии

■ Немедленный эффект, связанный с нормализацией АД:

- Имеет значение степень снижения и скорость нормализации АД.

Уменьшение риска
церебральных
кровоизлияний

■ Отсроченный дополнительный «негипотензивный» эффект:

- Обратное ремоделирование сердца и внутримозговых артерий;
- Улучшение функции эндотелия;
- Улучшение параметров гемостаза;
- Стабилизация атеросклеротической бляшки.

Уменьшение риска
ишемических церебральных
нарушений

ПЕРВИЧНАЯ ПРОФИЛАКТИКА ИНСУЛЬТА

(рекомендации Европейского Общества Инсульта, 2008г)

Контроль факторов с-с риска

Снижение относит. риска

- | | |
|---|-------------------------|
| 1. Нормализация АД | - 42% |
| 2. Контроль глюкозы | Не доказано |
| 3. Статины | -21% |
| 4. Отказ от курения | Эпид.
доказательства |
| 5. Исключить употребл. больших доз алкоголя | Эпид.
доказательства |
| 6. Регулярные физические нагрузки | -27% |
| 7. Диета (Na Cl, насыщ. жиры, клетчатка) | Не доказано |
| Рыба | -31% |

Не рекомендуются:

Вит.Е

Гормональная заместительная терапия

ПЕРВИЧНАЯ ПРОФИЛАКТИКА ИНСУЛЬТА

(рекомендации Европейского Общества Инсульта, 2008г)

2. Антитромботическая терапия

Аспирин:

у женщин	-24%
ФП неклапанная без ф-ров с-с риска	-22%
Бессимптомный стеноз ВСА > 50%	

Антикоагулянты:

ФП + ф-ры с-с риска	-64%
Протезированные клапаны	

3. Операции на сонных артериях и ангиопластика

не рекомендуются, за исключением больных с высоким риском инсульта

ВТОРИЧНАЯ ПРОФИЛАКТИКА ИНСУЛЬТА

(рекомендации Европейского Общества Инсульта, 2008г)

Контроль факторов с-с риска

Снижение относит. риска

- | | |
|---|------------|
| 1. Антигипертензивная терапия | -24% |
| 2. Контроль глюкозы.Пиоглитазон | |
| 3. Статины | -16% |
| 4. Отказ от курения | Нет данных |
| 5. Исключить употребл. больших доз алкоголя | Нет данных |
| 6. Регулярные физические нагрузки | Нет данных |
| 7. Диета (На СІ, насыщ. жиры, клетчатка) | Нет данных |
| 8. Уменьшение массы тела | Нет данных |
| 9. Лечение апноэ во сне | Нет данных |
| 10.Закрытие овального окна (зндоваскуляр.) у б-х с криптогенным инсультом | |

Не рекомендуются:

Витамины (Е, бета-каротин, фолаты, В12, В6)

Гормональная заместительная терапия

ВТОРИЧНАЯ ПРОФИЛАКТИКА ИНСУЛЬТА

(рекомендации Европейского Общества Инсульта, 2008г)

- **2.Антитромботическая терапия:**

- Аспирин 50 – 325 мг
- Дипиридамол
- Трифлюзал
- Аспирин (50) + дипиридамол (400)
- Клопидогрель

- **Антикоагулянты:**

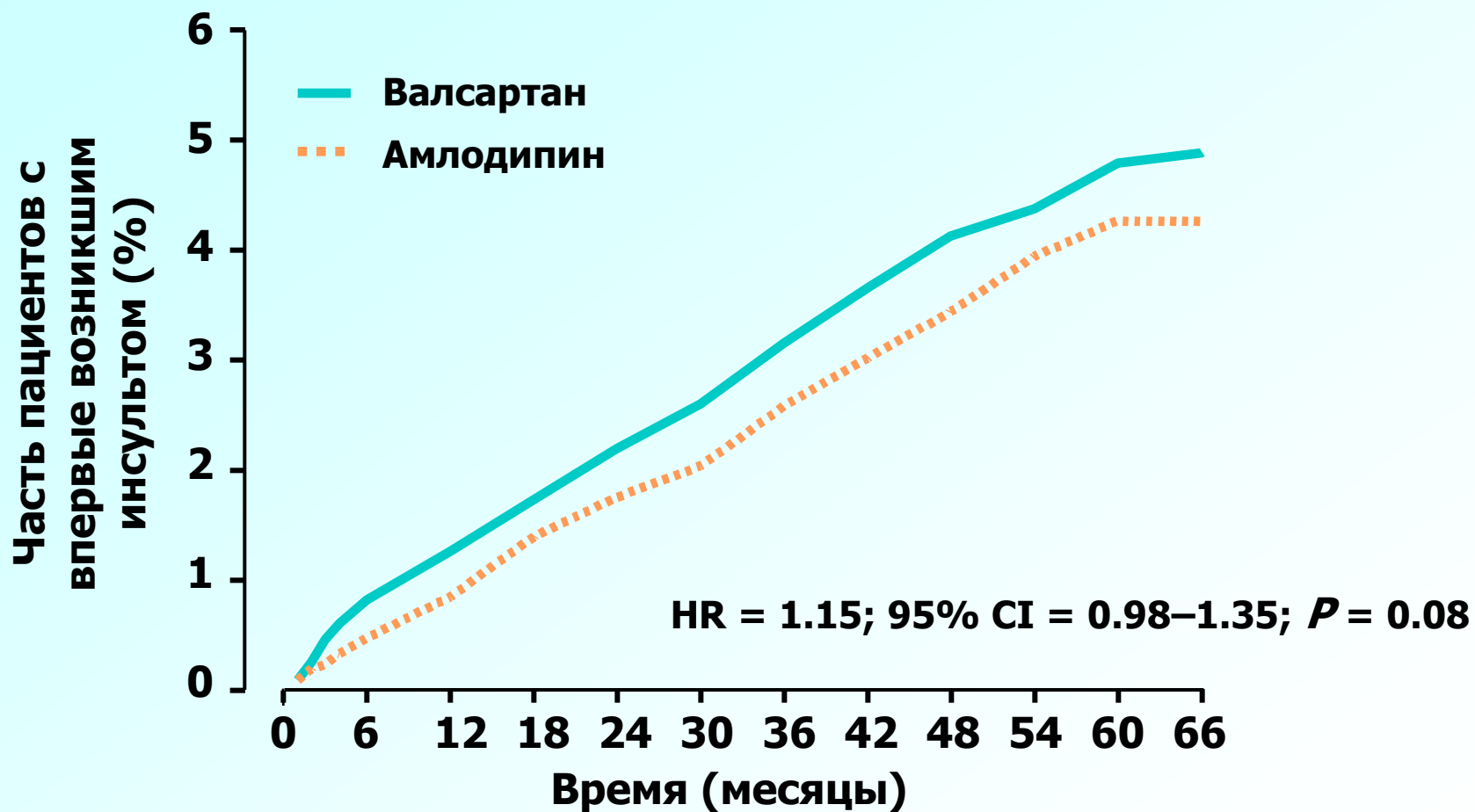
- после ишемического инсульта + ФП
- при искусственных клапанах сердца
- после кардиоэмболии

- **3.Операции на сонных артериях и ангиопластика**

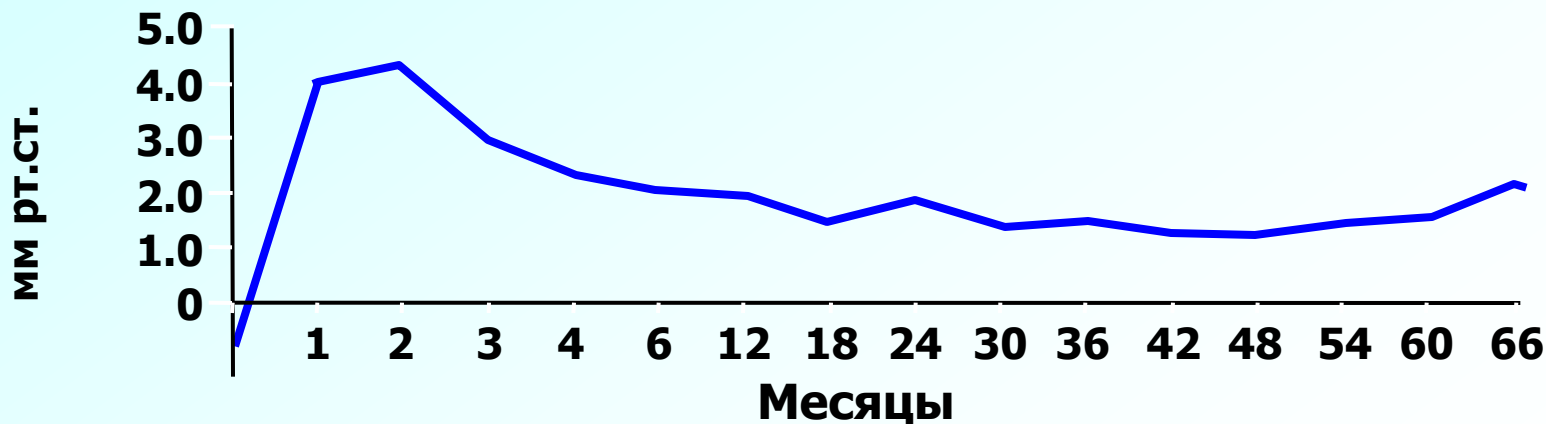
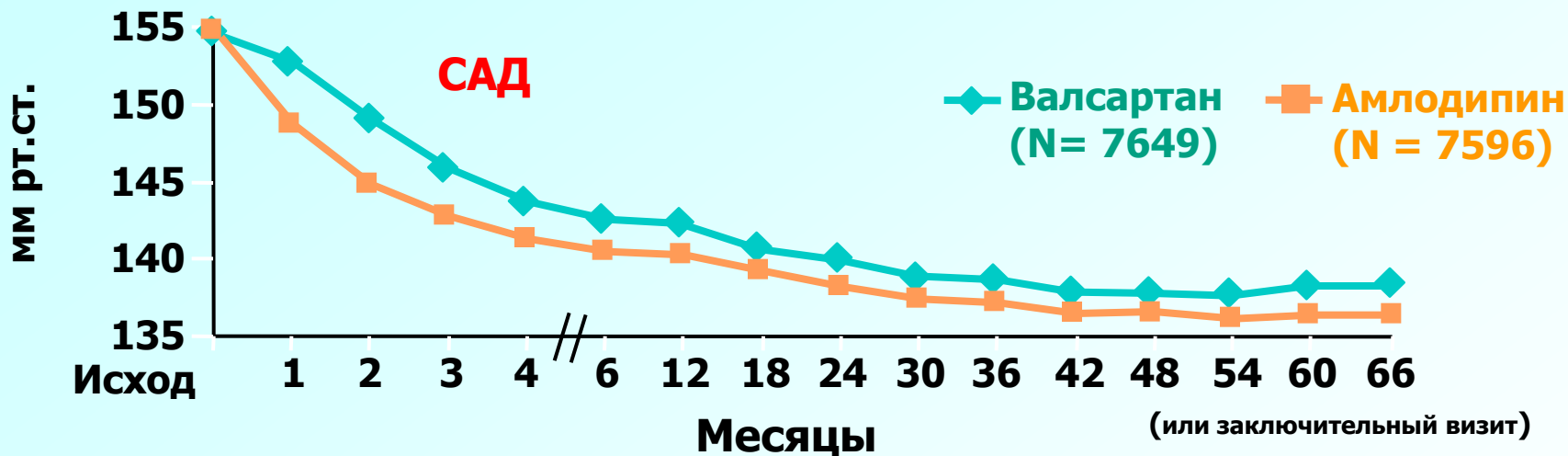
При стенозе сонных артерий >70%

Инсульт:
что важнее - понизить АД или
применить правильный
препарат?

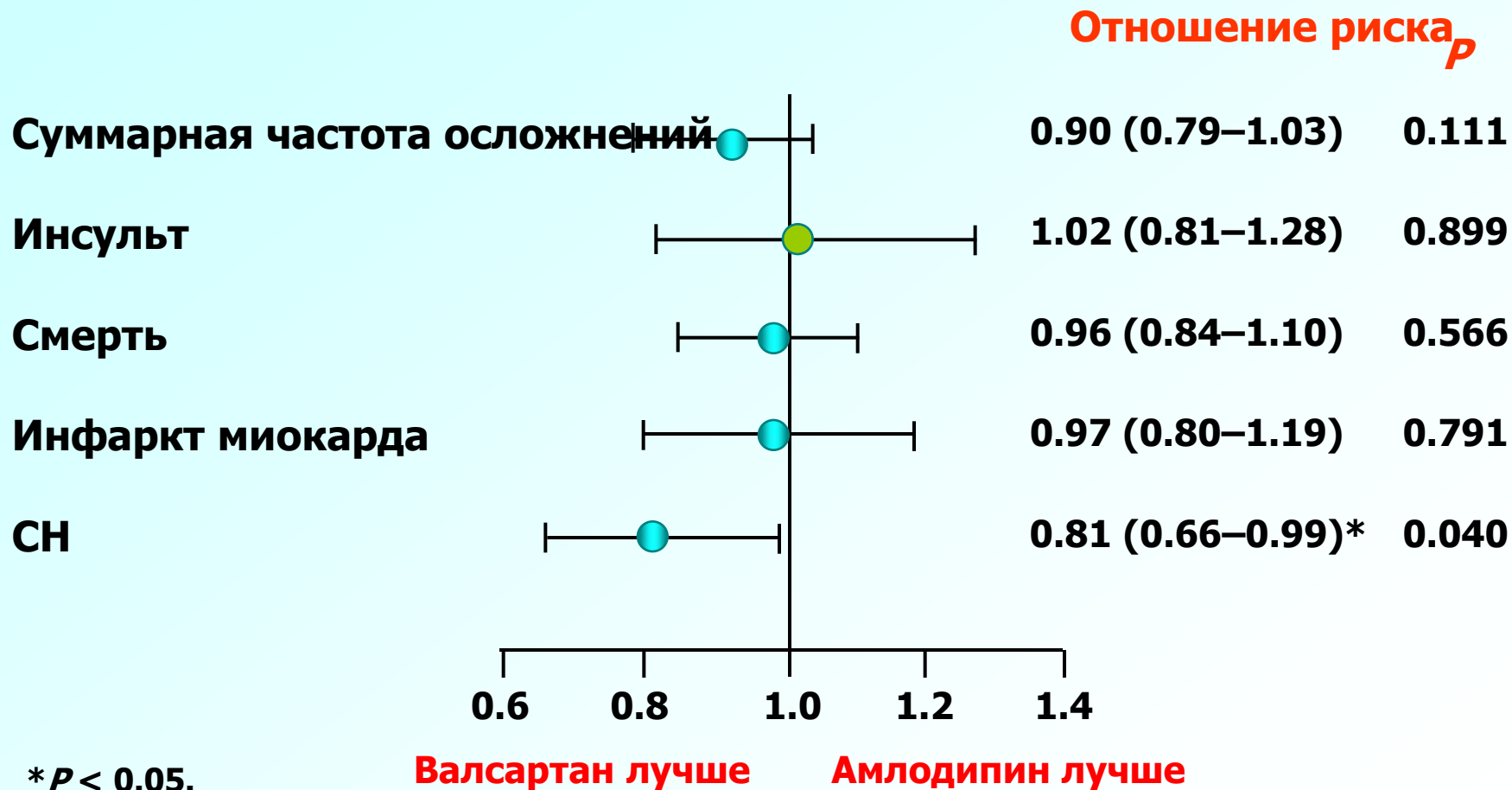
VALUE: фатальный и нефатальный инсульт



VALUE: систолическое артериальное давление



VALUE: 5006 пар пациентов (N = 10,012)



Профилактика инсульта:
Есть ли разница между разными
классами антигипертензивных
препаратов?

Влияние различных классов антигипертензивных препаратов на риск инсульта



Профилактика инсульта: эффективность антигипертензивных препаратов

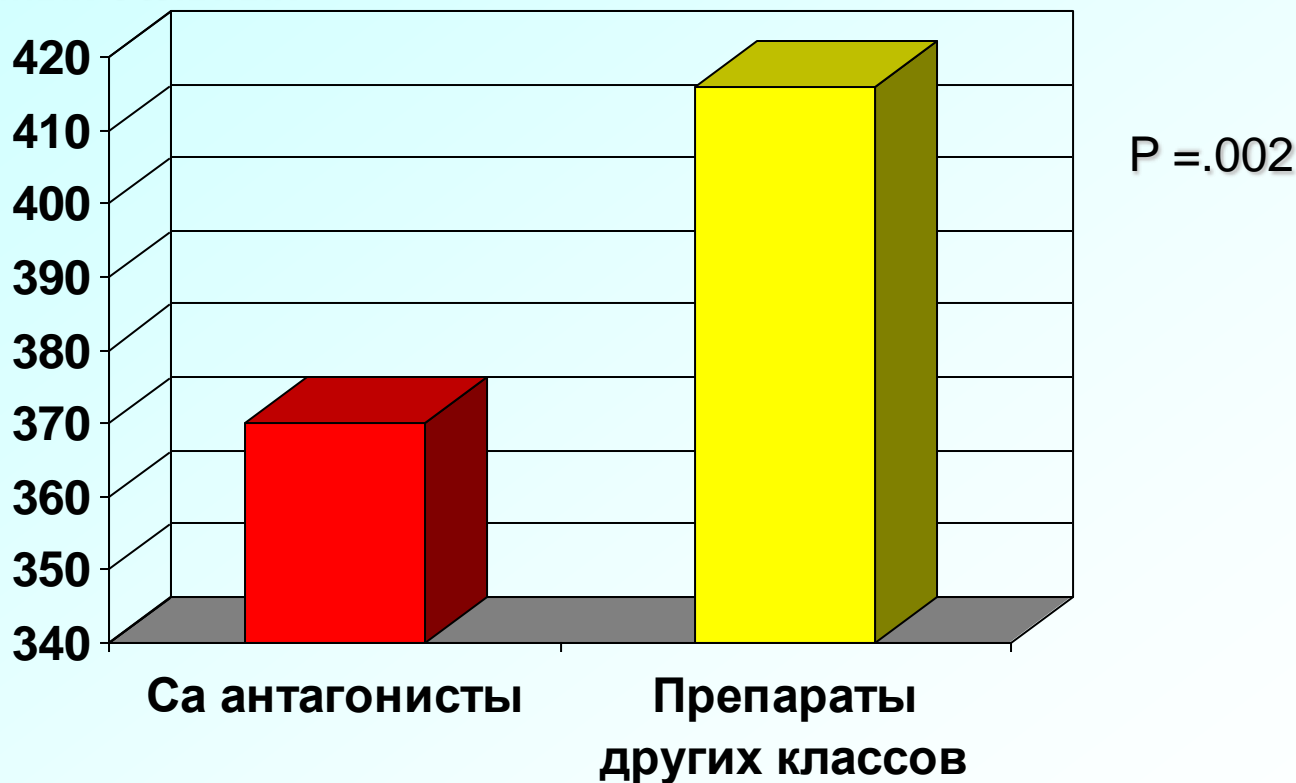
Антагонисты Са
АП-блокаторы
Диуретики

Ингибиторы АПФ
Бета-блокаторы

Церебропротекторное действие антагонистов кальция

Антагонисты Са в профилактике ИНСУЛЬТОВ

Кол-во инсультов
на 10 000 пролеченных больных



По данным мета-анализа (13 исследований с участием 103 793 больных) АК снижают риск инсультов на 10% по сравнению с другими АГП.



EUROPEAN
SOCIETY OF
CARDIOLOGY®



† 2007 Guidelines for the Management of Arterial Hypertension

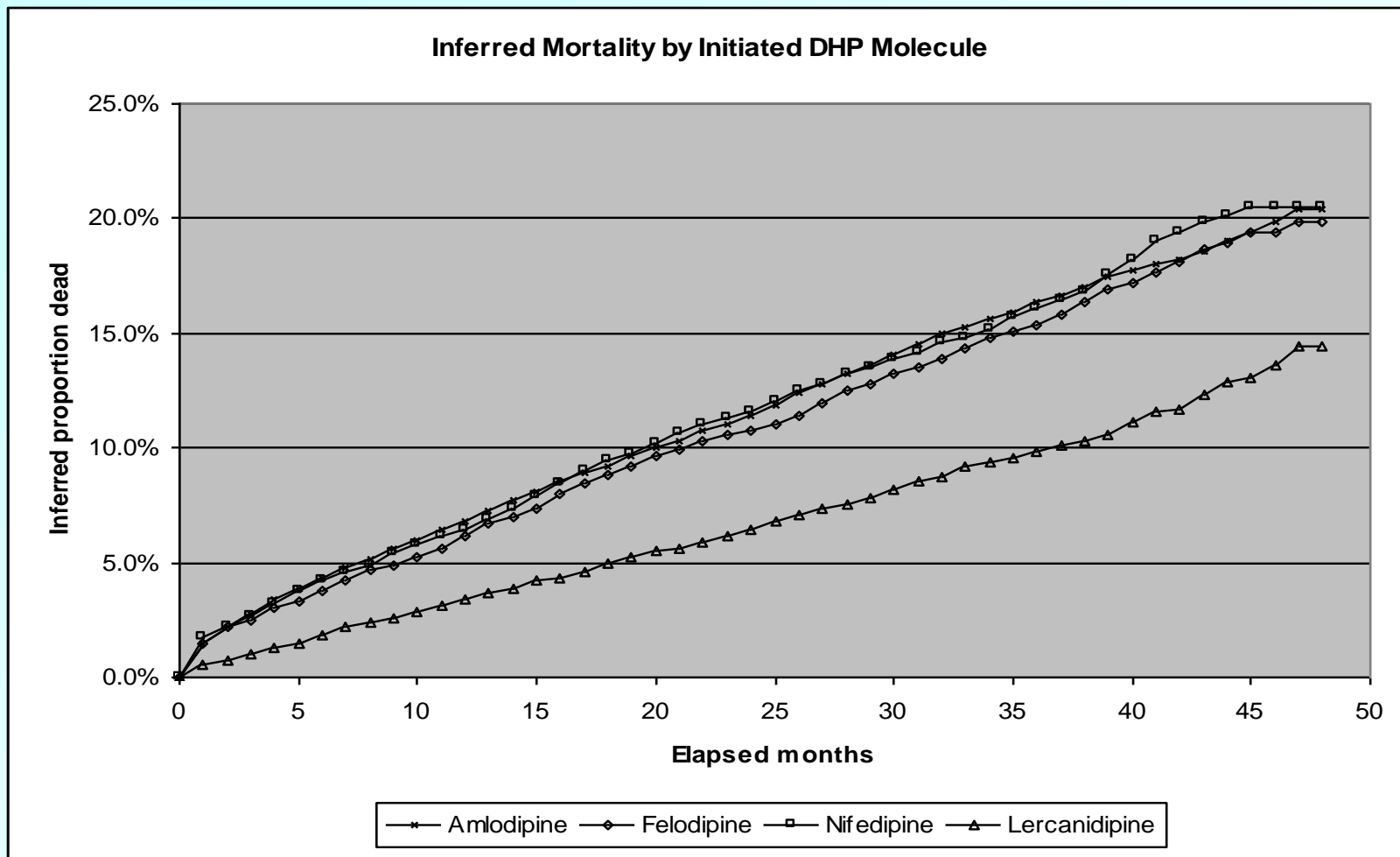
The Task Force for the Management of Arterial Hypertension of the European Society of Hypertension (ESH) and of the European Society of Cardiology (ESC)

4.4.3 ACE inhibitors versus calcium antagonists

Comparisons of these two drug classes as performed in the BPLTT meta-analysis are based on a total of almost 26000 patients from 6 studies.²⁹² The results show the odds ratio expressing relative benefits of the two regimens to be close to unity and non-significant for total coronary events, cardiovascular mortality, total mortality as well as coronary heart disease. Protection against stroke was, on the other hand, significantly more effective for calcium antagonists, whilst protection against heart failure was better for ACE inhibitors.

Предупреждение инсультов значительно более эффективно при использовании антагонистов Ca в сравнении с иАПФ

Показатели 4 летней смертности пациентов с АГ на фоне применения ЛЕРКАНИДИПИНА и других дигидропиридиновых антагонистов кальция



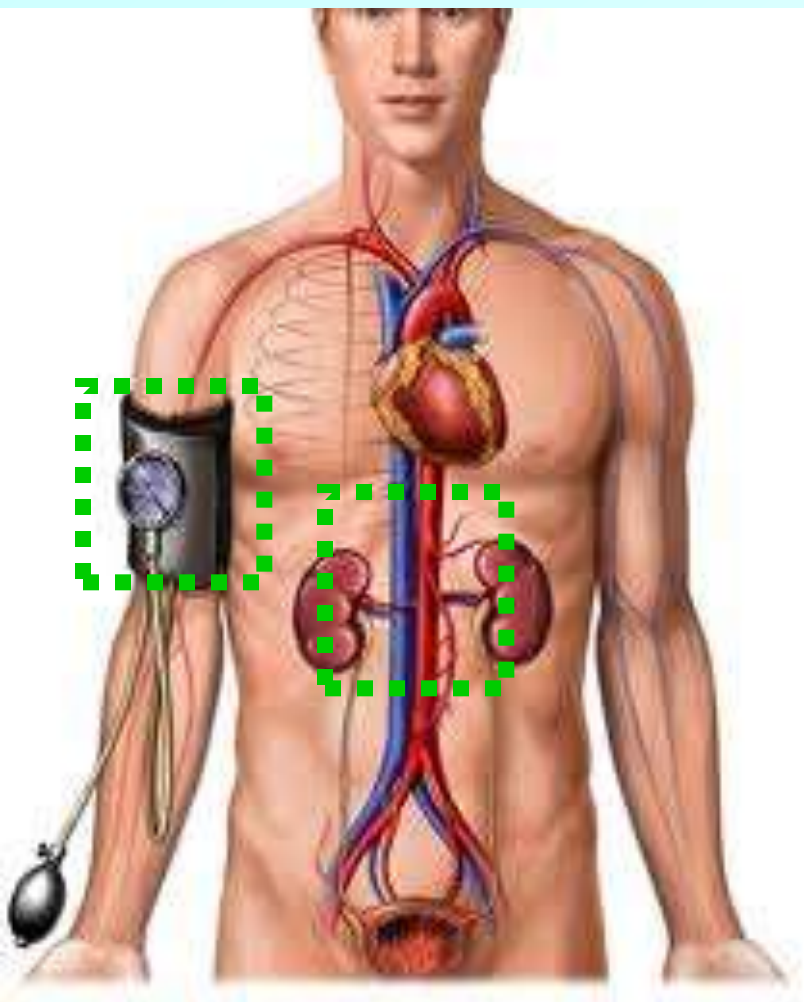
Современная концепция снижения АД

Антигипертензивная эффективность

Различные компоненты антигипертензивной эффективности имеют независимое прогностическое значение



Важность определения уровня центрального аортального АД (ESH 2007)

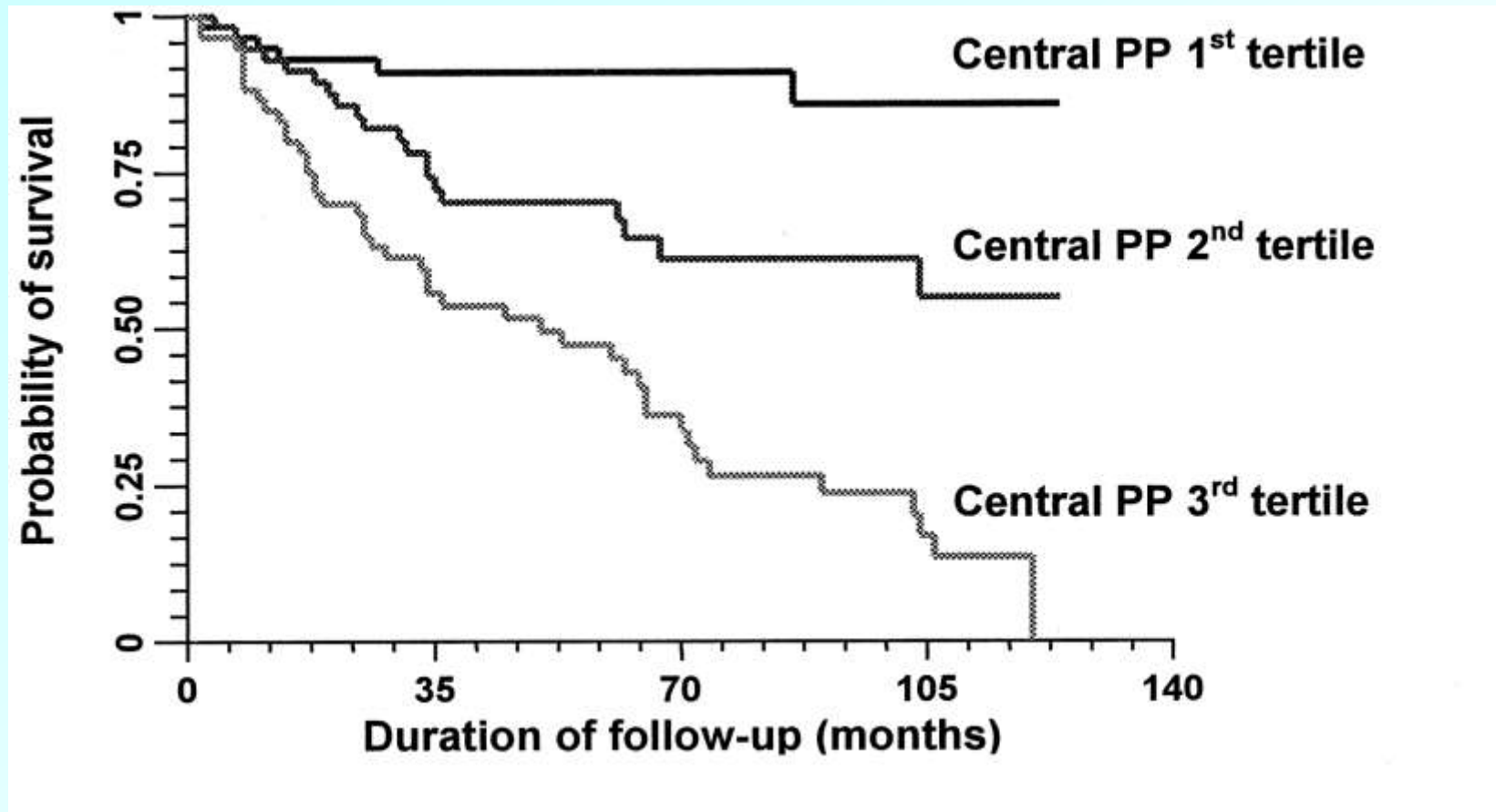


✓ Повышение ЦАД – одна из причин нарушения

МОЗГОВОГО и коронарного кровообращения, нарушений со стороны почек

✓ Зависит от структурно-функциональных изменений сосудистой стенки

Выживание пациентов в зависимости от уровней центрального пульсового АД



Safar, M. E. et al. Hypertension 2002;39:735-738

Значение центрального аортального давления

ESH/ESC-2007

Guidelines

2007 Guidelines for the Management of Arterial Hypertension

The Task Force for the Management of Arterial Hypertension of the European Society of Hypertension (ESH) and of the European Society of Cardiology (ESC)

Центральное систолическое и пульсовое аортальное давление (т. е. давление на уровне сердца, мозга, почек) может существенно отличаться от брахиального давления

Влияние различных АГП на центральное систолическое и пульсовое аортальное давление не находится в прямой зависимости от способности препарата снижать давление на уровне плечевой артерии

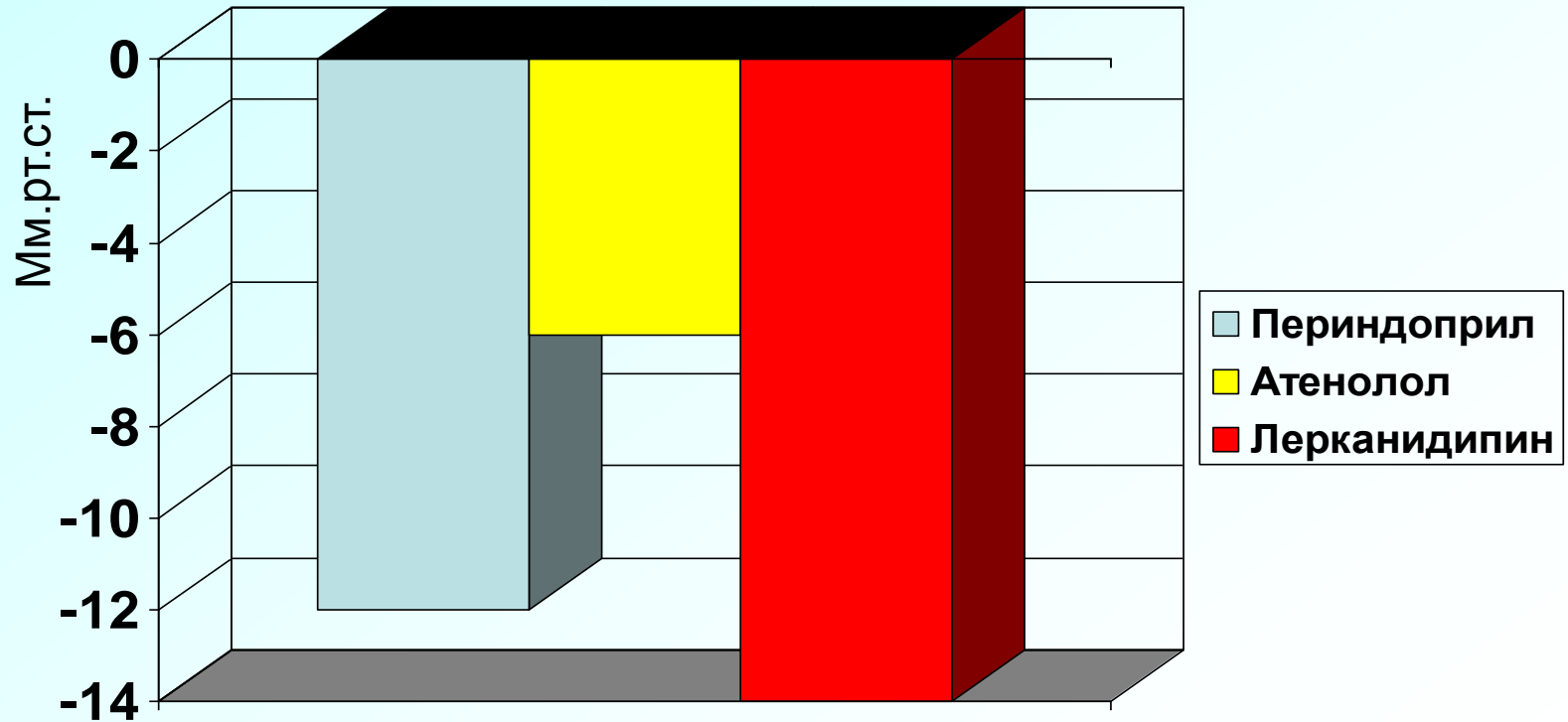
3.1.7 Central blood pressure

Due to the variable superimposition of incoming and reflected pressure waves along the arterial tree, aortic systolic and pulse pressure (i.e. the pressure exerted at the level of the heart, brain and kidney) may be different from the conventionally measured brachial pressure [162]. Furthermore, the claim has long been made that peripheral and central systolic and pulse pressures may be differently affected by antihypertensive drugs [163]. The need for invasive measurement of central blood pressure has confined this issue to research. However, recently a method has been described to non-invasively estimate aortic blood pressure by calculating the “augmentation index” from the pulse wave pressure contour recorded from a peripheral artery [164,165]. Use of this method has confirmed that the effects of antihypertensive drugs on central systolic and pulse pressure do non invariably reflect those seen at the brachial artery level [166,167]. Furthermore, the results obtained in a large substudy performed within a randomized trial have shown that central pulse pressure as assessed from the “augmentation index” is significantly related to cardiovascular events [166]. However, the prognostic role of central

Лерканидипин:

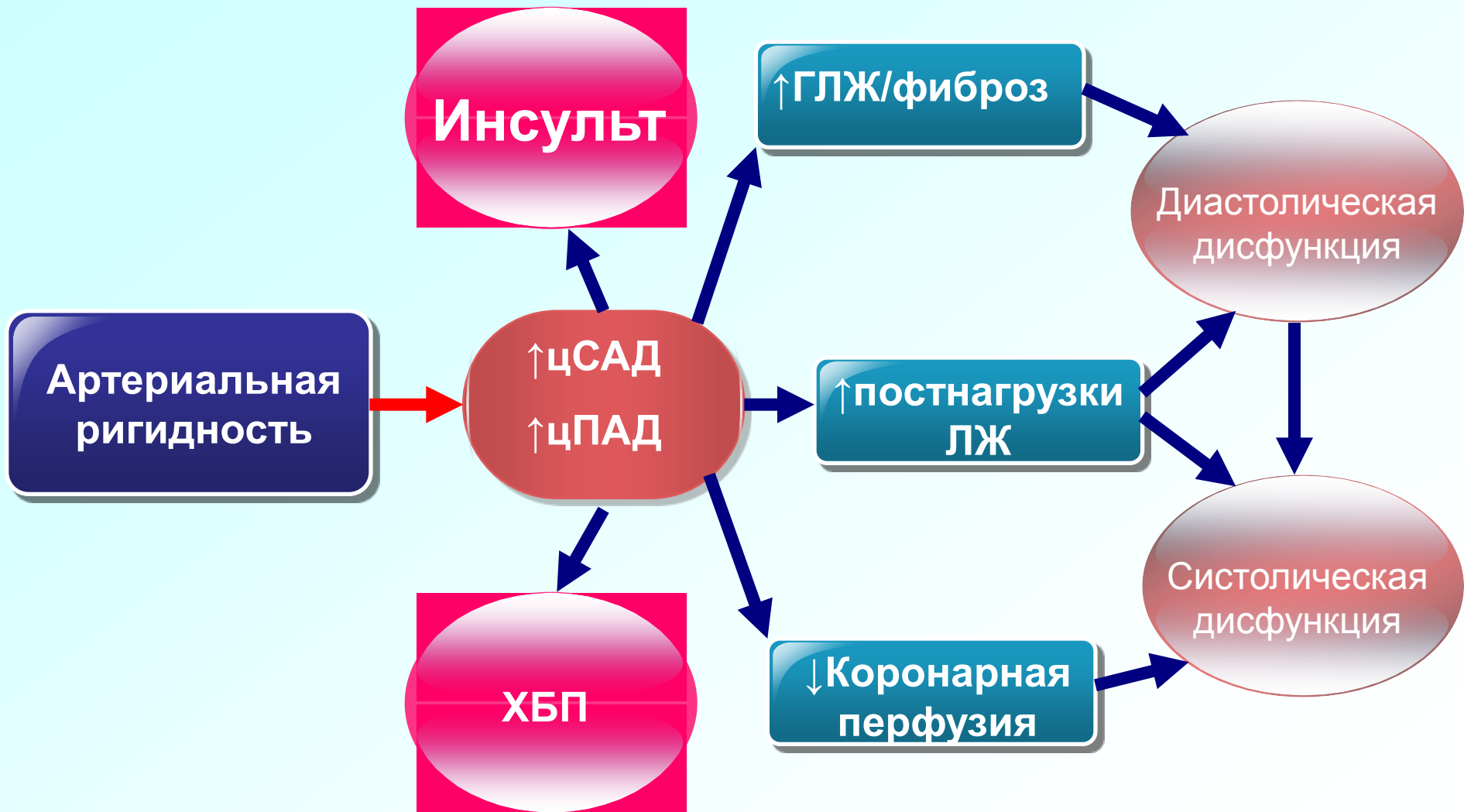
выраженное влияние на показатели центральной гемодинамики

Снижение пульсового центрального АД на фоне 10-недельной терапии различными препаратами у пациентов с изолированной систолической АГ*

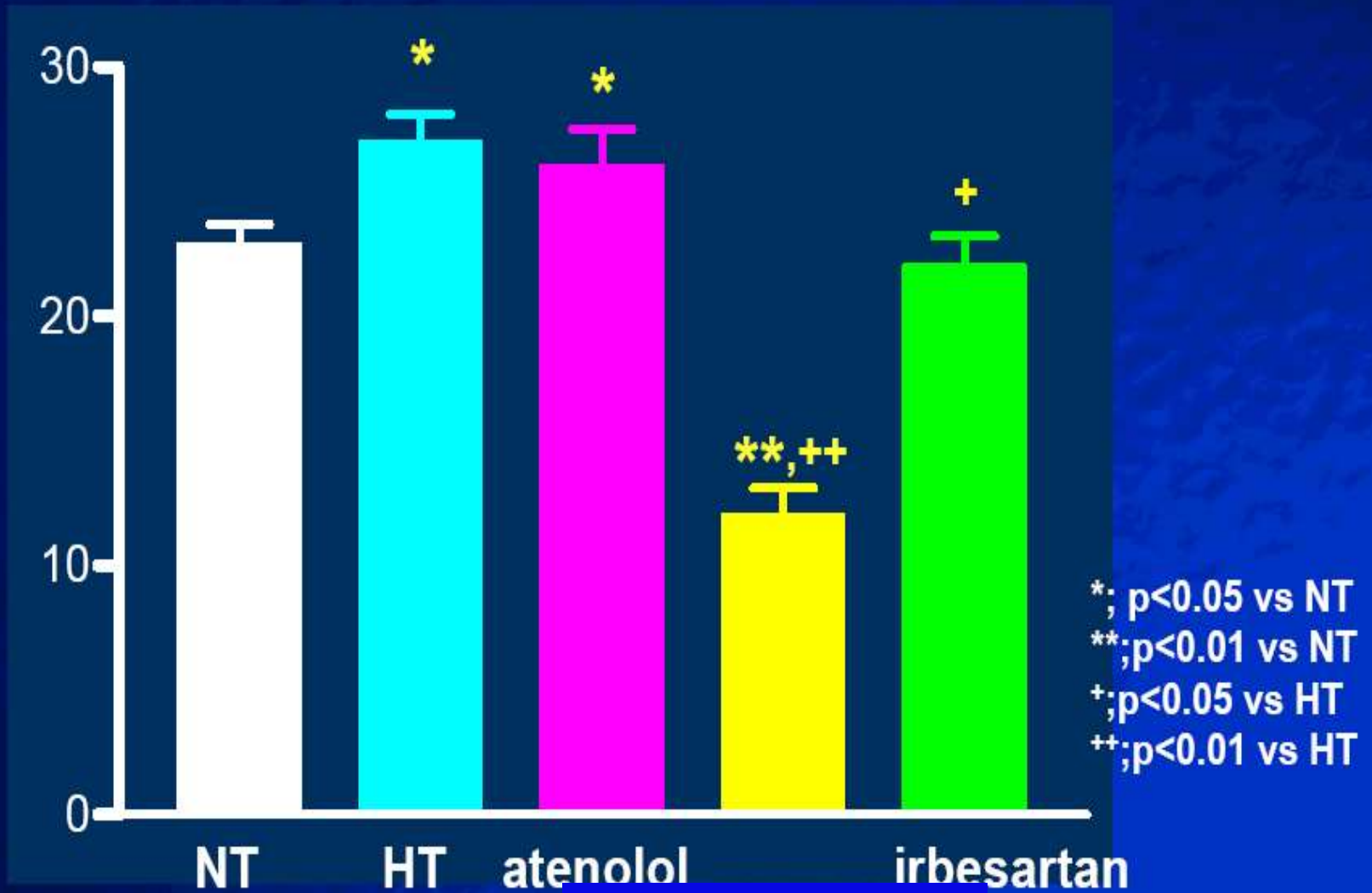


**Hypertension 2009, 54:409-413*

Клинические последствия повышения артериальной ригидности



Влияние различных препаратов на жесткость сосудов: 6 месячное исследование



*; p<0.05 vs NT
**; p<0.01 vs NT
+; p<0.05 vs HT
++; p<0.01 vs HT

Лерканидипин

РИСК ИНСУЛЬТА В ЗАВИСИМОСТИ ОТ СУТОЧНОГО РИТМА АД

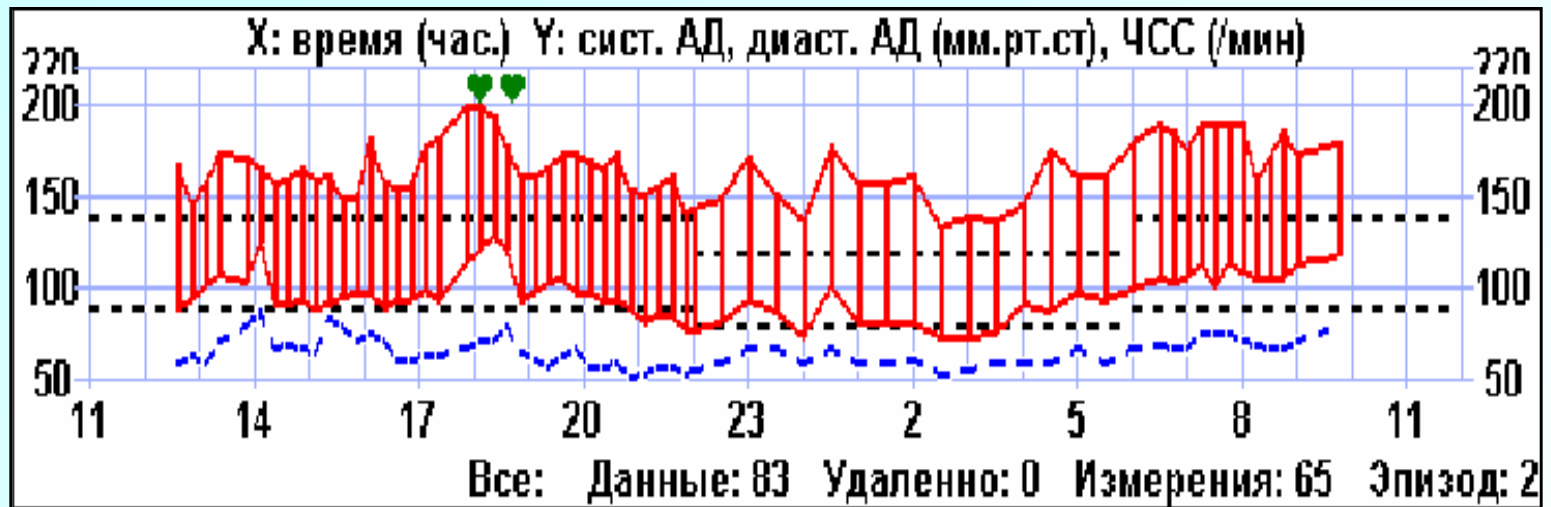
519 больных с АГ, средний возраст 72 года

У больных с утренним повышением САД > 55 мм рт.ст. риск инсульта в 2,7 раза выше, чем у больных с утренним повышением САД < 55 мм рт.ст.

Утреннее повышение САД - терапевтическая цель у больных с АГ

Динамика уровня АД на фоне лечения Лерканидипином

До



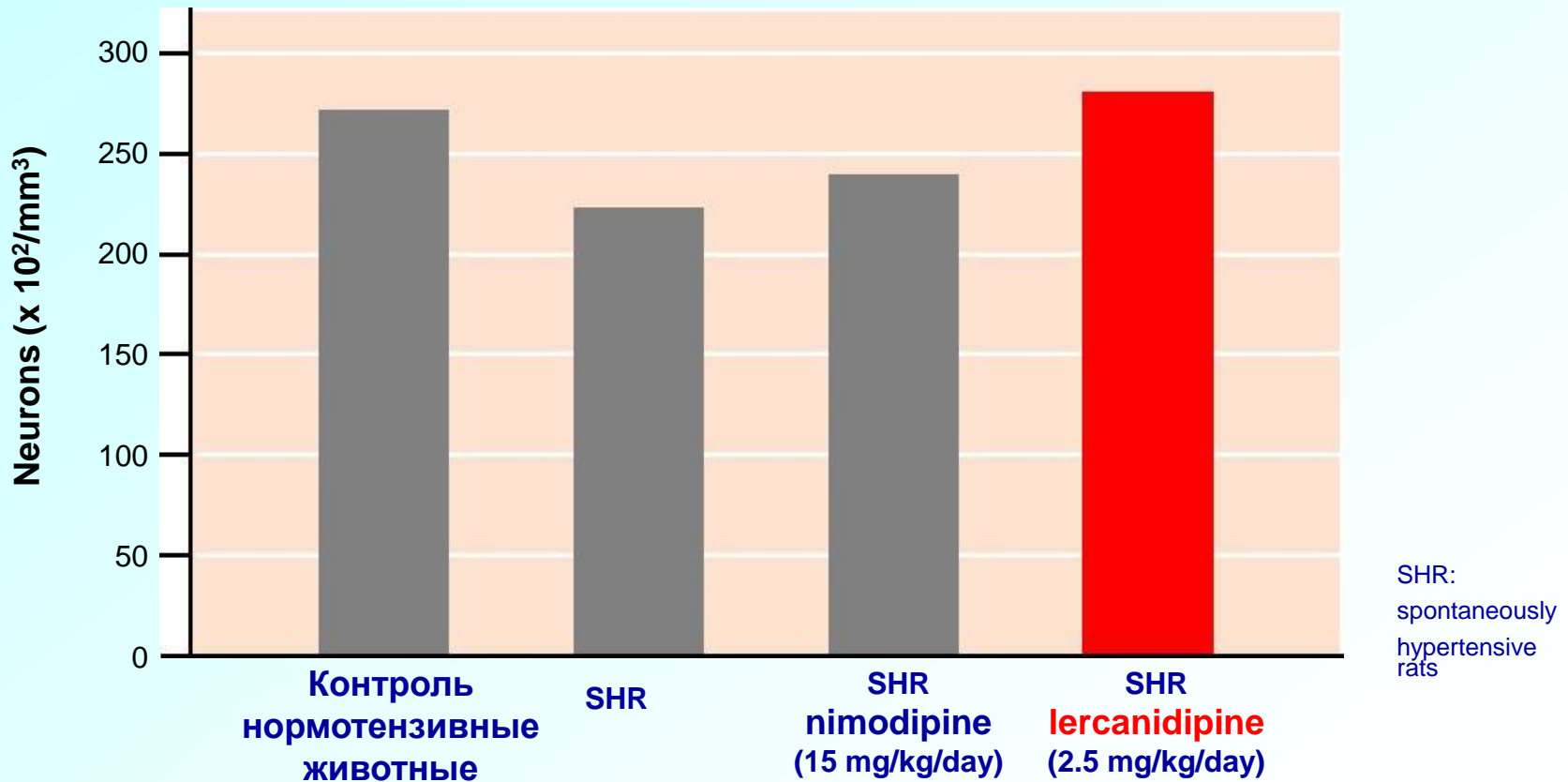
После



Лерканидипин оказывает защитное действие на нейроны головного мозга

Clinical profile • Target-organ damage protection

Уменьшение гибели нейронов головного мозга

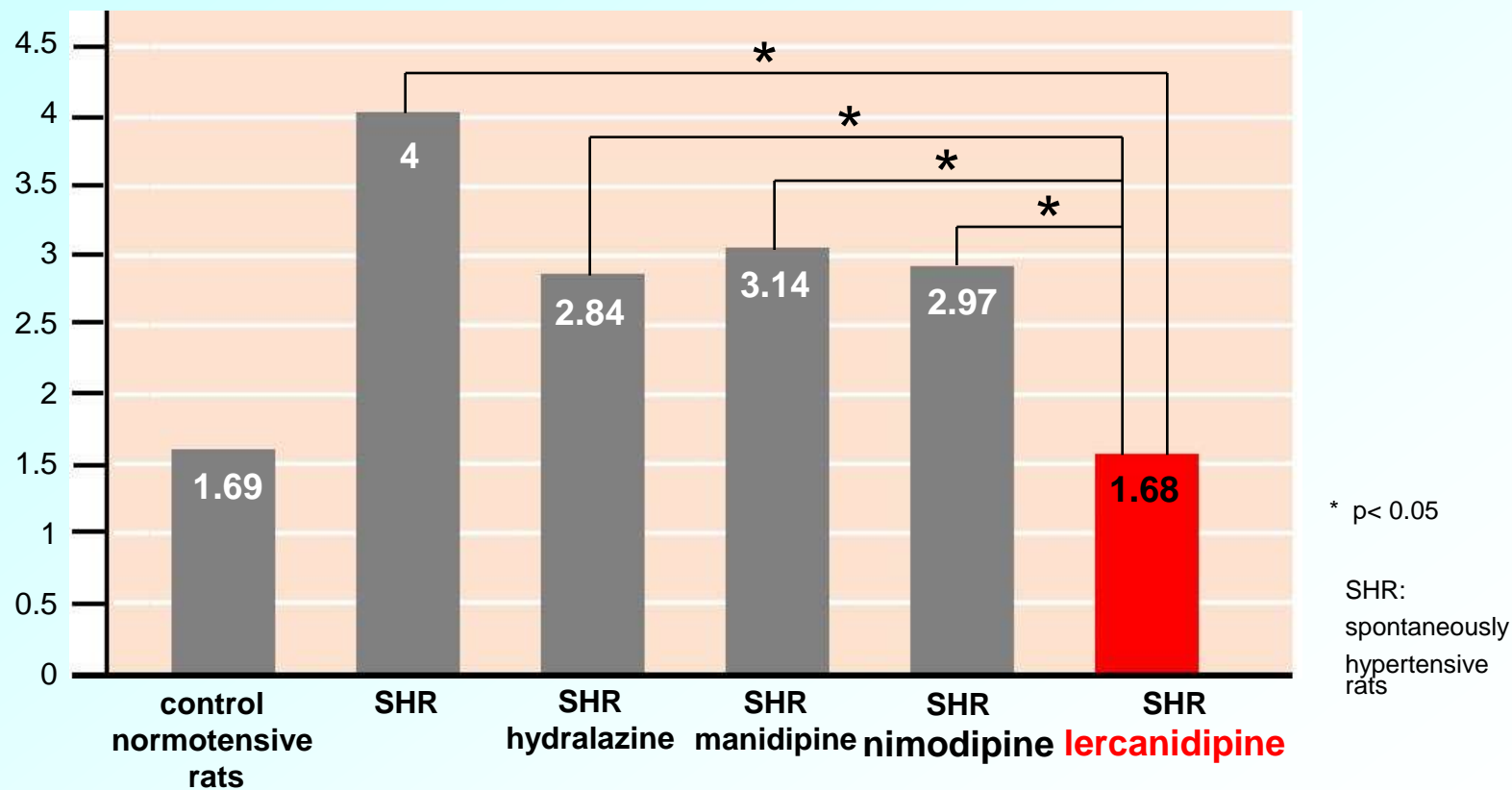


Лерканидипин: новые возможности защиты органов-мишеней

Clinical profile • Target-organ damage protection

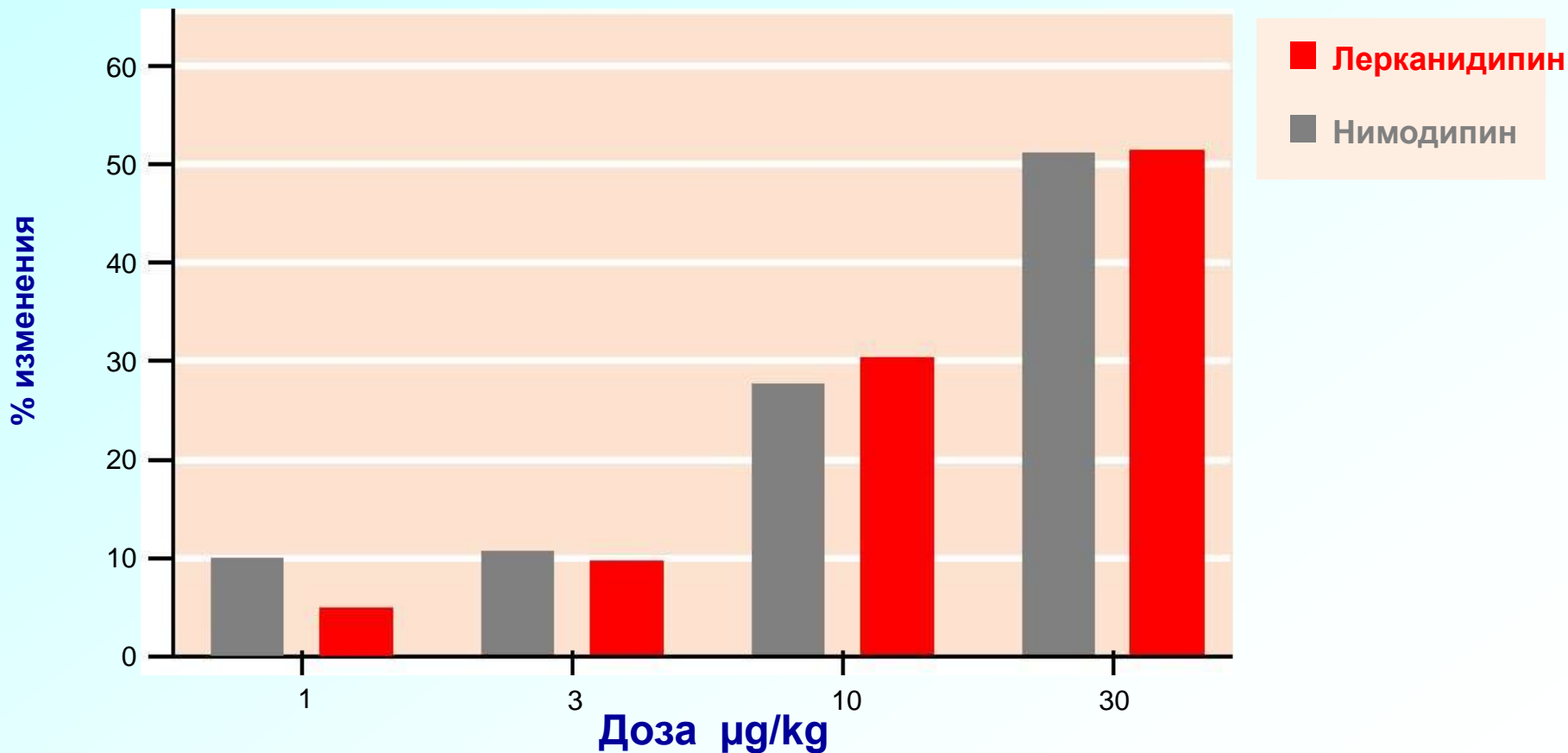
Воздействие на церебральные сосуды

Отношение толщина стенки/просвет сосуда



Лерканидипин: новые возможности защиты органов-мишеней

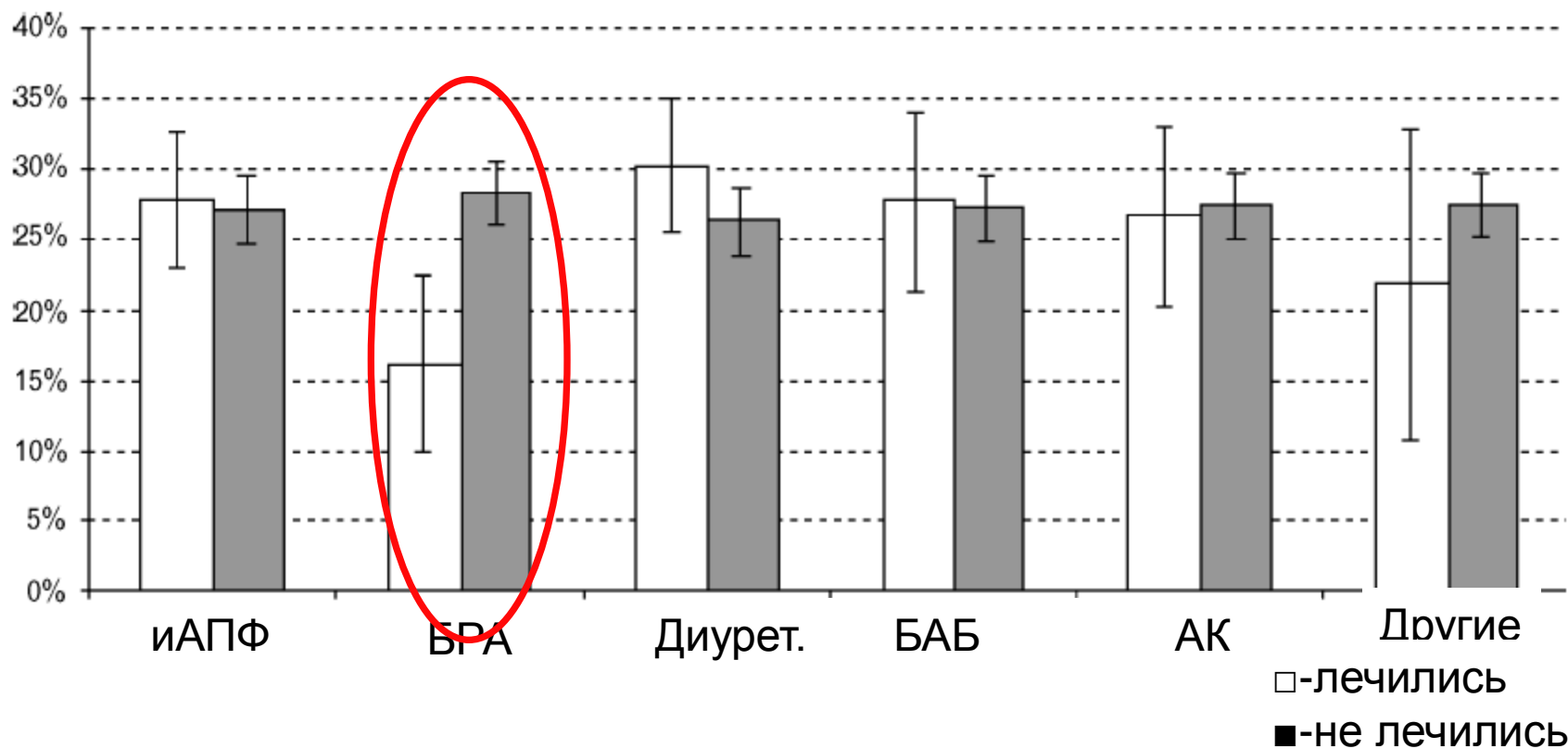
Увеличение общего каротидного кровотока



Церебропротекторное действие блокаторов ангиотензиновых рецепторов

БЛОКАТОРЫ АII РЕЦЕПТОРОВ УМЕНЬШАЮТ ТЯЖЕСТЬ ИНСУЛЬТА И УЛУЧШАЮТ ИСХОД

% пациентов с тяжёлым инсультом (< 6 баллов по Канадской шкале)





Профилактика сердечно-сосудистых осложнений АГ

иАПФ и **БРА II** имеют сопоставимую антигипертензивную эффективность, которая ведет к одинаковому снижению СС осложнений.

В исследованиях ***LIFE, SCOPE, MOSES*** продемонстрирована высокая эффективность **БРА II** в первичной и вторичной профилактике инсультов.

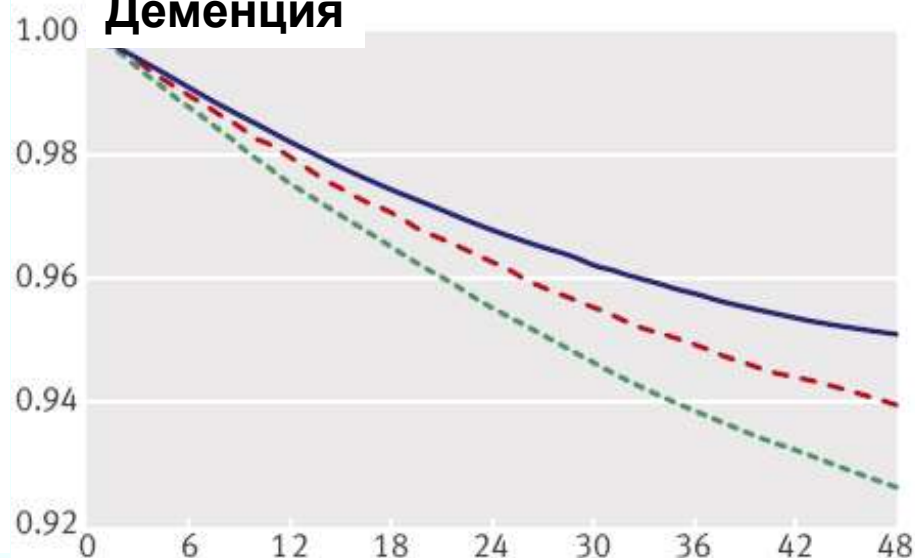
РАЗВИТИЕ БОЛЕЗНИ АЛЬЦГЕЙМЕРА И ДЕМЕНЦИИ ПРЕДУПРЕЖДАЕТСЯ НАЗНАЧЕНИЕМ БАР

Болезнь Альцгеймера



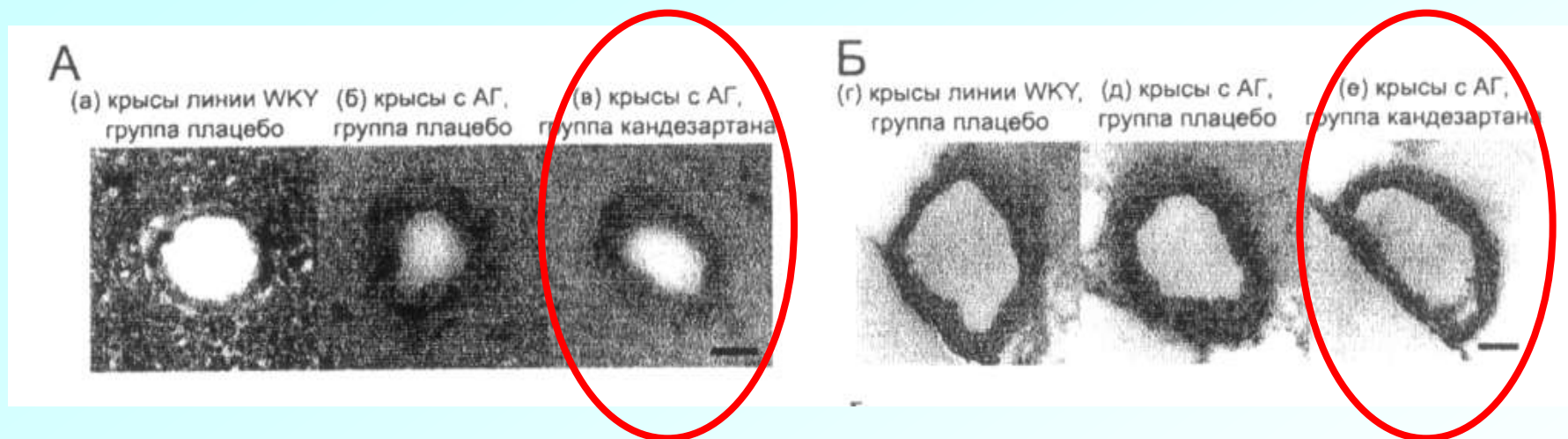
↓19% vs лизиноприл
↓16% vs препараты сравнения

Деменция



↓19% vs лизиноприл
↓24% vs препараты сравнения

Влияние блокады рецепторов AT_1 на гипертрофические и воспалительные изменения в мозговых сосудах

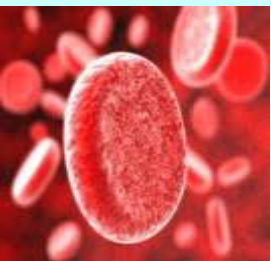


А – сосуды микроциркуляторного русла головного мозга; Б - СМА

Блокада рецепторов AT_1 приводит к обратному развитию воспалительных изменений в сосудах головного мозга, способствует нормализации кровотока в микроциркуляторном русле и, как следствие, снижает повышенную чувствительность головного мозга к ишемии и уменьшает риск развития инсульта.

Профилактика инсульта:

Есть ли разница между антигипертензивными препаратами внутри класса?



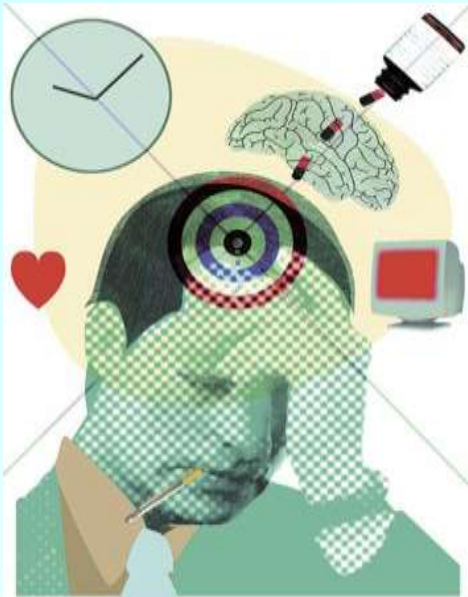
БРА, по отношению к которым доказано церебропротекторное влияние

Препарат	Исследование	К-во пациенто в	Препарат сравнения	Результат
Лозартан	LIFE, 2002	9 138 (АГ)	Атенолол	И↓ на 25% ССЗ↓ на 13%
Кандесартан	SCOPE, 2003	4 993 (АГ)	Плацебо	И↓ на 27,8%
Валсартан	VALUE, 2004	15 000 (АГ)	Амлодипин	И↓ одинаково
Эпросартан	MOSES, 2005	1 500 (АГ+И)	Нитрендипи н	И и ТИА ↓ на 25%
Телмисартан	TRANSCEND, 2008 (АГ) PRoFESS, 2008(АГ+И)	> 20 000	Плацебо	К-во И не изменилось

Bikkina M. (1994) – по данным Фремингемского исследования продемонстрировано, что ГЛЖ ассоциируется с увеличенным риском цереброваскулярных осложнений (И, ТИА)

Sierra C. (2002) – жесткая корреляционная связь между скрытыми (МРТ) поражениями мозга и концентрической ГЛЖ

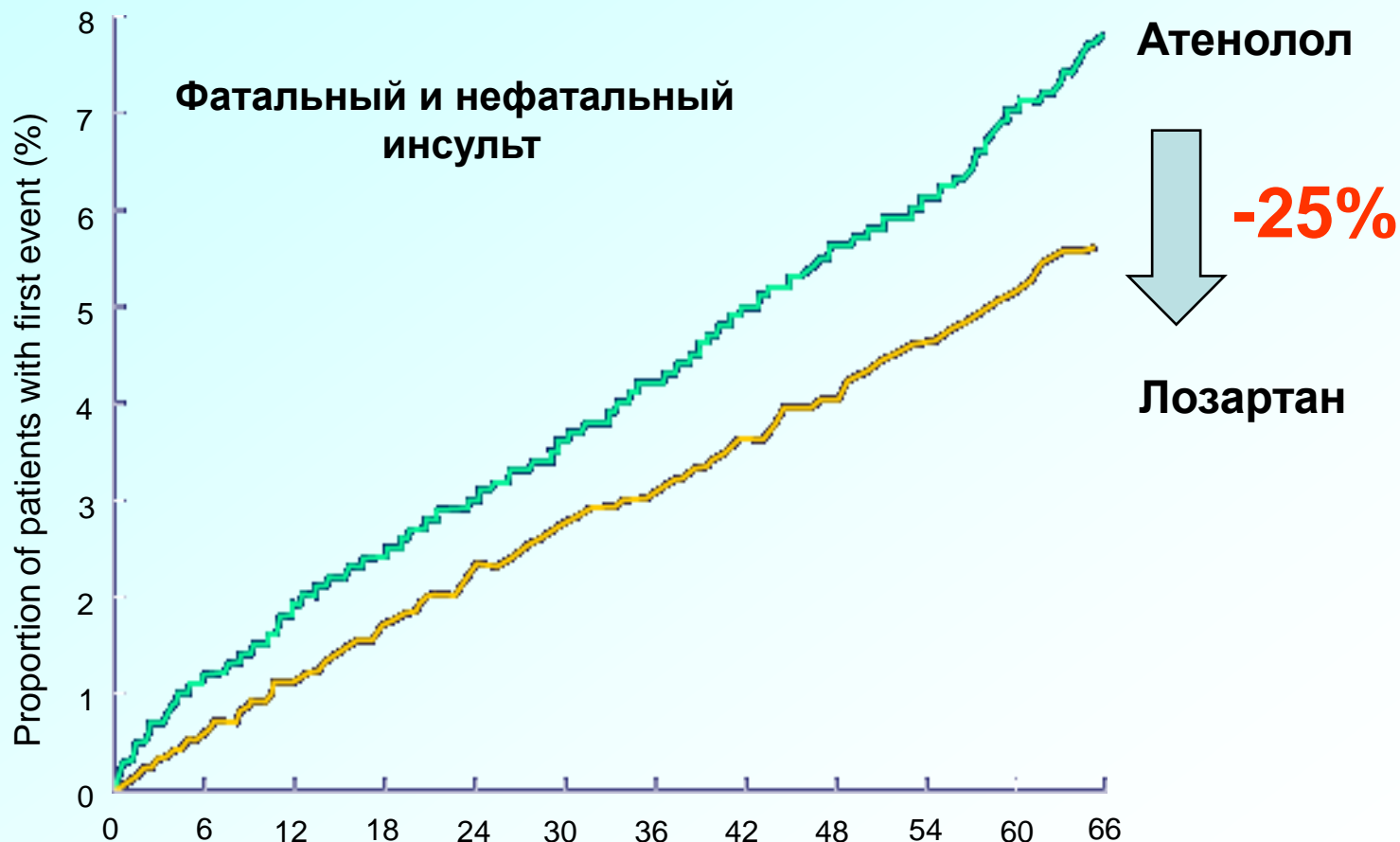
LIFE (2006) – прогностическое значение геометрии ЛЖ для развития осложнений у лиц с АГ.



Вывод: Возможно, что в основе церебропротекторного действия БРА, а также влияния на регрессирование ГЛЖ лежат сходные механизмы.



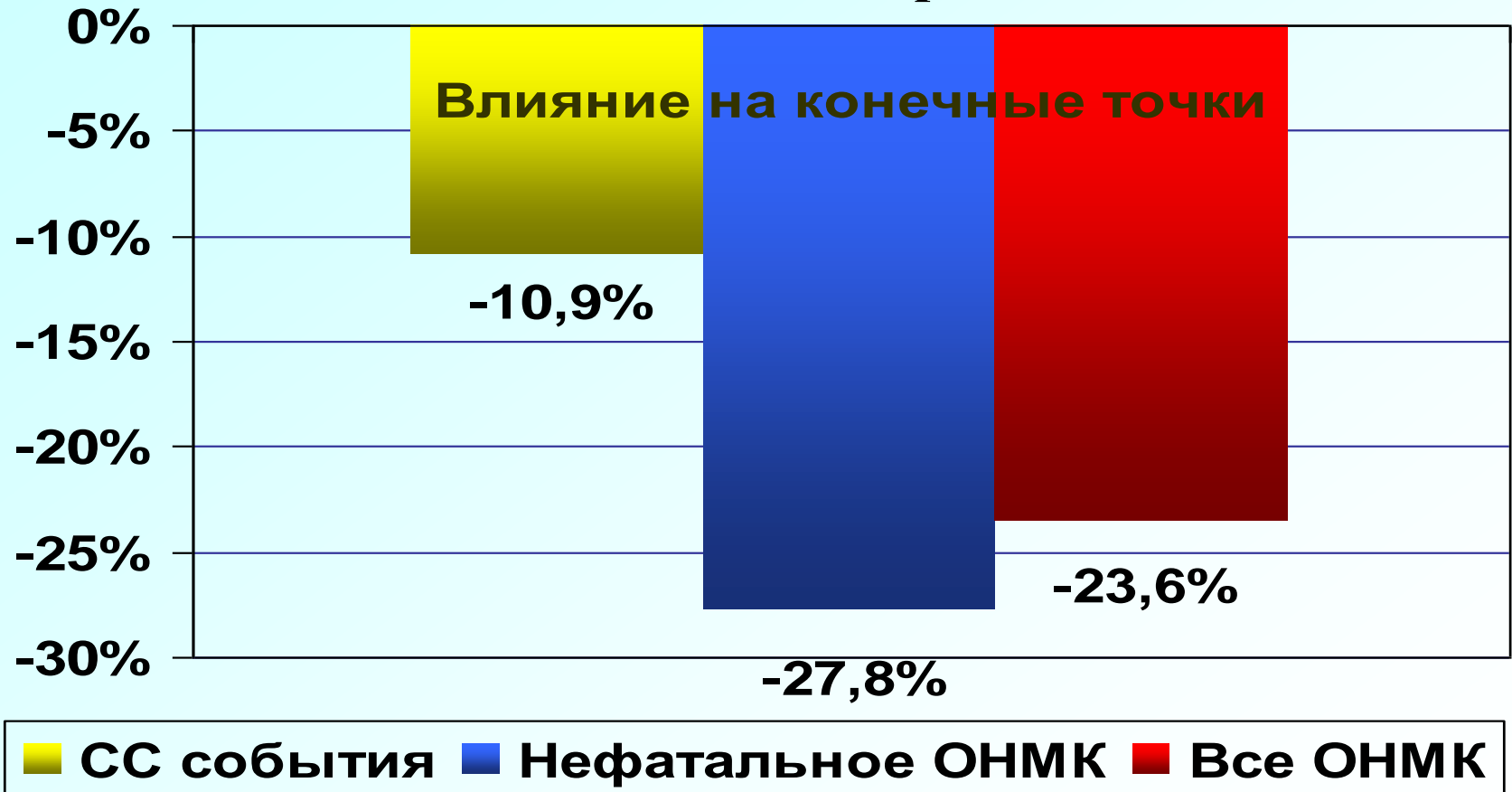
Риск инсульта при лечении лозартаном и ателололом



1. Dahlöf B et al. Lancet 2002;359:995-1003.

Влияние кандесартана на выживаемость у больных АГ (исследование SCOPE, 2003)

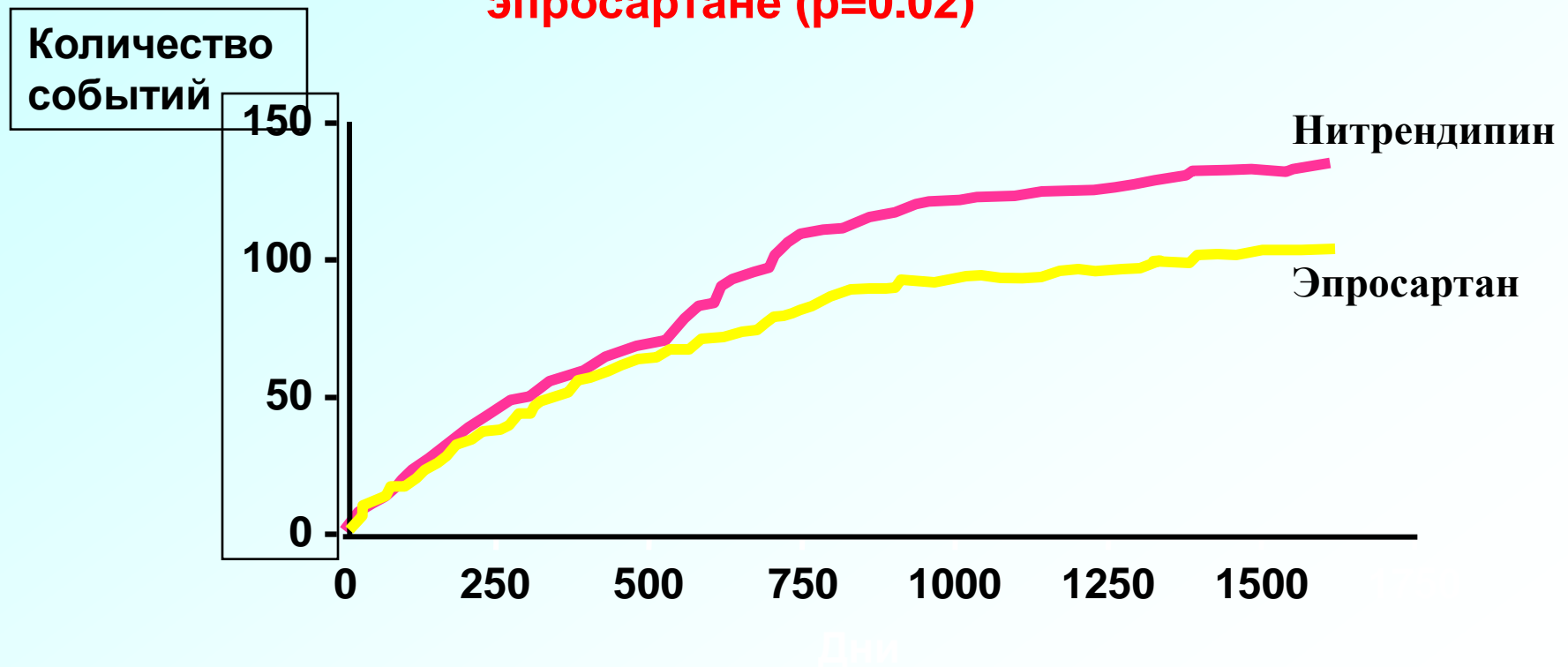
4993 пациента 70-89 лет на протяжении ~3,7 лет



На фоне терапии кандесартаном по сравнению с плацебо было отмечено замедление скорости развития деменции

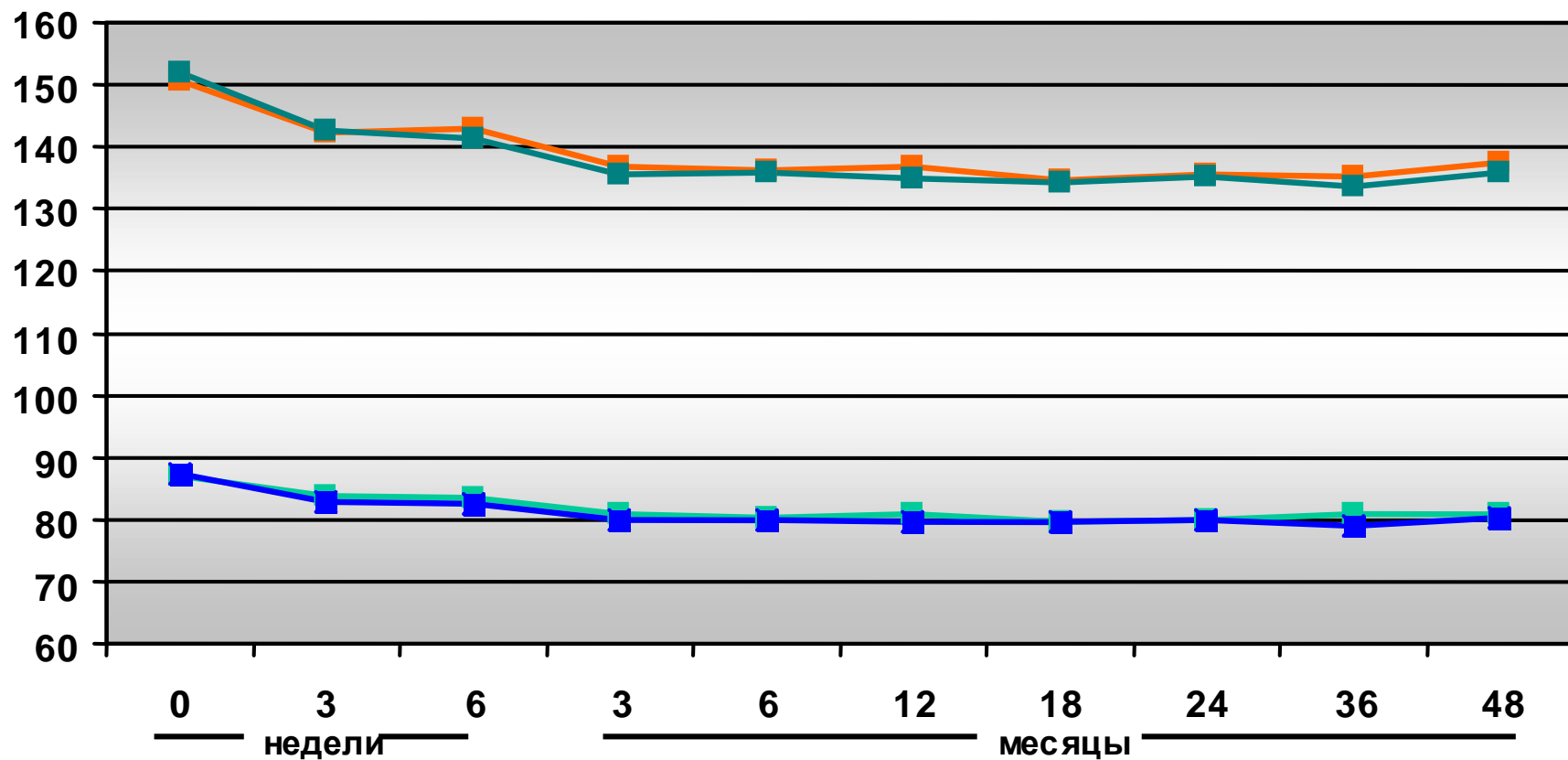
MOSES - сравнение эпросартана и нитрендипина

**Риск повторного
инсульта на 25% ниже на
эпросартане (p=0.02)**

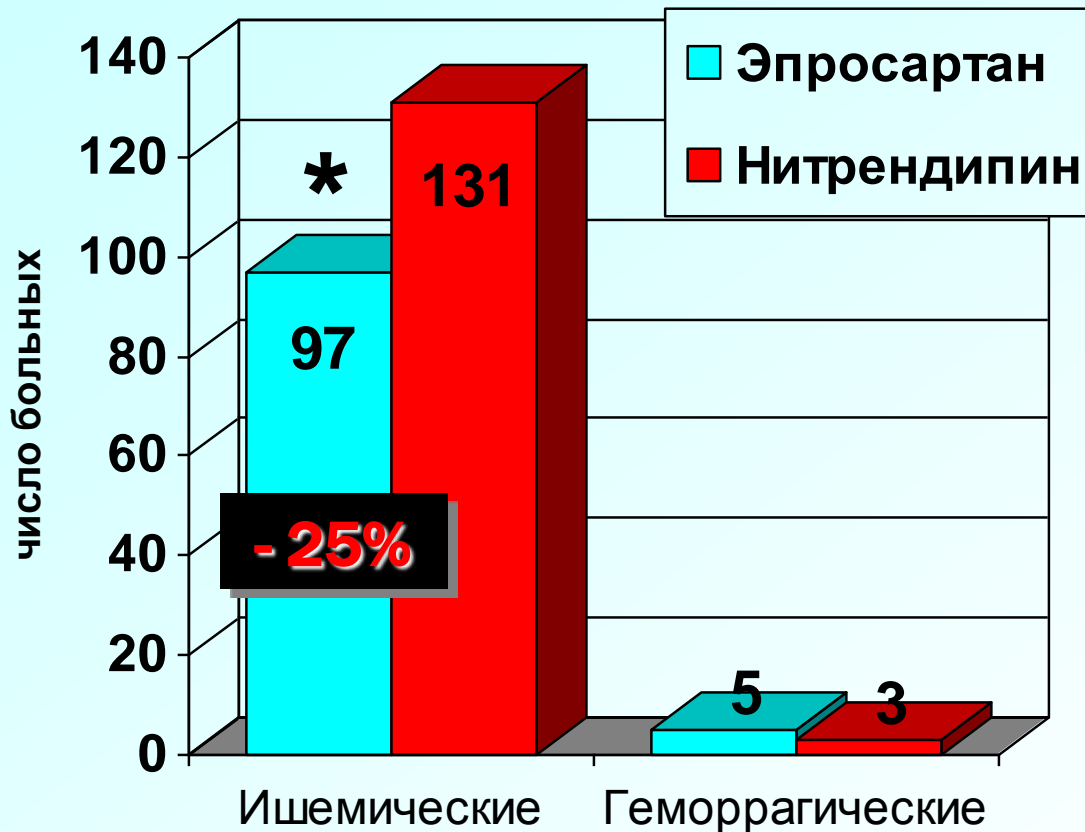


Уровни САД и ДАД

мм рт.ст. — Эпросартан САД — Нитрендипин САД — Эпросартан ДАД — Нитрендипин ДАД



Частота повторных нарушений мозгового кровообращения



Уменьшение риска ишемического инсульта – это не только снижение АД, но и проявление добавочного негипотензивного эффекта

Метаанализ 26 проспективных рандомизированных исследований (2007)

206 000 пациентов, у которых развилось суммарно 7505 инсультов

Относительный риск инсульта был достоверно выше – на 17%, $P=0,03$ - при лечении препаратами, снижающими уровень ангиотензина II в крови, в сравнении с лекарствами, повышающими его уровень

Вывод: АГП, увеличивающие образование ангиотензина II (БРА, тиазидовые диуретики, дигидропиридиновые АК), независимо от степени снижения АД более существенно предотвращают риск инсульта, чем лекарства, уменьшающие содержание ангиотензина II (ББ, ингибиторы АПФ, недигидропиридиновые АК)

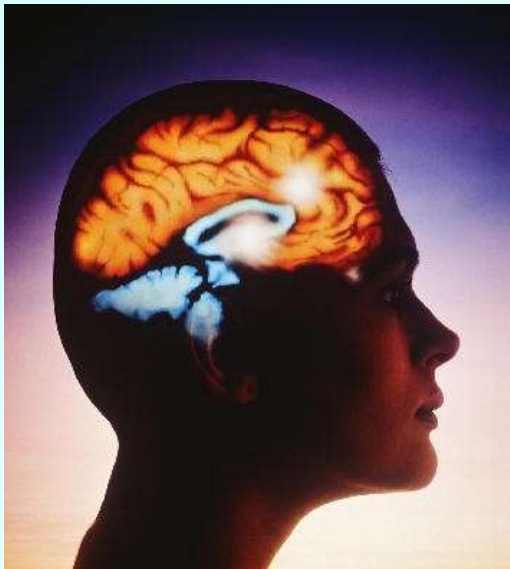
Возможные механизмы: 1) стимуляция АТ2-рецепторов → образование коллатералей и повышение устойчивости нейронов к аноксии при ишемии мозга, 2) ↑ ангиотензина IУ → стимуляция АТ4-рецепторов головного мозга (улучшение когнитивной функции).



Церебропротекторное действие БРА зависит не только от снижения АД.

1. Блокада АТ1-рецепторов → нейропротекция, нейрорегенерация, ауторегуляция ЦК, предотвращение ишемии.

2. ↑ ангиотензина IУ → стимуляция АТ4-рецепторов головного мозга (улучшение когнитивной функции).

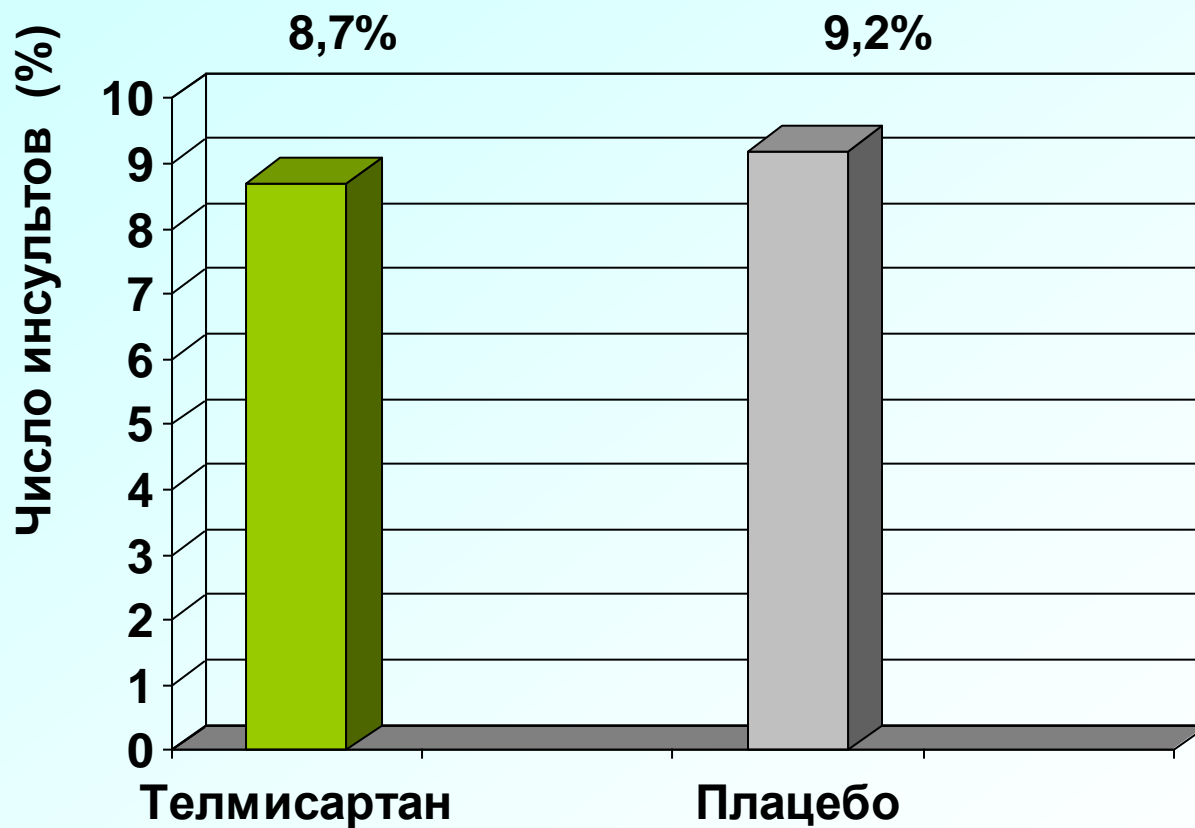


3. Защита сосудов мозга от разрушительного действия амилоида β , с которым связывают прогрессирование б-ни Альцгеймера

PROFESS: 2008г

- Самое крупное исследование по вторичной профилактике инсульта - 20,332 пациента, 695 центров в 35 странах, период наблюдения 4 года

PROFESS: телмисартан в профилактике повторного инсульта

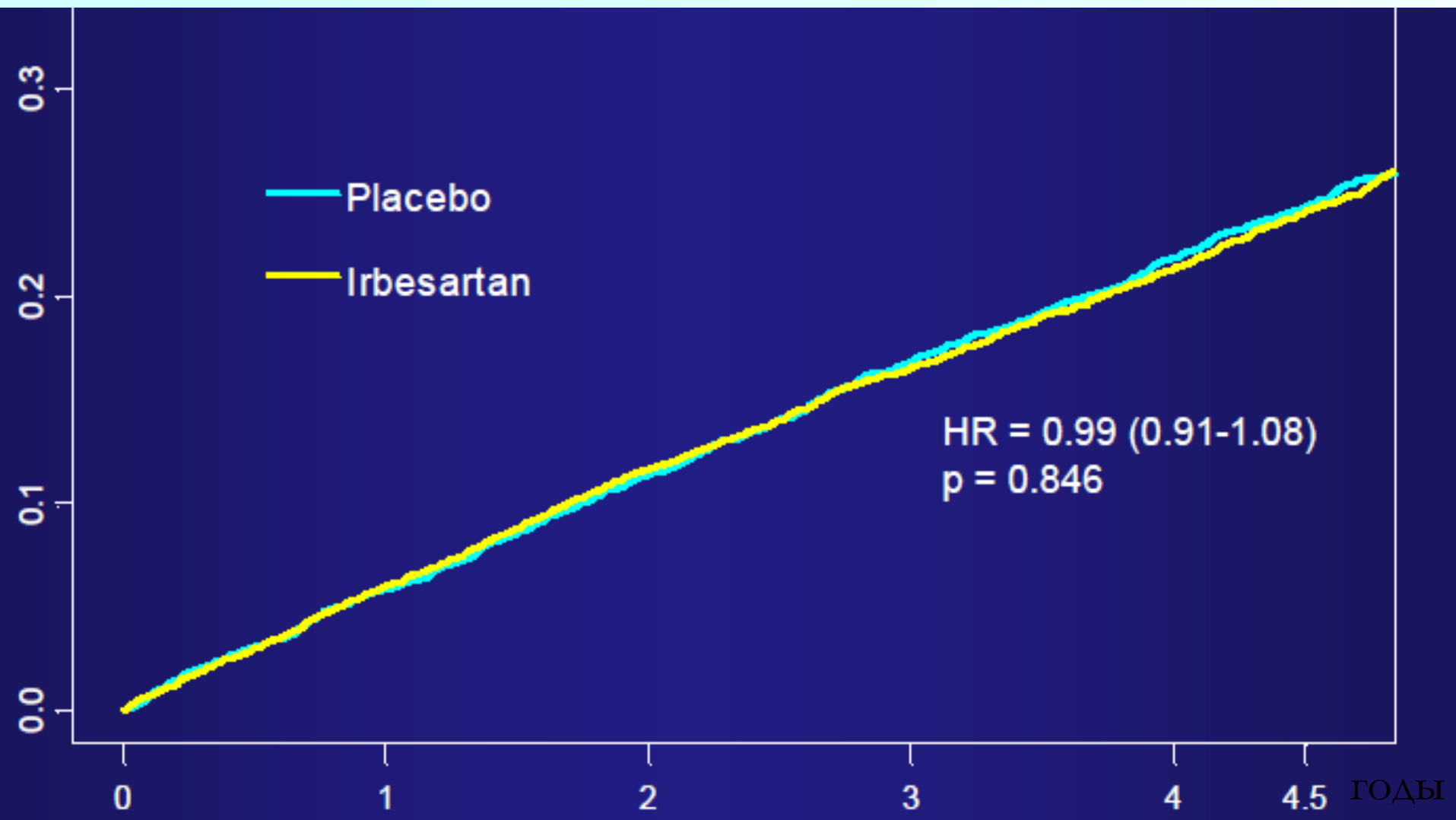


ACTIVE(2009): ирбесартан vs плацебо у больных с фибрилляцией предсердий

- 9 тыс. больных с ФП, 80% - с АГ.
- Все больные с АГ получали необходимую антигипертензивную терапию
- Исходное АД 138/75 мм.рт.ст.
- Добавление **ирбесартана** не уменьшало смертность от с-с заболеваний и частоту инфаркта и инсульта

ACTIVE

Инсульт, ИМ, смертность от С-С заболеваний



Есть ли разница между антигипертензивными препаратами внутри класса?

Церебропротекторное действие доказано для:

лозартана

эпросартана

кандесартана

Не доказано для:

телмисартана

ирбесартана

Церебропротекторное действие
диуретиков (индапамида)

РАТС:исследование постинсультной антигипертензивной терапии (Китай,1995)

Участники: 5665 больных, перенесших
ТИА или малый инсульт

Лечение: индапамид 2,5 мг 3 года

Для профилактики 1 инсульта нужно
лечить 34 больных 3 года

Эффективность активного лечения в исследовании Progress

- Лечение периндоприлом в комбинации с индапамидом позволяет предотвратить 1 инсульт среди 14 больных, лечущихся в течение 5 лет
- Лечение эффективно как у **нормотензивных**, так и у **гипертензивных** больных
- Лечение предупреждает как **ишемические** (на **24%**), так и **геморрагические** (на **50%**) инсульты, особенно эффективно - **геморрагические**

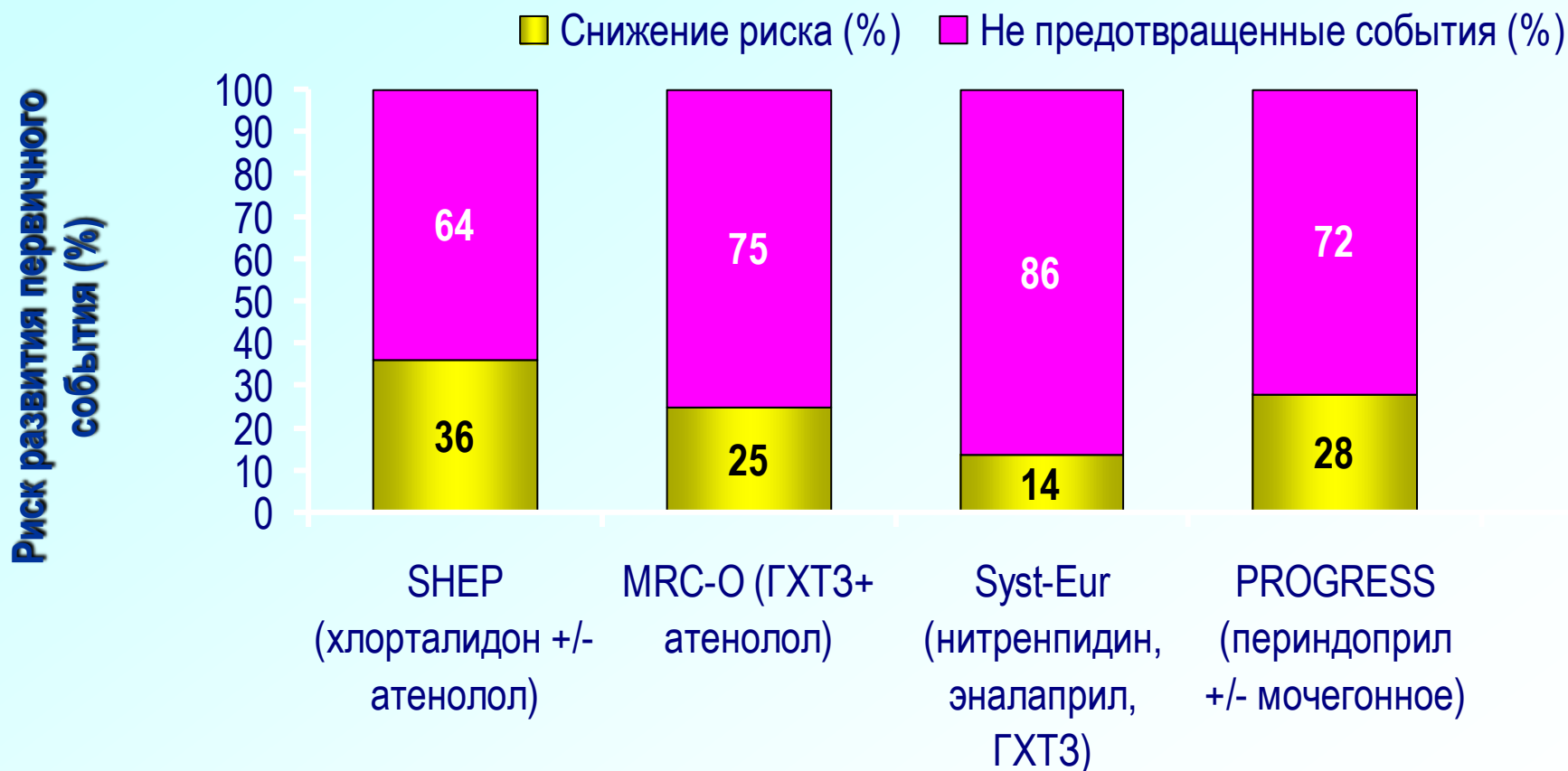
Снижение АД у больных старше 80 лет уменьшает смертность на 21%

	ITT	P value	PP	P value
Общая смертность	-21%	0.01	-28%	0.001
Фатальные инсульты	-39%	0.046	-45%	0.02
Все инсульты	-30%	0.055	-34%	0.03
Кардиоваскулярная смертность	-23%	0.058	-27%	0.03
СН	-64%	0.001	-72%	0.001

Плацебо

Индапамид SR
+периндоприл

Лечения одного ФР недостаточно: СС риск остается даже после антигипертензивной терапии



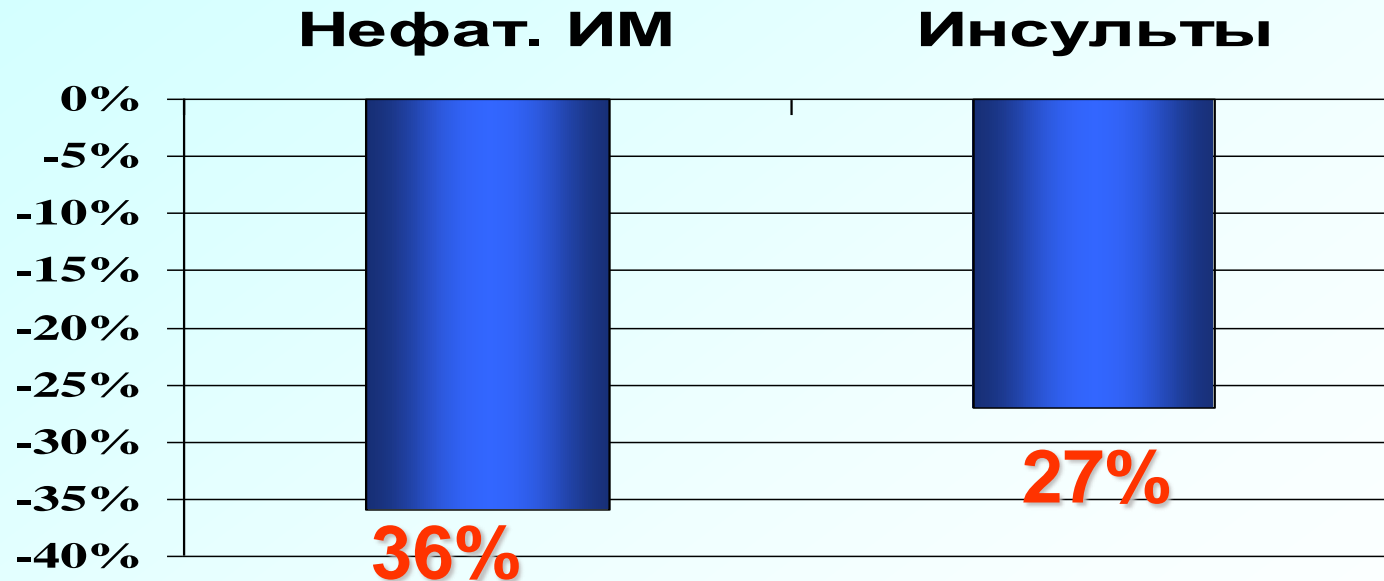
ГХТ3=гидрохлортиазид.

SHEP Cooperative Research Group. *JAMA*. 1991;265:3255-3264. MRC Working Party. *BMJ*. 1992;304:405-412. Staessen JA et al, for the Syst-Eur Trial Investigators. *Lancet*. 1997;350:757-764. PROGRESS Collaborative Group. *Lancet*. 2001;358:1033-1041.

Мировые исследования

Исследование «ASCOT»

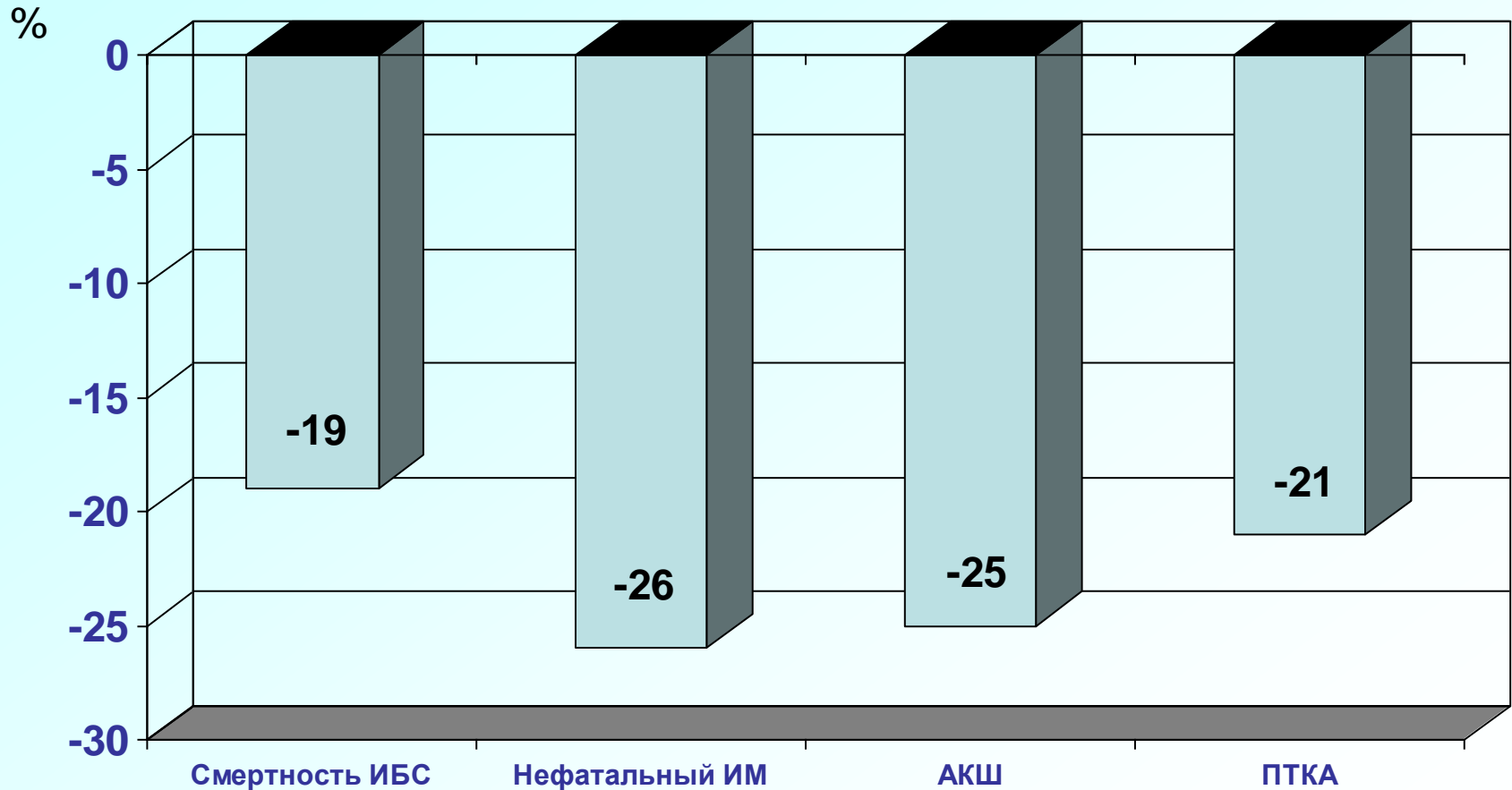
Дизайн: 10 305 больных с ОХ не >6,5 ммоль/л,
а/гиперт. терапия + Аторвастатин (10мг/сут) или плацебо;
спустя 3,3 года прекращено досрочно!



Доказанная безопасность: 1 случай нефатального рабдомиолиза у мужчины, злоупотреблявшего алкоголем!

Снижение СС событий при лечении статинами

(уменьшение ХС ЛПНП на 1 ммоль/ л)





Мета-анализ 24 исследований (165 000 больных)

Выводы

- **Доказана эффективность применения статинов для первичной профилактики инсультов (HPS, JUPITER)**
- **Агрессивная липидоснижающая терапия (SPARCL) уменьшает кол-во повторных (особенно фатальных) ишемических инсультов, несмотря на незначительное увеличение геморрагических**
 - **Снижение ХС ЛПНП на каждые 39 мг/дл приводит к 21% уменьшению относительного риска инсультов**

Антитромбоцитарная терапия снижает СС риск

Категория исследований

ИМ в анамнезе

Острый ИМ

Предшествующий
инсульт/транзиторная ишем. атака

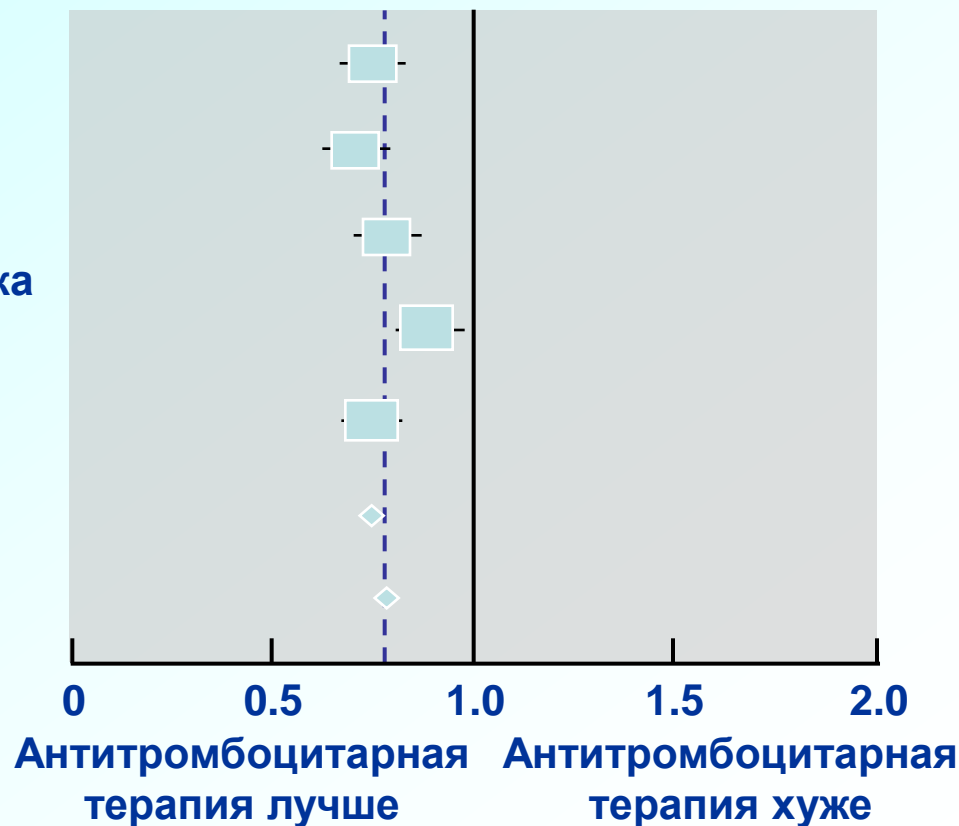
ОНМК

Другой высокий риск

Все исследования, кроме ОНМК

Все исследования

Антитромбоцитарная терапия: контроль



75-150 мг - наиболее оптимальный диапазон суточной дозы Аспирина для профилактики ССЗ

<i>Дозы аспирина / сутки (мг)</i>	<i>К-во пациентов</i>	<i>Относительное снижение риска в сравнении с контролем</i>
500-1000	22451	19%
160-325	26513	26%
75-150	6776	32%
<75	3655	13%

Снижение риска сердечно-сосудистых катастроф (ИМ/инсульт/сердечно-сосудистая смерть) у пациентов высокого риска под влиянием различных доз Аспирина

Мета-анализ АТС, Brit.Med.J., 2002, 324, 71-86

Антиагреганты

ASA 2006 Secondary Stroke Recommendations

- Использование аспирина, комбинаций аспирина с клопидогрелем и дипиридамолом примерно одинаково полезно.
- Комбинация аспирина и дипиридамола может быть использована вместо монотерапии аспирином. [Class IIa, Level A]
- Клопидогрель может быть использован вместо аспирина. [Class IIb, Level B]

Вторичная профилактика инсультов

ASA 2006 Secondary Stroke Recommendations

- Повышение дозы аспирина у больных с цереброваскулярными событиями, уже принимавшими аспирин, не приводит к улучшению течения заболевания.
- Нет преимущественного антиагреганта, который бы рекомендовался в этих случаях, может рассматриваться любая замена.

Вторичная профилактика инсультов

- **Выбор антиагреганта должен базироваться на индивидуальной оценке факторов риска как ишемического события, так и кровотечений, толерантности к препарату и других клинических особенностей.**



ВЫВОДЫ

Выбирая лечение необходимо учитывать специфические особенности и доказанные преимущества отдельных препаратов и индивидуальные потребности пациента (группа риска, сопутствующая патология).

Самое главное: выбирайте препараты, которые доказали положительное влияние на выживаемость в больших клинических исследованиях.

Выбранная тактика лечения определит будущее пациента, поэтому начинать терапию необходимо с наилучшего препарата!