



МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ КИРОВСКОЙ ОБЛАСТИ

РАСПОРЯЖЕНИЕ

03.06.2016

№ 708

г. Киров

Об утверждении регионального клинического протокола вторичной профилактики после перенесенного острого нарушения мозгового кровообращения на амбулаторном этапе

В целях обеспечения качества оказания медицинской помощи населению, формирования единых подходов к диагностике и лечению заболеваний:

1. Главным врачам областных государственных медицинских организаций обеспечить внедрение регионального клинического протокола вторичной профилактики после перенесенного острого нарушения мозгового кровообращения на амбулаторном этапе (далее – протокол), утвержденного КРОО «Ассоциация медицинских работников Кировской области» согласно приложению, и мониторинг его выполнения при проведении внутреннего контроля качества и безопасности медицинской деятельности.

2. И.о. начальника отдела по связям с общественностью и средствам массовой информации КОГБУЗ «Медицинский информационно-аналитический центр» Казанцевой О.Н. протокол на официальном сайте министерства здравоохранения Кировской области.

3. Контроль за исполнением распоряжения возложить на заместителя министра здравоохранения Кировской области Пересторонину А.В.

Министр



Е.Д. Утемова

Региональный клинический протокол вторичной профилактики после перенесенного острого нарушения мозгового кровообращения на амбулаторном этапе

Возрастная категория: взрослое население.

Условия оказания медицинской помощи: амбулаторно-поликлинические.

Руководство предназначено для врачей-специалистов: врач-терапевт (врач-терапевт участковый, врач-терапевт участковый цехового лечебного участка, врач общей практики (семейный врач)).

Классификация инсульта по патогенезу

1. Геморрагический инсульт (далее – ГИ), код МКБ 10 – I60-I61

Петехиальные кровоизлияния и смешанные инсульты;

Внутричерепные кровоизлияния;

Субарахноидальные, внутрижелудочковые и внутримозговые кровоизлияния с прорывом крови субарахноидально или внутрь желудочков.

2. Ишемический инсульт (далее – ИИ), код МКБ 10 – I63

Атеротромботический инсульт (включая артерио-артериальную эмболию), код МКБ 10 – I63.3;

Кардиоэмболический инсульт, код МКБ 10 – I63.4;

Гемодинамический инсульт – протекает по типу малого;

Лакунарный инсульт – протекает по типу малого;

Инсульт по типу гемореологической микроокклюзии – протекает по типу малого

3. Венозный тромбоз синусов, код МКБ 10 – I67.6

На амбулаторном этапе: Хроническая недостаточность мозгового кровообращения, код МКБ 10 - I67.8

Последствия ОНМК (паралитические синдромы, код МКБ10 – G81-G83)

Преходящие нарушения мозгового кровообращения (далее – ПНМК) или транзиторные ишемические атаки (далее – ТИА) – это острое нарушение мозгового кровообращения по ишемическому типу у больного с сосудистым заболеванием (артериальная гипертония, ИБС, ревматизм и др.), при котором остро возникшие очаговые неврологические симптомы регрессируют в течение нескольких минут, реже – часов, но не более суток и заканчиваются полным восстановлением нарушенных функций, код МКБ 10 – G45.

Малый инсульт – это острое нарушение мозгового кровообращения по ишемическому типу, при котором нарушенные функции полностью восстанавливаются в течение первых 3 недель заболевания. Код МКБ 10 – I63.3–I63.4

Таблица 1

Классификация ОНМК от начала заболевания

Период	Срок периода
Острейший период	Первые 24 часа
Острый период	1-21 сутки
Подострый период	21 сутки – 3 месяца
Ранний восстановительный	3-6 месяцев
Поздний восстановительный период	6-12 месяцев
Последствия ОНМК	Более 12 месяцев

Вторичная профилактика инсультов – это комплекс мероприятий, направленных на предотвращение возникновения повторных нарушений мозгового кровообращения (далее – НМК). Разработкой индивидуальной программы по вторичной профилактике инсульта, мероприятий занимается комплекс специалистов, осуществляющих диспансерное наблюдение лиц, перенесших инсульт. Выбор тех или иных мероприятий зависит от характера перенесенного инсульта и фоновых заболеваний.

Порядок проведения диспансерного наблюдения

(в соответствии с приказом Минздрава России от 21.12.2012 № 1344н «Об утверждении порядка проведения диспансерного наблюдения»)

Пациенты с перенесенными острыми нарушениями мозгового кровообращения со стабильным течением по прошествии 6 месяцев после острого периода подлежат диспансерному наблюдению врачом-терапевтом (врач-терапевт участковый, врач-терапевт участковый цехового участка, врач общей практики (семейный врач) с частотой 1-2 раза в 6 месяцев пожизненно, при необходимости - консультация врача-невролога 1 - 2 раза в год.

Диспансерный прием осуществляют:

врач-терапевт (врач-терапевт участковый, врач-терапевт участковый цехового участка, врач общей практики (семейный врач));
врачи-специалисты (по профилю заболевания);
врач (фельдшер) отделения (кабинета) медицинской профилактики;
врач (фельдшер) центра здоровья;
фельдшер фельдшерско-акушерского пункта (фельдшерского здравпункта) в случае возложения на него руководителем медицинской организации отдельных функций лечащего врача, в том числе по проведению диспансерного наблюдения, в порядке, установленном приказом Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации от 23 марта 2012 год № 252н «Об утверждении порядка возложения на фельдшера, акушерку руководителем медицинской организации при организации оказания первичной медико-санитарной помощи и скорой медицинской помощи отдельных функций лечащего врача по непосредственному оказанию медицинской помощи пациенту в период наблюдения за ним и его лечения, в том числе по назначению и применению лекарственных препаратов, включая наркотические лекарственные препараты и психотропные лекарственные препараты».

Регулярность профилактических посещений – не реже 1 раза в 6 мес.

Таблица 2

№ п/п	Наименование мероприятий	Кратность	Средняя ча- стога в год
Перечень мероприятий, выполняемых врачом, и их кратность			
1	Внимательное ознакомление с выпиской из стационара, с рекомендациями и имеющимися «фоновыми» и сопутствующими заболеваниями, указанными в выписке, с обязательной оценкой результатов дуплексного сканирования	При первичном обращении	
2	Опрос на наличие возможно имевших место симптомов неврологического дефицита (афазия, односторонний парез, нарушение чувствительности, одностороннее выпадение полей зрения, атаксия, дизартрия, нистагм и др.) и оценка имеющихся неврологических симптомов и степени их выраженности	На каждом осмотре	2
3	Оценка корригируемых факторов риска (таблица 3) и уточнение методов их коррекции	На каждом осмотре	2
4	Оценка риска повторного инсульта (таблица 4)	На каждом осмотре	0,5
5	Уточнение факта приема антигипертензивных, гиполипидемических, антиагрегантных, антикоагулянтных и гипогликемических препаратов при наличии показаний	На каждом осмотре	2
6	Опрос и краткое консультирование по поводу табакокурения, характеру питания, физической активности	На каждом осмотре	2
7	Расчет индекса массы тела	На каждом осмотре	2
8	Измерение АД и ЧСС	На каждом осмотре	2
9	Аускультация сонных, подключичных и бедренных артерий	На каждом осмотре	2
10	Оценка пульсации периферических артерий	На каждом осмотре	2
11	В доступной для пациента и родственников форме разъяснить правила приема лекарственных препаратов, выдать список препаратов и режим их приема на отдельном листе крупным шрифтом	На каждом осмотре	2
Перечень лабораторных методов обследования			
1	Уровень ОХС, ХС ЛНП, ХС ЛВП, ТГ	Не реже 1 раза в 6 мес. в первые 1,5 г затем 1 раз в год	1
2	Уровень АПН, АСТ	Через 1 месяц после начала приема статинов, затем 1 раз в год	1
3	Уровень глюкозы крови натощак	1 раз в год	1
4	Уровень креатинина плазмы для расчета СКФ	По показаниям	0,6

№ п/п	Наименование мероприятий	Кратность	Средняя частота в год
5	Лабораторный контроль за терапией непрямыми антикоагулянтами (при их применении)	Первый месяц – 1 раз в неделю, 2-3-ий месяц – 1 раз в мес., затем 1 раз в 3 мес.	8
6	Общий (клинический) анализ крови развернутый	По показаниям	0,5
7	Определение активности креатинфосфокиназы крови	По показаниям у лиц, предъявляющих жалобы на симптомы миопатии на фоне приема статинов	0,1
Перечень инструментальных методов обследования			
1	ЭКГ	Не реже 1 раза в 6 мес.	2
2	Эхо-КГ	По показаниям	0,5
3	Амбулаторное холтеровское мониторирование ЭКГ при подозрении на сопутствующую аритмию или ишемию миокарда	По показаниям	0,5
4	Ультразвуковое исследование брахиоцефальных артерий	По показаниям ⁽¹⁾	0,4

Таблица 3

Основные факторы риска ишемического инсульта или ТИА

Некорригируемые	Корригируемые
Пожилый и старческий возраст	Артериальная гипертензия
Мужской пол	Дислипидемия
Отягощенная наследственность по сердечно-сосудистым заболеваниям	Атеросклеротический стеноз церебральных, сонных и позвоночных артерий
Перенесенные ТИА или ишемический инсульт	Сахарный диабет
	Заболевания сердца (мерцательная аритмия, инфаркт миокарда, аневризма левого желудочка, искусственный клапан сердца, ревматическое поражение клапанов сердца, кардиомиопатии, инфекционный эндокардит и т. д.)
	Ожирение
	Курение
	Чрезмерное употребление алкоголя
	Низкая физическая активность

Шкала оценки риска повторного инсульта (Essen Stroke Risk Score – ESRS)

Факторы риска	Баллы
Возраст < 65 лет	0
Возраст 65-75 лет	1
Возраст > 75 лет	2
Артериальная гипертензия	1
Сахарный диабет	1
Инфаркт миокарда	1
Другие сердечно-сосудистые заболевания (за исключением инфаркта миокарда и фибрилляции предсердий)	1
Заболевание периферических артерий	1
Курение	1
Транзиторная ишемическая атака или ишемический инсульт в дополнение к оцениваемому событию	1

Примечание: ≤ 2 баллов – низкий риск осложнений ($< 4\%$ в год); ≥ 3 баллов – высокий риск осложнений ($\geq 4\%$ в год).

Мероприятия по предупреждению развития повторного инсульта

1. Медицинскому работнику необходимо дать рекомендацию курящему пациенту, перенесшему инсульт или ТИА, прекратить курение, избежать пассивного курения. Эффективными являются консультирование, употребление никотин-содержащих продуктов, медикаментозных препаратов.
2. Пациенты с ИИ или ТИА, злоупотребляющие алкоголем, должны прекратить или снизить потребление алкоголя. Возможно небольшое или умеренное потребление алкоголя (не более 30 г спирта в день для мужчин и 15 г – для беременных женщин); непьющие не должны начинать.
3. Пациентам, которые способны и готовы повысить физическую активность, следует рекомендовать комплексную программу. Для пациентов с ограничением двигательных способностей после ишемического инсульта расширение двигательного режима, по крайней мере, в начале, должно проводиться под наблюдением кинезиотерапевта или специалиста по кардиореабилитации при необходимости с использованием ортопедических средств, а так же средств, препятствующих развитию чрезмерной постинсультной спастичности (в том числе с участием ботулинотерапии).

4. Целесообразно провести оценку питания у пациентов с ИИ или ТИА в анамнезе для исключения переедания или недоедания, целевой ИМТ < 25 кг/м², окружность талии для мужчин < 94 см, женщин < 80 см.
5. Сомнологическое исследование может быть рассмотрено у пациентов с ИИ или ТИА вследствие высокой распространенности апноэ сна в этой группе населения и доказательств того, что лечение апноэ сна улучшает долгосрочный прогноз у этих пациентов.
6. У пациентов, перенесших ИИ или ТИА без видимой причины, целесообразно провести обследование для исключения фибрилляции предсердий (далее – ФП) в течение 6 месяцев с момента инсульта или ТИА (холтеровское мониторирование ЭКГ).
7. Женщинам с ИИ или ТИА постменопаузальная гормональная терапия (эстрогены и/или прогестин) не рекомендована.
8. Иммунизация от гриппа.

Терапия фоновых заболеваний

1. Антигипертензивную терапию необходимо начать или продолжить пациентам с ИИ или ТИА, если систолическое АД ≥ 140 мм. рт. ст. и/или диастолическое АД ≥ 90 мм. рт. ст. У пациентов старческого возраста (старше 80 лет) с ослабленным состоянием здоровья целевые значения САД следует выбирать в зависимости от индивидуальной переносимости. У лиц старше 80 лет с исходным САД ≥ 160 мм. рт. ст. рекомендуется снижать САД до 140–150 мм. рт. ст., при условии, что они находятся в удовлетворительном состоянии физической и психического здоровья. В качестве целевого значения ДАД всегда рекомендуется <90 кроме больных диабетом, для которых рекомендуются целевые значения < 85. Тем не менее, следует учитывать, что значения ДАД от 80 до 85 мм.рт.ст. безопасны и хорошо переносятся.
2. Пациентов с ИБС, перенесших ИИ или ТИА, необходимо вести в соответствии с рекомендациями по ведению ИБС, включающими модификацию образа жизни, рекомендации по диете и медикаментозной терапии.
3. У пациентов, перенесших ИИ или ТИА атеросклеротического происхождения **без верифицированной ИБС**, оптимальным являются целевое снижение уровня холестерина ЛПНП на 50% или снижение уровня холестерина ЛПНП менее 1,8 ммоль. Общий холестерин менее 4 ммоль/л.

4. Терапия **сердечной недостаточности** с обязательным включением при отсутствии противопоказаний бета-адреноблокаторов, и-АПФ, особенно при систолической дисфункции, (ФВ <40%). Использование антагонистов альдостерона особенно у пациентов с ФВ 35% и менее, сахарным диабетом. Согласовать лечебные назначения с кардиологом.
5. Терапия любых сопутствующих заболеваний, таких как бронхиальная астма и ХОБЛ, анемии, нарушениями ритма сердца и т.д. проводятся, исходя из рекомендаций соответствующих специалистов.
6. После ТИА или ИИ всем пациентам следует **исключить сахарный диабет** (далее – СД). Необходимо провести исследование гликемии натощак, тест на толерантность к глюкозе или определить гликированный гемоглобин (HbA1c). При выборе теста и сроков необходимо руководствоваться тем, что острое заболевание может временно изменить уровень глюкозы плазмы. Непосредственно после инсульта или ТИА определение HbA1c может быть более точным методом, чем другие скрининговые тесты.
7. При **установленном СД** рекомендовано использование существующих рекомендаций для контроля уровня гликемии (таблица 5).

Таблица 5

	Уровень гликозилированного гемоглобина	
	Молодой, до 45 лет	Средний, от 45 до 59 лет Пожилкой, от 60 до 74 лет и/или ОПЖ <5 лет
Нет тяжелых осложнений и/или риска тяжелой гипогликемии	<6,5%	<7,0%
Есть тяжелые осложнения и/или риск тяжелой гипогликемии	<7,0%	<7,5% <8,0%

Лекарственная терапия для вторичной профилактики инсультов

Таблица 6

Перечень лекарственных препаратов для медицинского применения, в том числе лекарственных препаратов для медицинского применения, назначаемых по решению врачебных комиссий медицинских организаций

B01AA	антагонисты витамина K	варфарин	таблетки
B01AX	прочие антикоагулянты	ривароксабан	таблетки, покрытые пленочной оболочкой
N02BA	салициловая кислота и ее производные	ацетилсалициловая кислота	таблетки; таблетки, покрытые кишечнорастворимой оболочкой; таблетки, покрытые кишечнорастворимой пленочной оболочкой
B01AC	антиагреганты	клопидогрел	таблетки, покрытые пленочной оболочкой

Выбор антитромботической и антиагрегантной терапии

Выбор антитромботического средства должен быть индивидуальным, основанным на факторах риска, стоимости, переносимости, предпочтений пациента, взаимодействия с другими препаратами и другими клиническими характеристиками, состояния функции почек.

Назначение новых оральных антикоагулянтов показано при непереносимости варфарина, при затруднении достижения целевого МНО при соблюдении рекомендаций по коррекции в течение 3 мес.

С целью повышения приверженности к терапии при выборе антикоагулянтов необходимо отдавать предпочтение варфарину.

Назначение новых оральных антикоагулянтов должно происходить с учетом клинических показаний и риска их отмены вследствие недостаточной приверженности.

Подбор поддерживающей дозы варфарина в соответствии с показателями МНО

Первые два дня — 2 таблетки (5 мг) однократно вечером после ужина	
3 день	Утром определить МНО
	МНО <1,5 Увеличить суточную дозу на ½ таблетки. Определить МНО через 1-2 дня
	МНО 1,5-2,0 Увеличить суточную дозу на ¼ таблетки. Определить МНО через 1-2 дня
	МНО 2,0-3,0 Оставить суточную дозу без изменений. Определить МНО через 1-2 дня
	МНО 3,0-4,0 Уменьшить суточную дозу на ¼ таблетки. Определить МНО через 1-2 дня
4-5 день	МНО >4,0 Пропустить 1 прием, далее суточную дозу уменьшить на ½ таблетки. Определить МНО через 1-2 дня
	Утром определить МНО. Действия соответствуют алгоритму 3-го дня. Если подбор дозы занимает более 5-ти дней, дальнейшая кратность МНО 1 раз в два дня с использованием алгоритма 3-го дня

Недопустимо первичное назначение новых антикоагулянтов без данных о непереносимости или недостаточной эффективности варфарина.

Пациенты, которым не могут быть назначены антикоагулянты (непереносимость варфарина или ривороксабана), должны получать монотерапию аспирином.

С целью повышения приверженности к терапии при выборе антиагрегантов необходимо отдавать предпочтение препаратам ацетилсалициловой кислоты.

Применение комбинации аспирина и клопидогреля повышает риск кровотечения и не рекомендовано в качестве рутинной профилактики повторного инсульта или ТИА.

Выбор антитромботических средств у пациента, перенесшего ИИ или ТИА зависит от имеющихся фооновых заболеваний

Фооновое заболевание	Варфарин/ целевое МНО	Ривароксабан	Аспирин	Клопидогрел
После ИИ и ТИА без ФП и поражения клапанов.			Аспирин 50-325 мг/сутки	
Неклапанная фибрилляция предсердий (далее – ФП), пароксизмальной или постоянной формы	Показан/2,0-3,0	возможен		
ФП клапанной этиологии	Показан/2,5-3,5			
Протезированные сердечные клапаны с механическими протезами	Показан/2,5-3,5		Показан в дозе 75-100 мг/сутки при отсутствии высокого риска геморрагических осложнений ⁽²⁾	
Протезированные сердечные клапаны с биологическими протезами	Возможен/2,0-3,0			
Ревматическое поражение клапанов	Показан/2,0-3,0			
Врожденное поражение клапанов или заболеванием клапанов ревматического генеза без ФП			Аспирин 75-100 мг/сутки	

Редкие фооновые заболевания при инсульте

Пролапс митрального клапана	Аспирин 75-100 мг/сутки			
Острый церебральный венозный тромбоз или Повторные тромботические эпизоды в анамнезе	Показано назначение варфарина с целевым МНО 2,0-3,0 на 3 месяца с последующим приемом аспирина 75-100 мг/сутки			
Наследственная тромбофилия	Возможно назначение варфарина с целевым МНО 2,0-3,0			
Врожденные пороки сердца - септальные дефекты	Аспирин 75-100 мг/сутки			
Серповидноклеточная анемия	Аспирин 75-100 мг/сутки			
Антифосфолипидные антитела	Аспирин 75-100 мг/сутки			
Наличие критериев антифосфолипидного синдрома ⁽³⁾	Варфарин с целевым значением МНО 2,0-3,0			
Гипергомоцистеинемия	Назначение Фолиевой кислоты в дозе не менее 4 мг/сут + витаминами В12 и В6 + Аспирин 75-100 мг/сутки			

Болезнь Фабри Беременным, при высоком риске тромбозов, например при гиперкоагуляции, или при наличии протезированных механических клапанов	Заместительная терапия ферментом альфа-галактозидазой Адекватная доза низкомолекулярных гепаринов в течение всей беременности, например, подкожное введение каждые 12 часов с мониторингом АЧТВ; адекватные дозы низкомолекулярных гепаринов с мониторингом ингибитора Х фактора свертываемости; или низкомолекулярные гепарины до 13 недели с переходом на варфарин до середины третьего триместра с возобновлением гепаринотерапии до родов
Беременным при отсутствии высокого риска тромбозов/обли- ческих осложнений	Низкомолекулярными гепаринами в течение первого триместра с переходом на аспирин до конца беременности

Сосудистая хирургия

1. Оперативное лечение стенозов сонных артерий абсолютно показано у симптомных пациентов (инсульт на стороне стеноза) со стенозами более 60%, если частота периоперационного показателя «инсульт + летальность от инсульта» составляет в учреждении менее 3% для больных с ТИА и менее 5% для больших, перенесших инсульт. Общая летальность не должна превышать 2%. Каротидная эндартерэктомия (далее – КЭА) противопоказана симптомным пациентам со стенозами менее 50%.
2. Возможно выполнение КЭА у пациентов со стенозом ВСА от 50 до 60% с учетом морфологической нестабильности атеросклеротической бляшки (изъязвление, кровоизлияние в бляшку, флотация интимы, пристеночный тромб) с учетом неврологической симптоматики – ТИА или инсульт в течение последних 6 месяцев.
3. Целесообразно выполнение КЭА в ближайшие сроки (**в течение двух недель**) от начала последнего эпизода ОНМК при инсультах с хорошим восстановлением функций (не более 3 баллов по шкале исходов инсультов по модифицированной шкале Рэнкин⁽⁴⁾), через 6–8 недель после полных инсультов. КЭА может быть выполнена в течение ближайших дней после ТИА.

4. КЭА может быть рекомендована бессимптомным пациентам (со стенозом без ИИ или ТИА или стенозом на контралатеральной стороне относительно перенесенного ТИА и ИИ) со стенозами от 70 до 99%, если операционный риск составляет менее 3%.

5. Для пациентов с окклюзией сонной артерии наложение экстра-интракраниального анастомоза в рутинном порядке не рекомендовано.

Антиагрегантная терапия аспирином в дозе от 75 до 325 мг ежедневно показана пациентам с атеросклерозом экстракраниальных артерий для профилактики ОИМ или других ишемических сердечно-сосудистых катастроф, хотя не было доказано эффективности такого лечения для профилактики инсульта у асимптомных больных.

Аспирин в дозе от 100 мг до 150 мг в день должен назначаться перед и после КЭА. Отмена аспирина перед КЭА нецелесообразна и повышает риск неврологических осложнений.

Пациентам с атеросклерозом экстракраниальных артерий с ИИ или ТИА в анамнезе, рекомендована антиагрегантная монотерапия аспирином (75–325 мг ежедневно), либо клопидогрелем (75 мг ежедневно), что является более предпочтительным, чем комбинация аспирина с клопидогрелем.

Клопидогрель или двойная антитромбоцитарная терапия может назначаться больным с мультифокальным атеросклерозом.

Каротидное ангиостентирование (далее – КАС) должно выполняться под прикрытием двойной антиагрегантной терапии (аспирин и клопидогрель) которая должна начинаться перед КАС и продолжаться в течение 3 мес. после стентирования.

Профилактика геморрагического инсульта

В случае ГИ, связанного с сосудистой аномалией (аневризма, кавернома, артериовенозная мальформация), пациенту, кроме коррекции модифицируемых факторов риска повторного инсульта, рекомендуется оперативное лечение с исключением сосудистой аномалии из кровотока (в том числе в рамках ВМП).

Антиагрегантная терапия не противопоказана при геморрагической трансформации ишемических очагов при отсутствии признаков продолжающегося кровотечения (I тип ГИ).

При ГИ антитромбоцитарная терапия противопоказана, кроме ситуаций, когда они назначены в связи с другой серьезной патологией.

Назначение антикоагулянтов в необходимых случаях возможно через 1-2 месяца от перенесенного неосложненного ГИ небольших размеров в случае эффективной антигипертензивной терапии ($AD < 140/90$ мм.рт.ст.).

Антиагрегантная терапия может быть рекомендована через 1-2 месяца после ГИ, если есть сопутствующий значимый атеросклероз сосудов и высокий риск ишемических событий.

Приложения

Показания к дуплексному сканированию БЦА.⁽¹⁾

1. Экстренные (в первые часы заболевания):

пациентам, перенесшим ИИ, ТИА; при расслоении сонной и позвоночной артерий (травмы шеи, артериопатия).

2. Плановые:

2.1. Динамическое наблюдение при выявлении атеросклеротической бляшки у взрослых:

первый осмотр через 6 мес. после выявления;

в дальнейшем при отсутствии изменений структуры и размеров атеросклеротической бляшки, динамическое наблюдение 1 раз в год.

2.2. Динамическое наблюдение после каротидной эндартерэктомии (для оценки рецидива стеноза):

первый осмотр проводится через 3-6 месяцев после операции;

в дальнейшем 1 раз в год.

2.3. Динамическое наблюдение после стентирования сонных артерий:

первый осмотр через 1 месяц;

в дальнейшем каждые 12 месяцев.

2.4. Пациентам перед проведением аортокоронарного шунтирования.

2.5. Лицам перед резекцией аневризмы брюшного отдела аорты.

2.6. Уточнение, рестратификация группы риска у больных артериальной гипертонией среднего и высокого риска.

3. Скрининговое исследование БЦА.

3.1. При первоначальном выявлении тяжелой дислипидемии (ОХ>6,5 ммоль/л).

3.2. С наличием одновременно трех из перечисленных факторов риска:

возраст старше 60 лет;

ИБС;

АГ;

СД 2 типа;

наследственность (инсульт у ближайших родственников: у мужчин моложе 55 лет, женщин – моложе 65 лет);
 табакокурение более 10 сигарет в день более 5 лет.

3.3. При выслушивании шума над сонной артерией.

3.4. С облитерирующим АС нижних конечностей.

3.5. После одно- или двухстороннего облучения шеи по поводу рака головы или шеи.

3.6. При физикальном выявлении аневризмы брюшного отдела аорты.

HAS-BLED Шкала оценки риска кровотечений ⁽²⁾

Факторы риска	Баллы
Артериальная гипертензия (систолическое АД > 160 мм рт.ст.)	1
Нарушенная функция печени (тяжелое хроническое заболевание или повышение билирубина > 2 раз от верхней границы нормы в сочетании с повышенными АСТ/АЛТ > 3 раз от верхней границы нормы)	1
Нарушенная функция почек (диализ, трансплантация или креатинин ≥ 200 мкмоль/л)	1
Инсульт	1
Кровотечение в анамнезе и/или предрасположенность к кровотечениям (в т.ч. анемия)	1
Лабильное МНО (нестабильное/высокое или в терапевтическом диапазоне 65 лет	1
Злоупотребление алкоголем	1
Прием лекарств, повышающих риск кровотечения (антиагреганты, НПВС)	1

Риск высокий при сумме баллов ≥ 3

Пересмотренные критерии антифосфолипидного синдрома, 2006 (Австралийские или сиднейские критерии) ⁽³⁾

Клинические критерии	Описание и комментарии
Сосудистый тромбоз	Один или несколько эпизодов артериального, венозного или тромбоза мелких сосудов в любой ткани или органе подтвержденный КТ/МРТ, доплерограммным исследованием или морфологическим

исследовании тромбоз не должен сочетаться с воспалительными изменениями стенки сосуда.	
Невынашивание беременности	(а) Одна или более смерть плода от 10 и более недель беременности, подтвержденная нормальной морфологией плода при ультразвуковом исследовании или морфологически; либо (б) Одни или более преждевременные роды морфологически нормального новорожденного на сроке от 34 недель беременности в результате тяжелой пре-эклампсии, эклампсии или плацентарной недостаточности ⁵ либо (с) три или более необъяснимых спонтанных аборта на сроке до 10 недель беременности, при исключении анатомических, гормональных и генетических причин невынашивания.
Лабораторные критерии	
Волчаночный антикоагулянт (ВАК):	Положительный лабораторный тест на ВАК обнаруженный два или более раз, с промежутком между исследованиями не менее 12 недель.
Антикардиолипиновые антитела (далее – АКЛА)	Обнаружение АКЛА классов IgG и/или IgM в сыворотке или плазме в среднем или высоком титре (т.е. >40 GPL или MPL, или более 99ого перцентилля здоровой популяции), повторно обнаруженные через не менее чем 12 недель, выявленные с помощью стандартизированной ИФА – тест системы
Антитела к бета-2 гликопротеину (далее – АБ2ГП)	Обнаружение классов IgG и/или IgM в сыворотке или плазме в титре более 99ого перцентилля здоровой популяции, выявленные с помощью стандартизированной ИФА – тест системы

Модифицированная шкала Рэнкин включает пять степеней функциональной недееспособности после инсульта⁽⁴⁾

0 степень	Симптомы отсутствуют
1 степень	Незначительное уменьшение дееспособности. Несмотря на наличие симптомов, пациент продолжает выполнять все обычные обязанности и виды деятельности. У пациента имеются некоторые симптомы после перенесенного инсульта, физические или когнитивные, имеющие отношение, например, к речи, чтению или письму; двигательные или чувствительные расстройства; нарушения зрения, дефекации; эмоциональные расстройства. Но при этом пациент в состоянии выполнять весь объем работы, обязанностей, которые выполнял раньше. Нарушения выражены в незначительной степени и не ведут к ограничению активности
2 степень	Легкая потеря дееспособности. Пациент не может выполнять в полной мере все, что выполнял раньше, но может полностью за собой ухаживать. Пациент может сам одеваться, передвигаться по окрестностям, готовить себе простую еду, есть, отпраивать естественные надобности, ходить по магазинам и путешествовать недалеко от дома без посторонней помощи
3 степень	Средняя степень потери дееспособности. Пациент нуждается в помощи, но может самостоятельно ходить. Пациент может передвигаться самостоятельно (если нужно, используя трость или рамку для ходьбы), может сам одеваться, есть, отправлять

	естественные надобности. Но не может справиться с более трудными задачами
4 степень	Среднетяжелая степень нарушения дееспособности. Пациент не может ходить без посторонней помощи, не может полностью за собой ухаживать без посторонней помощи.
5 степень	Тяжелое нарушение дееспособности. Пациент прикован к постели, имеется недержание мочи. Требуется постоянный уход и внимание сиделки. Необходимо постоянное присутствие и уход сиделки в течении дня и ночью