Журнал неврологии и психиатрии им. С.С. Корсакова
2023, т. 123, №8, вып. 2, с. 84–89
https://doi.org/10.17116/jnevro202312308284

S.S. Korsakov Journal of Neurology and Psychiatry
2023, vol. 123, no. 8, issue 2, pp. 84–89
https://doi.org/10.17116/jnevro202312308284

Факторы риска и приверженность лечению пациентов с цереброваскулярными заболеваниями

© Л.И. ПЫШКИНА[1], А.А. ТЯЖЕЛЬНИКОВ[1, 2], А.А. КАБАНОВ[1], Д.Т. ШЕРАЗАДИШВИЛИ[1], З.Х. ОСМАЕВА[3], С.В. ПРИКАЗЧИКОВ[1, 4], П.Р. КАМЧАТНОВ[1, 5]

[1]ФГАОУ ВО «Российский национальный исследовательский медицинский университет им. Н.И. Пирогова» Минздрава России, Москва, Россия;
[2]ГБУЗ «Консультативно-диагностическая поликлиника №121 Департамента здравоохранения Москвы», Москва, Россия;
[3]Медицинский институт ФГБОУ ВО «Чеченский государственный университет», Грозный, Россия;
[4]ГБУ «Научно-исследовательский институт организации здравоохранения и медицинского менеджмента Департамента здравоохранения Москвы», Москва, Россия;
[5]ГБУЗ «Городская клиническая больница им. В.М. Буянова Департамента здравоохранения Москвы», Москва, Россия

Резюме

Цель исследования. Оценка представленности факторов риска (ФР) и приверженности лечению у пациентов с цереброваскулярными заболеваниями.

Материал и методы. Проведено одномоментное поперечное несравнительное исследование, в которое были включены 492 пациента, из которых 133 перенесли ишемический инсульт (ИИ)/транзиторную ишемическую атаку (основная группа, ОГ), у 344 имелась хроническая цереброваскулярная патология (группа сравнения, ГС). Оценивали представленность ФР, состояние когнитивных функций, выраженность тревоги и депрессии.

Результаты. Респонденты ОГ чаще, чем ГС, посещают профильных специалистов ($p<0,001$), более привержены приему антиагрегантов ($p<0,003$), статинов ($p<0,005$), антигипертензивных препаратов ($p<0,005$). Регулярный прием антитромботических препаратов оказался ассоциированным с наличием перенесенного ИИ ($r=0,483$; $p<0,01$), сахарным диабетом 2-го типа ($r=0,637$; $p<0,011$), фибрилляцией предсердий ($r=0,481$; $p<0,001$), проживанием в семье ($r=0,493$; $p<0,03$). Установлена обратная корреляционная связь между систематическим приемом антитромбоцитарных препаратов и возрастом респондентов ($r=–0,637$; $p<0,002$), наличием когнитивных нарушений ($r=–0,433$; $p<0,05$), перенесенными заболеваниями желудочно-кишечного тракта (язвенная болезнь желудка и двенадцатиперстной кишки) ($r=–0,563$; $p<0,001$). Нерегулярный прием лекарственных препаратов чаще наблюдался у пациентов в возрасте старше 60 лет по сравнению с более молодыми (17,3 и 6,4% соответственно, $p=0,001$), у больных, проживающих в семье, по сравнению с одинокими (85,6 и 65,1%, $p=0,032$). Наличие перенесенного ИИ или инфаркта миокарда связано с повышенной приверженностью регулярному приему препаратов.

Заключение. Изучение ФР и оценка приверженности лечению способны обеспечить формирование эффективной стратегии первичной и вторичной профилактики цереброваскулярных заболеваний.

Ключевые слова: *артериальная гипертензия, сахарный диабет, нарушение мозгового кровообращения, ишемический инсульт, приверженность лечению, вторичная профилактика, лечение.*

Информация об авторах:
Пышкина Л.И. — https://orcid.org/0000-0001-6418-8063
Тяжельников А.А. — https://orcid.org/0000-0002-2191-0623
Кабанов А.А. — https://orcid.org/0009-0005-6960-0797
Шеразадишвили Д.Т. — https://orcid.org/0009-0000-0664-0859
Осмаева З.Х. — https://orcid.org/0000-0002-0889-4227
Приказчиков С.В. — https://orcid.org/0009-0009-7475-2743
Камчатнов П.Р. — https://orcid.org/0000-0001-6747-3476
Автор, ответственный за переписку: Пышкина Л.И. — e-mail: pyshlip@mail.ru

Как цитировать:
Пышкина Л.И., Тяжельников А.А., Кабанов А.А., Шеразадишвили Д.Т., Осмаева З.Х., Приказчиков С.В., Камчатнов П.Р. Факторы риска и приверженность лечению пациентов с цереброваскулярными заболеваниями. *Журнал неврологии и психиатрии им. С.С. Корсакова*. 2023;123(8 вып. 2):84–89. https://doi.org/10.17116/jnevro202312308284

Risk factors and adherence to treatment of patients with cerebrovascular diseases

© L.I. PYSHKINA[1], A.A. TYAZHELNIKOV[1, 2], A.A. KABANOV[1], D.T. SHERAZADISHVILI[1], Z.H. OSMAEVA[3], S.V. PRIKAZCHIKOV[1, 4], P.R. KAMCHATNOV[1, 5]

[1]Pirogov Russian National Research Medical University, Moscow, Russia;
[2]Consultative and Diagnostic Polyclinic No. 121, Moscow, Russia;
[3]Medical Institute of the Chechen State University, Grozny, Russia;
[4]Research Institute of Healthcare Organization and Medical Management, Moscow, Russia;
[5]Buyanov City Clinical Hospital, Moscow, Russia

Abstract
Objective. To assess the representation of risk factors and treatment adherence in patients with cerebrovascular diseases.
Material and methods. A single-stage cross-sectional non-comparable study was conducted, which included 492 patients, of whom 133 had an ischemic stroke/transient ischemic attack (main group, MG), 344 had chronic cerebrovascular pathology (comparison group, CG). The representation of risk factors, the state of cognitive functions, the severity of anxiety and depression were evaluated.
Results. MG respondents visit specialized specialists more often than CG (p<0.001), are more committed to taking antiplatelet agents (p<0.003), statins (p<0.005), antihypertensive drugs (p<0.005). Regular intake of antithrombotic drugs was associated with the history of ischemic stroke (r=0.483; p<0.01), type 2 diabetes (r=0.637; p<0.011), atrial fibrillation (r=0.481; p<0.001), living in a family (r=0.493; p<0.03). An inverse correlation was established between the systematic intake of antiplatelet drugs and the age of the respondents (r=–0.637; p<0.002), cognitive impairment (r=–0.433; p<0.05), the history of the gastrointestinal tract diseases (gastric ulcer and duodenal ulcer) (r=–0.563; p<0.001). Irregular medication intake was observed in patients aged over 60 years compared with younger (17.3% and 6.4%, respectively, p=0.001), patients living in a family compared with single (85.6% and 65.1%, p=0.032). The history of ischemic stroke or myocardial infarction is associated with increased adherence to regular medication.
Conclusion. The study of risk factors and the assessment of treatment adherence can ensure the formation of an effective strategy for primary and secondary prevention of cerebrovascular diseases.

Keywords: *arterial hypertension, diabetes mellitus, cerebrovascular accident, ischemic stroke, adherence to treatment, secondary prevention, treatment.*

Information about the authors:
Pyshkina L.I. — https://orcid.org/0000-0001-6418-8063
Tyazhelnikov A.A. — https://orcid.org/0000-0002-2191-0623
Kabanov A.A. — https://orcid.org/0009-0005-6960-0797
Sherazadishvili D.T. — https://orcid.org/0009-0000-0664-0859
Osmayeva Z.H. — https://orcid.org/0000-0002-0889-4227
Prikazchikov S.V. — https://orcid.org/0009-0009-7475-2743
Kamchatnov P.R. — https://orcid.org/0000-0001-6747-3476
Corresponding author: Pyshkina L.I. — e-mail: pyshlip@mail.ru

To cite this article:
Pyshkina LI, Tyazhelnikov AA, Kabanov AA, Sherazadishvili DT, Osmaeva ZH, Prikazchikov SV, Kamchatnov PR. Risk factors and adherence to treatment of patients with cerebrovascular diseases. *S.S. Korsakov Journal of Neurology and Psychiatry = Zhurnal nevrologii i psikhiatrii imeni S.S. Korsakova*. 2023;123(8 vyp 2):84–89. (In Russ.). https://doi.org/10.17116/jnevro202312308284

Коррекция факторов сердечно-сосудистого риска (ФР) — комплекс мероприятий, наиболее эффективный способ первичной и вторичной профилактики ишемического инсульта (ИИ), снижение бремени болезни, накладываемой на конкретного индивидуума и общество в целом. Артериальная гипертензия (АГ) является важнейшим, хорошо изученным и поддающимся коррекции ФР различных острых и хронических форм нарушений мозгового кровообращения [1, 2]. Риск развития ИИ у больных с артериальным давлением (АД) >160/95 мм рт.ст. увеличивается в 4 раза, с АД >200/115 мм рт.ст. — в 10 раз по сравнению с лицами с нормальным АД. Установлены различные параметры собственно АГ, ассоциированные с повышенным риском развития ИИ, включая уровень как систолического (САД), так и диастолического (ДАД) АД, нарушения ритма сердца, содержание ренина в плазме, микроангиопатию, повышение жесткости крупных артерий, гипертрофию левого желудочка миокарда, которая может стать причиной острой коронарной недостаточности [2, 3]. К развитию нарушений кровоснабжения головного мозга способны привести некоторые заболевания сердца. Так, острый ИИ может быть следствием состояний, сопровождающихся уменьшением сердечного выброса и минутного объема крови (острый инфаркт миокарда (ИМ), нестабильная стенокардия, пароксизмальные нарушения сердечного ритма и проводимости). Риск развития кардиоэмболического ИИ исключительно высок у больных с фибрилляцией предсердий (ФП), инфекционным эндокардитом, кардиомиопатией, ревматическим стенозом митрального клапана. Как постоянная, так и пароксизмальная формы ФП представляют собой значимые самостоятельные ФР развития ИИ. Атеросклероз, особенно с нарушением проходимости крупных артерий, является исключительно важным ФР развития как ИМ, так и ИИ [4—7]. Важными ФР развития ИИ является не только сахарный диабет (СД), но и метаболический синдром, характеризующийся, наряду с гиперинсулинемией, нарушением углеводного обмена и АГ, повышением в плазме крови уровня триглицеридов, снижением содержания липопротеинов высокой плотности и ожирением центрального типа [8, 9]. Табакокурение в 2 раза и более повышает риск развития ИИ, влияние указанного фактора определяется длительностью курения и количеством выкуриваемых ежедневно сигарет. Неблагоприятное воздействие систематического потребления больших доз алкоголя связывают с развитием и тяжелым течением АГ, кардиомиопатии, нарушением ритма сердца [10—12].

Наличие тех или иных ФР или их комбинаций связано с повышенной вероятностью развития ИИ различных патогенетических подтипов. Роль непосредственно воздействия ФР и вероятность развития ИИ модулируются влиянием целого ряда факторов, включая генетические особенности индивидуума, этническую принадлежность, уровень образования, проводимую медикаментозную и нелекарственную коррекцию имеющихся ФР [5, 11—13]. Серьезной проблемой, ограничивающей коррекцию имеющихся ФР, является недостаточная информированность пациентов и здоровых членов популяции об имеющихся ФР, необходимости их коррекции и возможных методах такой коррекции. Проведенные ранее исследования продемонстрировали низкий уровень информированности представителей населения Москвы об основных ФР ИИ [14]. Вместе с тем имеются основания полагать, что информированность пациентов об имеющихся у конкретного больного ФР может быть связана с повышением приверженности пациентов обследованию для уточнения характера патологии, модификации образа жизни и проведению профилактического лечения.

Цель исследования — оценка представленности ФР цереброваскулярных заболеваний (ЦВЗ) и приверженности лечению у пациентов с ЦВЗ.

Материал и методы

Проведено одномоментное поперечное несравнительное исследование. Изначально в исследование были включены 500 пациентов, по разным причинам 8 больных выбыли из него, в итоговый анализ включены сведения о 492 пациентах (281 (58,8%) женщина и 211 (41,0%) мужчин, средний возраст 56,4±14,5 года).

Критерии включения: наличие ЦВЗ, подтвержденных результатами клинико-инструментального обследования; наличие верифицированных ФР ЦВЗ; состояние когнитивных функций, позволяющее провести сбор анамнестических сведений; подписанное информированное согласие на участие в исследовании.

Критерии невключения: органические поражения ЦНС, не связанные с ЦВЗ (травматические, новообразования, воспалительные и демиелинизирующие заболевания); психические и когнитивные нарушения, значительно затрудняющие или исключающие возможность продуктивной беседы с пациентом; отсутствие ЦВЗ или их ФР, нежелание больного принимать участие в исследовании.

Исследование поручило одобрение локального Этического комитета.

Обследование включало проведение структурированного сбора анамнестических и клинических сведений, включая данные о трудовом анамнезе, анализ имеющихся ФР ЦВЗ; клинический осмотр; лабораторно-инструментальное обследование. Пациентам проведена МРТ головного мозга (прибор с напряженностью магнитного поля 1,5 Тл) с использованием стандартных режимов сканирования; ультразвуковая допплерография экстра- и интракраниальных артерий; ЭКГ и эхокардиография, при наличии показаний — суточное мониторирование АД и ЭКГ; определение концентрации в крови глюкозы, триглицеридов, общего холестерина и его фракций, липопротеидов.

Для оценки связи характера течения цереброваскулярной патологии, с одной стороны, и информированности о факторах сердечно-сосудистого риска и приверженности проводимой терапии, с другой, были сформированы две группы больных. Основную группу (ОГ) составили 148 респондентов, перенесших острое нарушение мозгового кровообращения — ИИ или транзиторную ишемическую атаку (ТИА), из них 106 непосредственно перед включением в исследование находились на стационарном лечении по поводу ИИ или ТИА. Группу сравнения (ГС) составили 344 респондентов, не переносивших ранее ИИ или ТИА. Возраст респондентов в ОГ и ГС составил 64,8±11,2 и 53,8±12,4 года соответственно (p=0,056). Оценка функционального статуса проводилась с помощью индекса повседневной жизненной активности Бартел (ИБ). Выраженность когнитивных нарушений оценивалась при помощи Монреальской шкалы оценки когнитивных функций (Montreal Cognitive Assessment, MoCA), тревожных и депрессивных нарушений — Госпитального опросника тревоги и депрессии (Hospital Anxiety and Depression Scale, HADS).

Статистический анализ результатов проведен с использованием пакета программ SPSS 19.0. показатели описательной статистики приведены в виде абсолютных значений (n) и долей (%). Показатели с нормальным распределением приведены в виде среднего и стандартного отклонения (M±SD).

Результаты

У 25 (5,1%) опрошенных имелась 1-я группа инвалидности, у 115 (23,4%) — 2-я группа, у 50 (10,2%) — 3-я группа, 302 (61,4%) не имели инвалидности. Продолжительность ЦВЗ более 14 лет имела место у 52,8% опрошенных. Среди опрошенных 35 (7,1%) были заняты исключительно интеллектуальным трудом (из них 5,6% врачи), 83 (16,9%) — представляли рабочие специальности и были заняты в промышленном производстве или сельском хозяйстве (16,6%), у 374 (76%) респондентов специальность включала как интеллектуальные, так и физические нагрузки. В семье проживали 352 (71,5%) респондентов, 140 (28,5%) — проживали отдельно. Среди обследованных 347 (70,5%) получали амбулаторное и/или стационарное лечение в неврологических отделениях по поводу дисциркуляторной энцефалопатии/хронической ишемии головного мозга.

АГ имела место у 333 (67,7%) респондентов, у 54,8% — в возрасте 40—59 лет и у 91,6% — старше 60 лет (p<0,05). Указанная тенденция к увеличению представленности АГ с нарастанием возраста оказалась характерной как для мужчин, так и для женщин: АГ имела место у 54,1% опрошенных женщин 40—59 лет и 90,9% — в возрасте старше 60 лет и у 66,1% опрошенных мужчин 40—59 лет, у 91,5% — старше 60 лет. Длительность АГ от 1 года до 5 лет имела место у 42,9% респондентов, от 5 до 10 лет — у 19,1%, более 10 лет — у 37,9%. Максимальные цифры САД у пациентов с АГ варьировали от 145 до 220 мм рт.ст. (среднее — 179,9±23,8 мм рт.ст.). Имела место положительная корреляционная связь между длительностью АГ и максимальными значениями САД (r=0,479; p=0,001), а также между уровнем САД и возрастом респондентов (r=0,573; p=0,001). Среди табакокурильщиков распространенность АГ составила 65,1% в общей выборке, среди респондентов старше 59 лет табакокурильщиков оказалось 52,9%.

СД 2-го типа имел место у 11,2% (n=55) респондентов, у опрошенных в возрасте старше 60 лет его распространенность составила 17,1%. При этом среди респондентов с СД 2-го типа от 40 до 59 лет 10 (32,2%) ранее перенесли ИИ. У 73,3% респондентов с СД 2-го типа в возрасте старше 60 лет этот показатель составил 87,2%. ИМ перенесли 18,2% респондентов с СД 2-го типа старше 60 лет.

У 79,2% респондентов значения ИБ составили 100 баллов, у 6,7% — 95 баллов, у 6,3% — 90 баллов, у 3,3% — 75 баллов и менее. В ОГ у 11,2% респондентов значения ИБ составили 75 баллов и менее, у 40,9% — от 76 до 100 баллов. Значения ИБ оказались статистически значимо ниже в ОГ, чем в ГС, — 98,9±4,8 и 78,6±9,8 балла соответственно (p=0,001).

В ОГ 15 (9,5%) пациентов перенесли ТИА, 133 (91,5%) — ИИ. У 6 (40,0%) респондентов имелись ТИА в вертебрально-базилярной системе, у 9 (53,3%) — в каротидной системе, у 1 больной локализация ТИА осталась неуточненной. Давность ТИА у 8 (53,3%) респондентов составила <1 года до включения в исследование, у 7 (46,7%) — менее, чем за 1 год до включения в исследование. У 6 (40,0%) респондентов ТИА были однократными, остальные 9 (60,0%) — перенесли повторные ТИА, по поводу которых получали стационарное консервативное лечение (каротидная эндарте-

Клинические характеристики обследованных групп
Clinical characteristics of the examined groups

Показатель	ОГ	ГС	*p*
АГ, *n* (%)	122 (84,7)	213 (61,9)	0,001
СД 2-го типа, *n* (%)	20 (13,9)	35 (10,2)	0,05
ИБС, *n* (%)	105 (72,9)	132 (38,4)	0,001
ИМ, *n* (%)	23 (16,0)	33 (9,6)	0,011
ФП, *n* (%)	19 (13,2)	24 (7,0)	0,002
Курение, *n* (%)	32 (22,2)	84 (24,4)	0,232
Шкала МоСА, баллы, *M*±*SD*	22,9±3,7	27,9±2,7	0,002
Шкала HADS тревога, баллы, *M*±*SD*	6,4±2,7	7,2±3,3	0,212
Шкала HADS депрессия, баллы, *M*±*SD*	7,1±3,3	6,4±3,5	0,267
Прием антигипертензивных препаратов, *n* (%)	106 (79,7)	199 (57,8)	0,001
Прием антитромботических препаратов, *n* (%)	117 (88,0)	178 (51,7)	0,001
Прием статинов, *n* (%)	92 (72,9)	145 (42,2)	0,003

рэктомия ранее была выполнена у 6 больных с ТИА). Среди респондентов с перенесенными ТИА 1 ранее перенес ИИ, еще 1 — повторные ИИ в различных каротидных системах.

До включения в исследование 87 (58,8%) респондентов проходили лечение в специализированном неврологическом стационаре по поводу ИИ в каротидной системе, 46 (41,2%) — ИИ в вертебрально-базилярной системе; 89 (66,9%) — перенесли однократные ИИ, 44 (33,1%) — повторные. У 22 (16,5%) респондентов ИИ развился в течение 12 мес до начала включения в исследование, у 67 (50,4%) — в период от 1 года до 5 лет, у 44 (33,1%) — более 5 лет.

ИБС имела место у 272 (55,3%) респондентов, из них у 41,2% в возрасте 40—59 лет и у 87,4% — старше 60 лет. Распространенность ИБС в ОГ была статистически значимо выше, чем в ГС (84,7 и 41,6% соответственно; $p<0,05$). Острый ИМ перенесли 36 респондентов с ИБС, из них на протяжении 1 года до исследования — 4 (11,1%), 1—5 лет — 16 (44,5%), более 5 лет — 16 (44,4%).

На момент опроса 116 (23,2%) респондентов являлись активными табакокурильщиками, длительность курения составила свыше 10 лет у 87,9% курящих. Из них 57,2% выкуривали не менее 20 сигарет в сутки, 39,2% — не менее 10, 5,1% — свыше 40. Среди обследованных табакокурильщиков 22 прекратили курение в течение от 2 до 25 лет до включения в исследование (в среднем — 12,9±8,9 года).

Основные ФР (АГ, СД 2-го типа, ФП, ИБС/ИМ) статистически значимо чаще встречались у респондентов ОГ **(см. таблицу)**. Длительность АГ у респондентов ОГ была достоверно больше, чем в ГС ($\chi^2=2,1$ $p=0,05$). Показатели максимального и привычного уровня САД у респондентов с АГ оказались выше в ОГ ($\chi^2=25$; $p=0,001$). Длительность АГ, максимальные значения САД и ДАД были тесно ассоциированы с перенесенными ИИ ($r=0,525$; $p=0,001$ и $r=0,489$; $p=0,04$), ИМ ($r=0,874$; $p=0,04$ и $r=0,563$; $p=0,001$). Длительность табакокурения была также достоверно выше в основной группе ($p=0,031$).

Следует отметить, что между группами отсутствовали существенные отличия выраженности тревожных и депрессивных нарушений. Имела место положительная связь между длительностью АГ и уровнем депрессии у пациентов ОГ ($r=0,18$; $p<0,011$), а также между уровнем депрессии и возрастом респондентов ($r=0,43$; $p<0,001$).

Результаты выполнения теста МоСА оказались значительно ниже у пациентов ОГ ($p=0,002$). В обеих группах имела место прямая корреляционная связь между результатами выполнения тестов MMSE и длительностью образования ($r=0,384$; $p<0,023$). Установлена обратная связь между максимальным уровнем САД и длительностью АГ, с одной стороны, и результатами выполнения тестов опросника МоСА, с другой ($r=0,764$; $p=0,002$ и $r=0,693$; $p=0,001$). Примечательно, что не было выявлено статистически значимых корреляционных связей между уровнем ДАД и состоянием когнитивных функций, перенесенными эпизодами острой церебральной ишемии, наличием ФП и сердечной недостаточностью. Отличия в уровне ситуационной и личностной тревожности в двух группах не носили статистически значимого характера.

При анализе частоты обращения за медицинской помощью в лечебно-профилактические учреждения оказалось, что 17,8% респондентов не посещают медицинские учреждения на регулярной основе (реже 1 раза в год), 1 раз в год их посещают 22,4%, более 1 раза в год — 24,2%, ежемесячно — 35,3%. Среди респондентов из общей выборки, систематически обращавшихся за медицинской помощью, 45,9% посещали кардиолога, 56,8% — невролога, 72,2% — терапевта, 30,6% — эндокринолога, 47,3% — врачей других специальностей (ревматолог, хирург, гастроэнтеролог и др.). Для 161 (32,7%) респондента общей выборки поводом обращения оказалось острое заболевание, у остальных — плановое посещение специалиста по поводу лечения хронического заболевания (как сердечно-сосудистой, так и других систем организма). Респонденты ОГ регулярно посещают врачей различных специальностей (невролог, терапевт, кардиолог) при сопоставлении с ГС (78,9 и 54,3%, $p<0,001$).

Для 105 (30,6%) респондентов из ГС основанием для визита к врачу являлось хроническое заболевание сердечно-сосудистой системы (АГ, ИБС, постинфарктный кардиосклероз), представляющее собой ФР цереброваскулярной патологии ($p<0,001$ при сопоставлении с ОГ). Около $^1/_3$ пациентов обращались к врачу вследствие необходимости получения рецептов на лекарственные препараты, принимаемые по поводу хронических заболеваний.

Из всех включенных в исследование 374 (76,1%) респондента систематически принимали лекарственные препараты. Остальные принимали их несистематически, в том

числе с нарушением суточных доз, кратности приема в течение дня и прочими отклонениями от врачебных рекомендаций. Нерегулярный прием лекарственных препаратов наблюдался у пациентов в возрасте старше 60 лет по сравнению с респондентами в возрасте 60 лет (18,5 и 8,5% соответственно, p=0,001). Регулярный прием препаратов чаще наблюдался у больных, проживающих в семье под наблюдением родных и близких, чем у одиноких (85,6 и 65,1%, p=0,032). Оказалось, что женщины достоверно чаще принимали лекарственные препараты по сравнению с мужчинами, указанные различия не были связаны с возрастом респондентов (56,8 и 47,5%, p=0,002). Среди респондентов, регулярно принимающих лекарственные препараты для лечения сердечно-сосудистых заболеваний, 35,2% получали их бесплатно (наличие инвалидности), 46,8% приобретали за наличный расчет, остальные пользовались как приобретенными самостоятельно, так и бесплатными препаратами. Вне зависимости от группы лекарственных препаратов (антитромботические, включая антиагреганты, антигипертензивные, сахароснижающие, статины), пациенты ОГ статистически значимо принимали их регулярно (p<0,005).

Для профилактики цереброваскулярных заболеваний респондентам назначалась антитромботическая терапия. Большая часть пациентов ОГ получали антиагреганты, наиболее часто назначалась ацетилсалициловая кислота (АСК) **(см. таблицу)**. На протяжении менее 1 года регулярно АСК принимали 8,2% пациентов, от 1 года до 5 лет — 74,5%, более 5 лет — 13,4%, остальные — несистематически. С целью предупреждения кардиоэмболических осложнений 69 пациентов, страдающих ФП, принимали непрямые антикоагулянты, из них 47 — варфарин, 26 — пероральные антикоагулянты (прямые ингибиторы тромбина или ингибиторы Ха фактора свертываемости). Регулярный прием как антиагрегантов, так и непрямых антикоагулянтов оказался ассоциированным с наличием перенесенного ИИ (r=0,483; p<0,01), СД 2-го типа (r=0,637; p<0,011), ФП (r=0,481; p<0,001), проживанием в семье (r=0,493; p<0,03). Установлена обратная корреляционная связь между систематическим приемом антитромбоцитарных препаратов и возрастом респондентов (r=–0,637; p<0,002), наличием когнитивных нарушений (r=–0,433; p<0,05), перенесенными заболеваниями желудочно-кишечного тракта (язвенная болезнь желудка и двенадцатиперстной кишки) (r=–0,563; p<0,001). В целом антитромбоцитарные препараты чаще принимали респонденты ОГ, чем ГС (87,5 и 36,7% соответственно; p<0,003). Наличие перенесенного ИИ или ИМ повышало приверженность пациентов постоянному приему препаратов.

Из респондентов, страдающих СД 2-го типа, 38,3% не получали лекарственной терапии, однако придерживались низкокалорийной диеты с ограничением легкоусвояемых углеводов, рекомендованной эндокринологом, 12 (10,6%) — получали инсулинотерапию. Среди наиболее часто применяемых пероральных противодиабетических препаратов назначались метформин (21,5%), препараты гликлазида (14,5%), глибенкламид (8,5%). Все пациенты с СД 2-го типа, получающие сахароснижающие препараты и придерживающиеся рекомендованной врачом диеты, регулярно получали антигипертензивные препараты, статины, антиагреганты (по показаниям).

Различные статины регулярно принимали 286 (58,1%) респондентов, наиболее часто (67,3%) назначался симвастатин. Респонденты ОГ принимали статины статистически значимо чаще, чем ГС (89,6 и 45,7% соответственно; p<0,005). Длительность приема статинов, как правило, не превышала 6 лет (в среднем 4,8±2,3 года). Регулярный прием статинов оказался тесно связанным с длительностью образования (r=0,673; p<0,002), наличием СД 2-го типа (r=0,443; p<0,005), мерцательной аритмии (r=0,395; p<0,002), проживанием в семье (r=0,339; p<0,02). Имела место обратная связь между систематическим приемом статинов и возрастом респондентов (r=–0,448; p<0,003), перенесенным ранее ИИ (r=–0,483; p<0,001) и наличием когнитивных нарушений (r=–0,473; p<0,001).

Заключение

ЦВЗ характеризуются исключительной распространенностью, они представляют собой важную причину сокращения продолжительности жизни и снижения показателей ее качества практически повсеместно. Наиболее эффективным способом снижения бремени сосудистых заболеваний головного мозга является внедрение в повседневную практику методов первичной и вторичной профилактики [2, 5, 12]. Сформулированные на сегодняшний день принципы профилактических вмешательств основаны на результатах многочисленных популяционных исследований, убедительно аргументированы, их реализация, несомненно, способна снизить показатели распространенности и заболеваемости ЦВЗ, связанные с ними показатели летальности и инвалидизации. Вместе с тем исключительно серьезной проблемой, далекой от разрешения, является недостаточная приверженность пациентов рекомендованной лекарственной терапии и немедикаментозным методам снижения риска сосудистых заболеваний головного мозга. Изучение данной проблемы способно обеспечить формирование аргументированных стратегий повышения эффективности профилактических мероприятий за счет повышения санитарной грамотности населения [7, 13].

Полученные в итоге настоящего исследования результаты свидетельствуют о широкой представленности ФР у пациентов как с хроническими расстройствами мозгового кровообращения, так и с острым ИИ и ТИА. У большинства пациентов имеется сочетание двух ФР и более, что, скорее всего, ухудшает прогноз течения заболевания и диктует необходимость активных профилактических мероприятий. Результаты исследования также свидетельствуют, что перенесенные ранее эпизоды острой церебральной или коронарной ишемии (ИИ и ИМ) тесно связаны с последующим систематическим приемом лекарственных препаратов, способных снизить риск повторных сосудистых катастроф (антитромбоцитарные препараты, статины, антигипертензивные средства). Вполне вероятно, что повышению приверженности терапии у таких пациентов способствовало совершенствование системы организации медицинской помощи, позволяющее осуществлять более тщательный контроль состояния пациентов, обеспечения их лекарственными препаратами. Несомненным представляется важность возросшего уровня квалификации неврологов, кардиологов, терапевтов, правильное понимание врачебным сообществом роли управления факторами сердечно-сосудистого риска, проведения лечебно-профилактических мероприятий в соответствии с действующими клиническими рекомендациями.

На этом фоне следует отметить недостаточное применение лекарственных препаратов с целью снижения риска прогрессирования хронических ЦВЗ и развития у таких пациентов ИИ. Проведение мероприятий вторичной профилактики ИИ представляется вполне обоснованным, учитывая уже име-

ющиеся признаки ЦВЗ. Следует также принимать во внимание, что у значительной части больных хронической ишемией головного мозга имеются асимптомные инфаркты головного мозга, выявление которых при проведении нейровизуализационного обследования является основанием для установления причины развития острого нарушения мозгового кровообращения и выбора оптимальной тактики последующего ведения пациента [14]. В связи с этим более удобной является Международная классификация болезней 11-го пересмотра, обеспечивающая кодирование острых нарушений мозгового кровообращения без развития острой церебральной симптоматики (код 8B21, содержит 4 уточняющих диагноза: 8B21.0 Бессимптомный церебральный инфаркт; 8B21.1 Бессимптомное церебральное микрокровоизлияние; 8B21.Y Другая уточненная цереброваскулярная болезнь без острой мозговой симптоматики; 8B21.Z Цереброваскулярная болезнь без острой мозговой симптоматики, неуточненная).

В результате исследования было установлено, что низкий уровень образования, сформировавшиеся когнитивные нарушения, проживание больного вне семьи являются факторами низкой приверженности проводимой терапии и соответственно недостаточной ее эффективности. Вероятно, более полное обеспечение таких пациентов медицинской и социальной помощью способно положительным образом повлиять на ситуацию, повысив качество профилактических мероприятий. В особенности данное положение касается пациентов, перенесших ИИ, имеющих ограничения в повседневной активности вследствие как двигательных нарушений, так и когнитивных и эмоциональных расстройств.

Заключение

Важными факторами повышения приверженности мероприятиям, направленным на профилактику ЦВЗ, являются точное установление ФР заболевания, их комбинаций и последующая коррекция. Широкое внедрение в клиническую практику мероприятий вторичной и первичной профилактики ИИ, повышение санитарной грамотности населения, обеспечения его современными формами медицинской помощи и социальной поддержки представляются перспективным направлением решения проблемы ИИ.

Авторы заявляют об отсутствии конфликта интересов.
The authors declare no conflicts of interest.

ЛИТЕРАТУРА/REFERENCES

1. *Инсульт: современные технологии диагностики и лечения*. Под ред. Пирадова М.А., Танашян М.М., Максимовой М.Ю. М.: Медпресс-информ; 2018.
Stroke: modern technologies of diagnosis and treatment. Ed. by Piradov M.A., Tanashyan M.M., Maksimova M.Y. M.: Medpress-inform; 2018. (In Russ.).
2. Суслина З.А., Гулевская Т.С., Максимов М.Ю. и др. *Нарушения мозгового кровообращения: диагностика, лечение, профилактика*. М.: Медпресс-информ; 2016.
Suslina ZA, Gulevskaya TS, Maksimov MYu, et al. *Disorders of cerebral circulation: diagnosis, treatment, prevention*. M.: Medpress-inform; 2016. (In Russ.).
3. Feigin VL, Norrving BF. New paradigm for primary prevention strategy in people with elevated risk of stroke. *Int J Stroke*. 2014;9(5):624-626. https://doi.org/10.1111/ijs.12300
4. Пышкина Л.И. Абиева А.Р., Ясаманова А.Н. и др. Течение цереброваскулярной патологии у больных со стенозирующим поражением сонных артерий. *Журнал неврологии и психиатрии им. С.С. Корсакова*. 2018;118(9-2):24-29.
Pyshkina LI, Abieva AR, Yasamanova AN, et al. The course of cerebrovascular pathology in patients with carotid artery stenosis. *Zhurnal Nevrologii i Psikhiatrii im. S.S. Korsakova*. 2018;118(9-2):24-29. (In Russ.). https://doi.org/10.17116/jnevro20181180928
5. Гусев Е.И., Пышкина Л.И. *Ишемическая болезнь мозга при окклюзирующих поражениях брахиоцефальных артерий*. М.: Буки-Веди; 2016.
Gusev EI, Pyshkina LI. *Ischemic brain disease in occlusive lesions of brachiocephalic arteries*. M.: Buki-Vedi; 2016. (In Russ.).
6. Пышкина Л.И., Кабанов А.А., Текоева А.Р. и др. Изменение когнитивных функций у больных с окклюзирующими поражениями брахиоцефальных артерий после реконструктивных операций на сонных артериях. *Журнал неврологии и психиатрии им. С.С. Корсакова*. 2011;111(1):16-20.
Pyshkina LI, Kabanov AA, Tekoeva AR, et al. Changes in cognitive functions in patients with occlusive lesions of brachiocephalic arteries after reconstructive operations on carotid arteries. *Zhurnal Nevrologii i Psikhiatrii im. S.S. Korsakova*. 2011;111(1):16-20. (In Russ.).
7. Стулин И.Д., Крылова Е.А., Сазонова А.Г. Особенности клиники, диагностики и лечения повторных полушарных ишемических инсультов. *Медицина критических состояний*. 2010;1:27-33.
Stulin ID, Krylova EA, Sazonova AG. Features of the clinic, diagnosis and treatment of recurrent hemispheric ischemic strokes. *Medicine of Critical Conditions*. 2010;1:27-33. (In Russ).
8. Tsivgoulis G, Safouris A, Kim DE, Alexandrov AV. Recent advances in primary and secondary prevention of atherosclerotic stroke. *Stroke*. 2018;20(2):145-166. https://doi.org/10.5853/jos.2018.00773
9. Gupta A, Gimbrone AE, Gialdini G, et al. Silent brain infarction and risk of future stroke. A systematic review and meta-analysis. *Stroke*. 2016;47(3):719-725. https://doi.org/10.1161/STROKEAHA.115.011889
10. Wiseman S, Marlborough F, Doubal F, et al. Blood markers of coagulation, fibrinolysis, endothelian dysfunction and inflammation in lacunar stroke versus non-lacunar stroke and non-stroke: systematic review and meta-analysis. *Cerebrovasc Dis*. 2014;37(1):64-75. https://doi.org/10.1159/000356789
11. Wu N, Chen X, Cai N, et al. Association of inflammatory and hemostatic markers with stroke and thromboembolic events in atrial fibrillation: a systematic review and meta-analysis. *Can J Cardiol*. 2015;31(3):278-286. https://doi.org/10.1016/j.cjca.2014.12.002
12. Фрис Я.Е., Шелякина Л.А., Камчатнов П.Р. Информированность населения о факторах риска сосудистых заболеваний головного мозга и клинических проявлений инсульта. *Журнал неврологии и психиатрии им. С.С. Корсакова*. 2010;110(9-2):3-12.
Fris YaE, Shelyakina LA, Kamchatnov PR. Awareness of the population about risk factors for vascular diseases of the brain and clinical manifestations of stroke. *JZhurnal Nevrologii i Psikhiatrii im. S.S. Korsakova*. 2010;110(9-2):3-12. (In Russ.).
13. Hachinski V, Einhäupl K, Ganten D, et al. Special topic section: linkages among cerebrovascular, cardiovascular, and cognitive disorders: Preventing dementia by preventing stroke: The Berlin Manifesto. *Int J Stroke*. 2019:1747493019871915. https://doi.org/10.1177/1747493019871915
14. Жетишев Р.Р., Петренко Н.В., Михайлова Н.А. и др. Патоморфологические особенности и факторы риска асимптомного инфаркта головного мозга по данным секционного госпитального исследования. *Журнал неврологии и психиатрии им. С.С. Корсакова*. 2016;116(3-2):18-23.
Zhetishev RR, Petrenko NV, Mikhailova NA, et al. Pathomorphological features and risk factors of asymptomatic cerebral infarction according to the data of a sectional hospital study. *Zhurnal Nevrologii i Psikhiatrii im. S.S. Korsakova*. 2016;116(3-2):18-23. (In Russ.). https://doi.org/10.17116/jnevro20161163218-22

Поступила 13.07.2023
Received 13.07.2023
Принята к печати 13.07.2023
Accepted 13.07.2023