

ИНСУЛЬТ ПРОФИЛАКТИКАСЫНЫҢ ЖАҢА ЖҮЙЕДЕГІ ИДЕОЛОГИЯСЫ

Бүгінгі таңда инсульт дүниежүзі халқының денсаулығы мен өміріне қауіп төндіріп тұрған эпидемия болып табылады. Инсульт мәселесі Қазақстанда да өзекті мәселелердің бірі. Қазақстан Республикасы ТМД мемлекеттерінің ішінде жүрек қантамыр ауруларынан туындайтын өлім көрсеткіштері бойынша Молдавадан кейінгі екінші орында.

Түйінді сөздер: *Инсульт, алдын алу*

Өзектілігі:

XX ғасырдың соңы көпшілік әлем елдері үшін басты мәселенің бірі жұқпалы емес -созылмалы аурулар. Бұл аурулар қысқа уақыт аралығы, яғни 50-80 жастағы адамдар арасында өлімге әкелетін басты себеп ретінде қаралды. [1] Жүрек қан тамыр жүйесі (ЖҚТЖ) – аурулары, өлімшілдік, мәселесі бойынша бірінші орында, келешекте өлімнің көбеюіне бірден- бір себеп болары даусыз. Медициналық технологияның жетістігі, ол орташа өмір сүру ұзақтығы қысқаруы - ишемиялық инсульт(ИИ) ауруының көбеюімен байланысты деп пайымдалады. Соңғы жылдары АҚШ елініңдегі әрбір 18-ші өлім себебі ми қанайналымының жедел бұзылысына(МҚЖБ) байланысты. Біздің елде ИИ ауруы жылына 0,5% ға көбеюде. Қазақстанда жылына 1000 адамға шаққанда 2,5-3,7 жағдай тіркеледі оның ішінде 1 ден 1,8 жағдайы өліммен аяқталады. Аурудың орташа жасы- 67 жасты құрайды. Инсультпен ауырғандардың 29 пайызы – еңбекке қабілетті (60 жасқа дейін). Бұл пікір миорад инфарктыне(МИ) салыстырмалы түрде қарағанда көп кездеседі [2]. ЖИА-да шұғыл көмектің, яғни қоранарлы ангиопластикпен емдеу алдын алу әдісі соңғы жылдар жақсы нәтижеге жетті. Бірақ, инсульттің алдын алу шаралары оң нәтижеге ие емес. ИИ-тің даму механизмі және себептерінің көптігіне қарамай, МҚЖБ алдын алу шаралары антигипертензивті және қарапайым антиромботикалық терапиямен шектеледі [2,3]. Жүйелі және селективті тромболитис, жақсы ұйымдастырылған медициналық мекемелердің жетістігі болып табылады және МҚЖБ санының көбеюіне әсер етпейді. Қазақстанда біріншілік инсульттің орта жасы 63, ал еуропа елінде 70 жастан асады [1]. Халық арасындағы өмір сүру ұзақтығы біршама төмендеді (2011 ж орта жас 38,9). Әрбір қазақ елінің бесінші тұрғыны (17,2 млн адам 2015 ж. 1 қаңтарда ресми тіркелген) – зейнеткер жаста [1,4]. Бұл салыстыру қазақ елінде қантамырлық аурулардың саны артқанын көрсетеді. Қантамырлық апатты болдырмау ол жалпы ұлттық күрделі мәселе, ол идеологиялық негізде ұйымдастырылған, ғылыми және тәжірибелік негізінде МҚЖБ ауруының көрсеткішін төмендету. Ғалымдар мен тәжірибелі дәрігер идеологиясы бойынша, инсульт болуының ескерту шаралары, тек жалпы ұжым қорытындысы бойынша ұйымдастырылады және тәжірибелік шаралар жүргізіледі. Инсульттің заманауи алдын алу әдістері, ол дәстүрлі және жаңа концепциялар, тәжірибелік дәрігерлер мен ғалымдардың МҚЖБ – ның ағымына, даму механизміне, себебіне біршама жаңа көзқарас тудырады.

Маңызды қағида, ол - жаңа концепция мен жаңа үрдістің дамуы кардионеврология саласына негізделген. Бұл инсульт туралы мамандардың көзқарасын арттырып қана қоймай, аритмия, артериальды гипертензия, гиперкоагуляциянды синдром туралы кардиолог және невролог мамандарының ортақ шешім қабылдауына қол жеткізіледі [5,6,7]. Жаңа интеграция арқасында МҚЖБ бар жоғары қауіп қатер науқастарды тексеру әдістеріне эхокардиография(ЭхоКГ), холтерлік мониторинг (ХМ), коронарография, функциональды сынамаулар және т.б пайдаланылады. Инсульттің гетерогенділігін – диагностикалау және емдеу, дәрігер үшін қиынға соғады. Мамандар ми қанайналымы жедел бұзылысының (МҚЖБ) 60 тан аса себебін анықтап, оның жиырмасы жүзекке байланысты екенін көрсетті [8]. Ал қалған себептерге қанның құрамдық өзгерістері (гемостаз, реологиялық сипаты, формалық элементтердің қасиеті, биохимиялық параметрлер және т.б) мен қан тамырлар өзгерісі (атеросклероз, васкулопатия) т.б. жатады [7,8]. ИИ дифференциалды диагностикасы TOAST бойынша жіктеледі:

- Атеротромботикалық (АТИ)
- кардиоэмболиялық (КЭИ)
- лакунарлы
- себебі анықталған инсульт
- себебі анықталмаған инсульт [9]

АТИ бас миын қандандыратын ірі артерияларда тромбтың түзілуімен жүретін атеросклеротикалық өзгеріс. КЭИ кардиогенді тромбоэмболиямен байланысты, көбінесе жүрекше жыбырымен көрініс табады. Гипертониялық микроангиопатияның нәтижесінде лакунарлы инсульт дамиды, бірақ кейбір зерттеулерде бұл тұжырым дәлелденбеген [10]. Жүрек қан тамырлық жүйенің гемодинамикалық өзгерісі және бас миының қанайналымы қажеттілігінің сәйкес келмеуінің нәтижесінде гемодинамикалық ишемиялық инсульт (ГИ) дамиды [5,6,7]. Микроциркуляторлы инсульт (МИ) – гемореологиялық микрооклюзия механизмі бойынша дамиды [5,6,11]. Микроциркуляторлы блокада – полицитемия, сусыздану, қанның үю жылдамдығы және де басқа жағдайлардың нәтижесінде дамиды.

Ишемиялық инсульттің патогенетикалық түрі, жас пен жынысына қарай өзгереді. Жастарда - кардиальды себепке байланысты дамиды церебральды ишемия, ал егде жастағыларда – тромбоз және тромбоэмболия [1,11,12]. МҚЖБ – ның 30-35% АТИ құрайды. Ал екінші орында – кардиоэмболиялық инсульт(20-28%). Соңғы жылдары КЭИ саны өсуде. Қантамырлық апаттың алдын алу үшін заманауи жүйеде гетерогенді инсульттің концепциясы маңызды рөл атқарады. МҚЖБ патогенезін жетік зерттеу, инсульттің алдын алуына жол ашады және дер кезінде қажетті ем жүргізіледі. ИИ гетерогенді концепциясы МҚЖБ клиникасын, клинико-лабораторлы және клинико-аспаптық синдромдарды анықтайды. Көптеген қауіп-қатер факторлары және жүрек қантамыр жүйесіндегі аурулар, негізгі төрт синдромға назар аудартады [5,11]. Артериальды гипертензия, аритмия, қанның гиперкоагуляциясы және ірі артериялардағы атеросклеротикалық стеноз – инсульттің дамуымен жүретін синдромдар. Клиникалық лабораторлы синдромды, лабораторлы тест (МНО, АЧТВ және т.б.) арқылы анықтап, клиникалық көрінісі (тромбоз, тромбоэмболия) болуы мүмкін немесе жасырын түрде болады. Гиперкоагуляцияға әкелетін себептер: тұқым қуалайтын және жүре пайда болған коагулопатия, атеросклероз, қан аурулары, интоксикация, гипергомоцистеинемия, қант диабеті, дәрілік заттарды қабылдау және т.б. Артериялық қысымның жоғарылауы қантамырлық жағдаймен тығыз байланысты. Дәрілік қаражаттың рандомизирленген клиникалық сынағы(РКС), мына синдромдардың коррекциясына бағытталған: гемодинамикалық көрсеткіштің антигипертензивті өзгерісіне, антикоагулянттар – гемостаз жүйесіндегі өзгерістерге және т.б. РКС протоколы, аурудың шығуына әсер ететін репрезентативті синдром туралы мәліметті анықтап және емдеу барысында абсолютті және салыстырмалы қауіп қатердің азаюына баға береді. Осынадай зерттеулер ИИ-тің «беспайыздық» қауіп қатер шкаласын негіздеді [11].

Инсульт қауіп қатерінің беспайыздық шкаласы. Репрезентативті синдром. Инсульттің жылдық қауіп қатері, %

Артериальды гипертензия 5

Гиперкоагуляция 5

Аритмия 5

Бас миы магистральды артериясының стенозы 50%

Басты ерекшелігі – инсульт қауіп қатеріне жылдық жеке баға беруді қамтамасыз етеді. Тәжірибелік маңызы – күнделікті жұмыстың ыңғайлылығы. Дәрігерге алгоритм диагностикасы және репрезентативті синдромды бағалау (клиникалық көрінісі, анамнез,лабораторлы тест, аспаптық зерттеу) оңайға түседі. Мысалы, бір репрезентативті синдром (РС) өзімен бірге шамамен 5% жылдық инсульт қауіп қатерді (төменгі қауіп қатер), екі – 10 %(орташа қауіп қатер) және т.б алып жүреді. Көптеген ғылыми қауымдастықтар соңғы он жылда МҚЖБ әсер ететін ішкі және сыртқы факторлардың әсерін анықтап, инсультті дамытатын 300 ден аса қауіп қатер фактордың анықталуын көрсетті [1,4,12]. Цереброваскулярлы аурудың патогенезі мен этиологиясын білу, қауіп қатер факторы концепциясы анықтауға мүмкіндік туғызады. ИИ қауіп қатерін алдын алу мақсатында, РС –ке түзетілім жасалады (Кесте 2).

Кесте 2. Инсультті ескерту стратегиясы (12 метанализ, 106 зерттеу, n=2109266, жүрек қантамыр жүйесінің алғашқы қауіп қатері 24,4%).

Антигипертензивная терапия – қайталамалы ИИ қауіп қатерінің төмендеуі 25-28% Класс I, А сатысы

Ұзартылған антитромботикалық терапия (антиагреганттар,антикоагулянттар) – ИИ қауіп қатерінің төмендеуі 16-68 % Класс I, А сатысы

Статиндермен гипохолестеринемиялық терапия – ИИ қауіп қатерінің төмендеуі 10-30% Класс I, А сатысы

Антигипертензивті және антитромботикалық терапия – кардионеврологиядағы магистральды бағытты алдын алу мақсатында жүргізіледі. МҚЖБ – ның 60% артериальды гипертензиямен қатар жүреді, жедел жәрдемнің 20% шақырылуы гипертониялық кризбен байланысты [11]. АГ ишемиялық инсульттің келесі патогенетикалық түрлерін дамытады: лакунарлы, гемодинамикалық,атеротромботикалық. Жүрек қантамыр жүйесіне АГ қауіп туғызатынын Фрамингемді зерттеулер растады. Метанализ 45 зерттеуі бойынша 450 мың науқасты тексеру барысында АҚҚ систоликалық 10 мм.с.б көтерілуі, инсульттің дамуы 1,95 рет есе көбейеді (Prospective Studies Collaboration, 1995). PROGRESS зерттеуі, периндоприла және индапамид қолдану нәтижесінде инсульт дамуы 28 %-ға төмендеді. MOSES зерттеуі кальций каналы блокаторын эпросартанмен салыстырып, АҚҚ мен инсульттің емінде жақсы нәтиже көрсетті.

Инсульт патогенезінде қарышшалық экстрасистолия және қарыншауәстілік тахикардия маңызды рөл ойнайды. Қарыншалық экстрасистолия жүрек қантамыр ауруларының ауыр асқынуына әкеледі [7,10,13]. Жүрекше жыбыры кардиогенді эмболияның дамуына жағдай жасап, оның саны өсуінің негізгі себебі болып табылады. Жүрекше жыбыры бар науқастарда, инсульт дамуы 5 есе көбейді және соңғы 70 жыл бойы өрістеп келеді [13]. Жүрекше жыбыры бар науқастарда антикоагулянттарды қабылдау, жақсы нәтижеге қол жеткізеді. Альтернативті – ацетисалицил қышықылы (АСҚ) немесе пероральды антикоагулянттар да пайдаланады. ВАФТА зерттеуі АСҚ алдында варфаринді пайдалану 75 жастан асқан науқастарды қолдану тиімді. Соңғы жылдары клиникалық практикаға жаңа антикоагулянттарды (дабигатран, ривароксабан) енгізу, жүйелі лабараторлы бақылауды қажет етпейді және де оральды антикоагулянттарды қолдану тиімдірек екенін көрсетеді. RE-LY және ROCKET-AF зерттеулері бойынша К витамині антогонисті жаңа антикоагулянттарға қарағанда басымдылық көрсетеді. Науқастар пероральды антикоагулянттарды қабылдаудан бас тартқанда, РКО, ВНОА және ACCX (2012) зерттеулері нәтижесінде, жүрекше жыбыры кезінде АСҚ тағайындауға шек қойды. Жүрек ритмін қалпына келтіру үшін антитромботикалық терапия ұсынылды.

GISSI-P зерттеуі, 11 мың науқасты бақылау барысында қанықпаған май қышқылының жеткілікті дозасын тағайындау,жүрек қантамыр жүйесінде өлімнің 30% ға азайтатынын көрсетті.

Атеротромботикалық инсульт (АТИ) және гиперкоагуляциямен асқынған науқастарға, антиагреганттар мен статиндерді жүйелі енгізу негізделген. PROFESS зерттеуі барысында, АСҚ мен дипиридамол айқын асқыну кезінде үйлеседі және клопидогрелді науқасқа операциядан кейін (ангиопластика)енгізіледі деп болжамдайды. Жаңа антикоагулянттарды, кардицеребральды эмболия және атеротромботикалық инсульт кезінде қолдану, соңғы жылдары көптеп кездеседі. АТИ - тің қауіптілігі бивалентті, екі шығу көзі бар: тромб түзілуге бейімділігі және қантамыр қабырғасындағы локальды өзгерістерден тромбоздың дамуы. Бас миы ірі артерияларының атеросклеротикалық стенозы, каскада ұюының белсенділігі үшін жиі субстрат болып табылады. Атеротромботикалық немесе гемодинамикалық инсульт пайда болуын стеноз дамытады. Инсультті ескерту мақсаты каротидті ангиопластикамен байланысты, АТИ қауіптілігі осы әдіс көмегімен бағалануы мүмкін [14]. Көп жағдайда каротидты ангиопластика, 70% айқындалған стенозбен байқалады. Симтоматикалық стеноз, гетерогенді активті атеросклеротикалық түйіндақ және басқа да аурулардың ағымы бар науқастарға жеке емдеу тәсілдері жүргізіледі. Ангиопластика әдісі қанша тиімді болса да, жүрек қантамыр науқастарының клиникалық, лабараторлы және аспаптық көріністеріне қарай, атеросклероздың алдын алу емдеу әдісінде - статиндер маңызды болып қалады. Бірақ, статиндер алдын алу мақсатындағы әсері коронарлы жағдайға байланысты екенін және МҚЖБ саны азайғаны нақты деректер бар (ASCEND – LLL және т.б зерттеуі бойынша).

Гемодинамикалық криз концепциясының инсультті алдын алу мақсатында дамыту, болашағы бар бағыт [11]. Аурудың асқынуының механизмін зерттемей, біз қантамыр апатының себебін түсіне алмаймыз. Құрылымдық және биохимиялық өзгерістер, қантамыр жүйесінің патологиялық үдерісті сипаттайды [15]. Бұл жаңа түсінік, кардионеврологиядағы алдын алу -зерттеушілердің ауру ағымының ерекшелігіне, аса мән берілді. Клиникалық тұрғыдан қарағанда, криз ретінде гемодинамикалық, гемореологиялық, биохимиялық үрдістердегі өзгерістермен түсіндіреміз. Аурудың тәртібі, науқастың ауруға деген тәртібі, қауіп қатер факторына дені сау адамның көзқарасы – бұл жаңа бағыттағы зерттеулер, қантамыр жүйесіндегі динамикалық предиктор [16]. Мұндай предикторларды заманауи функциональды диагностика әдісінің көмегімен зерттеледі(ХМ, жүрек ритмі вериабельдігі, АҚҚ тәуліктік профилі, сынамалық жүктеме және т.б). Дианмикалық анализ - цикл құрылымын , амлитуда ауытқуын зерттеуді болжайды. Гемодинамикалық криз нұсқасын бірнеше концепциясы көрсетілген: гипертониялық, гипотониялық, аритмиялық, микроциркуляторлы, коронарлы, нэйроэндокринді, ангиодистониялық, гемореологиялық. Заманауи көзқараста, криз түсінігі – артериальды гипертензия, гиперкоагуляция, вегетативті жүйенің бұзылысы және ишемия (жүрек, бас ми, бүйрек). Гемодинамикалық криздің дамуы, қантамыр ауруларының алдын алу мақсатында жаңа әдістерді жан-жақты зерттеуге жол ашады. Кардионеврологиялық ауруларды алдын алу мақсатында көптеген заманауи стратегиялар, емдеу әдістері, дәрілік заттардың тиімді екенін білдік. ИИ ескертуде ангиопластика әдісі, жүрек ритмін қалпына келтіруге арналған әртүрлі әдістер, жүрек жеткіліксіздігін емдеу маңызды болып табылады. Инсультті ескертуде төрт маңызды медициналық жоспарды жүзеге асырса, ораташа өмір сүру ұзақтығы 5-7 жылға созылады. Бірақ, емдеу әдістері арқылы инсульттің болу мүмкіндігін азайту, тек превентивті потенциал . Бұл түсінік жақсы ұйымдастырылған зерттеу орталықтарында көрсетілді және клиникалық тәжірибенің нақты нәтижесі ретінде емдеу әдістеріне әсер етеді. Мысалы, жүрекше жыбыры науқастарына варфаринді қолдану, КЭИ қауіп қатері РКС бойынша 64-68%ға төмендегенін көруге болады. РКС жағдайында 60-65% науқастардың ХҚҚ (халықаралық қалыпты қатынас) көрсеткішті ұстап тұрды және олар барлығы белгілеген мөлшердегі дәрі қабылдаған. Нақты клиникалық тәжірибеде бұл көрсеткіш төмен. Тәжірибелік сынақтарда барлық науқастардың 100 %, дәріні ұсынылған мөлшерді зерттелген хаттама бойынша қабылдаған. Медициналық мекеме ұсынысына(даттық ұлттық зерттеу, 2011ж) сәйкес, тәжірибеде тек 55,5% ЖЖ бар науқастар антикоагулянттарды қабылдады [17]. Люберек зерттеуі (ЛИС-2)мәліметі бойынша, МҚЖБ ауырғандардың 24,3% -ы ЖЖ болғанын анықтаған және оральды антикоагулянттарды тікелей қабылдауға көрсеткіш болды [18]. МҚЖБ байланысты госпитализацияға дейін 41 % гипертониктер,антигипертензивті дәрілерді қабылдады.

Қантамыр апатының алдын алуының ең маңызды қағидасы – салаутты өмір сүру. Өмір салтын өзгерту науқас адамдардың ғана емес, сау адамдардың өмірін өзгертеді [12,16]. Темекіден бас тарту, калорий көп тағам пайдаланбау, дене салмағын арттырмау, физикалық жүктемені бірқалыпта ұстап тұру, МҚЖБ қауіп қатерін 50% ға төмендетеді. Қымбатқа түсетін дәрі дәрмек терапиясы,

мұндай нәтижеге қол жеткізе алмайды. Бірақ, инсультті басынан өткізген науқастардың 11 % ғана темекіден бас тартады екен [11].

Сонымен, алдын алу іс – шаралары, емдеу әдістерімен тығыз байланысты. Алдын алудың жолдары: жоғары мамандандырылған дәрігер және дұрыс емдеу әдісін таңдау (үзіліссіз, лабораторлы бақылау, клиникалық анализ). Дәрігердің артық жүктемесі және бақылаудың әлсіздігі, емдеу үрдісіне есер етеді. Емнің нәтижесі болу үшін, үнемі дәрігер науқаспен қарым қатынаста болу керек. Емдеу бағдарламасын дербестендіру, науқасқа жеке кей көзқарас, дәрігер мен науқас арасындағы қарым қатынастың ұзақтығы – алдын алу шарасындағы дұрыс бағыт. Қан тамыр апатының қауіп қатері бар науқастар, қай мамандық иесіне қаралу керек? Жалпы тәжірибедегі дәрігер, кардиолог, невролог – науқастың қаралатын маман иелері. Профилактика – бұл әлеуметтік, эканомикалық, мәдени, медициналық шаралармен аурудың алдын алуына бағытталған. МҚЖБ – ның алдын алудың, біріншілік және екіншілік түрін ажыратады [10]. Біріншілік алдын алу – МҚЖБ басынан өткізбеген, қан тамыр ауруына шалдығуы мүмкін, екіншілік алдын алу – инсультпен зардап шеккен науқастар. Соңғы 5 жыл көлемінде 30 % жуық науқастар ИИ басынан өткізген және жүрек қантамыр ауруына шалдыққан.

Сонымен, инсульттің алдын алу жүйесі ғылыми көзқараспен және мәселені ұйымдастырылған түрде шешіледі. Ол мамандардың МҚЖБ патогенезі мен этиологиясына негізделген, дәстүрлі және жаңа концепциялар. Дәрігердің жоғары мамандандырылуы, инсульт санының артып кетпеуіне үлкен сенім арттырады. Кардионеврологияда заманауи алдын алу әдістерін білу, клиникалық тәжірибенің жақсаруына және нақастарға тиімді емді тағайындауға жол ашады. Осы мақсатта, «Саламатты Қазақстан» стратегиясы бойынша мемлекеттің қаржылануымен Қарағанда қаласында инсультті алдын алу мақсатында жаңа емхана бой көтерді. Бұл емхананың өзіндік шарттары: АҚК үнемі бақылауда ұстау (40 тан асқан адамдарға, бұл күнделікті рәсім), күйзелісті болдырмау, күнделікті антиагрегантты дәрілік заттарды қабылдау (дәрігер нұсқауымен), жылына екі рет мойын қантамырына, бас миын қандандыратын қантамырларға УДЗ және ЭКГ, қандағы холестерин және қант мөлшерін тексеріп қатаң бақылау, үнемі денені шынықтыру (гиподинамияның алдын алу – күніне 3000 қадам жүру), темекі және ішімдік пайдаланбау, ағза сусыздану кезінде аз-аздан тек таза су немесе шамалы тәтті кампот (минералды сулар қан қысымын көтереді), психолог көмегін ұйымдастыру (қажет болған жағдайда). Науқастың тамақтануына аса мән берілу керек. Тамақтану теңгерімділікпен, майлы тамақты шектеумен басталады. Рационда міндетті түрде нерафинированный растительное масло, балық, жеміс-жидек, майлы емес сүт тағамдары. Нан өнімдерін пайдаланбауға тырысу.

Қорытынды: Жыл сайынғы Қазақстан президенті Нұрсұлтан Назарбаев халыққа жолдауында “Қазақстандықтардың орташа өмір сүру ұзақтығын 72 жасқа жеткізу және өлім көрсеткішін 30% төмендету. Бұл маңызды мақсат, біз міндетті түрде нәтижеге қол жеткізіміз керек”, делінген

ӘДЕБИЕТТЕР ТІЗІМІ

- 1 Р.Г. Оганова, Р.А. Хальфина Руководство по медицинской профилактике. - М.: ГЕОТАР -Медиа, 2009. - 464 с.
- 2 Симоненка В.Б., Широков Е.А. Превентивная кардионеврология. – СПб.: Баспа «Фолинт», 2008. - 220 с.
- 3 Скворцова В.И., Чазова И.Е., Стаховская Л.В. Вторичная профилактика инсульта. - М.: ПАГРИ, 2012. - 120 с.
- 4 В.В. Парфенов Медицинское фармацевтическое агенство. –М.: 2012. – 288 с.
- 5 Симоненка В.Б., Широков Е.А. Основы кардионеврологии : Руководство для врачей. 2-е изд., переработанное и дополнение. – М.: Медицина, 2011.- 210 с.
- 6 З.А. Суслиной Очерки кардионеврологии. - М.: Атмосфера, 2005. - 368с.
- 7 Фонакин А.В., Гераскина Л.А., Суслина З.А., Кардиологическая диагностика при ишемическом инсульте. - СПб.: Инкрат, 2005. - 290 с.
- 8 Пизова Н.В. Подтипы ишемических нарушений мозгового кровообращения, в молодом возрасте: диагностика және емдеу // Неврология, нейропсихиатрия, психосоматика. - 2012. - №34. - 382 с.
- 9 Adams Y.P., Bendixen V.N., Kappelle J. et al. Classification of subtype of acute ische mic stroke // Stroke. – 1993. - №24. – P. 35-41.
- 10 Шевченко Ю.Л., Кузнецов А.Н., Виноградов О.И. Лакунарный инфаркт головного мозга. - М.: РАЕН, 2011. -159 б.
- 11 Симоненка В.Б., Широков Е.А., Превентивная кардионеврология. – СПб.: Фолиант, 2008. - 224 б.
- 12 П.А. Воробьева, Инсульт. Нормативные документы. – М.: Ньюдиамид, 2010. - 480 б.
- 13 Halliday A., Harrison M., Hayter E. et. al. 10-year stroke prevention after successful carotid endarterectomy for asymptomatic stenosis (ACST-1): a multicentre randomised trial // Lancet. – 2010. - №376. – P. 1074-1048.
- 14 Симоненка В.Б., Широков Е.А., Фролов В.М. Клиническая кризология в кардионеврологии // Руководство для врачей. –М.: КВОРУМ, 2013. -294 б.
- 15 Bernadette B. Interventional and New Approaches to Stroke Prevention. Education Strategies for Stroke Prevention // Stroke. - 2013. - №44. – P. 548-551.
- 16 Stronsen R., Gislason G., Torp-Pedersen C., et al. Dabigatran use in Danish atrial fibrillation patients in 2011: a nationwide study // BMJ Open. – 2013. - №3. – P. 3-9.
- 17 Бойцов С.А., Марцевич С.Ю., Гинзбург М.Л., с соавт. Люберецкое исследование смертности больных, перенесших инсульт или транзиторную ишемическую атаку (ЛИС-2) // Рациональная фармакотерапия в кардиологии. – 2013. - №9(2). – С. 114-122.

Қ. ҚҰНАНБАЙ, А.Қ. ҚАЙРБЕКОВ, Д.А. ДӘУЛЕТБАЕВ, А.Б. СЕЙДАНОВА ИЕОЛОГИЯ ПРОФИЛАКТИКИ ИНСУЛЬТА В НОВОЙ СИСТЕМЕ

Резюме: Сегодня инсульт объявлен глобальной эпидемией, угрожающей жизни и здоровью населения всего мира. Остро стоит проблема инсульта и в Казахстане. По смертности от сердечно-сосудистых заболеваний стран СНГ Казахстан на втором месте после Молдавы.

Ключевые слова: инсульт, профилактика.

K. KUNANBAI, A.K. KAIRBEKOV, D.A. DAYLETBAYEV, A.B. SEIDANOVA IDEOLOGY OF STROKE PREVENTION IN THE NEW SYSTEM

Resume: Today, insult is declared as a global epidemic threatening the lives and health of the whole world. Mortality from cardiovascular diseases among the CIS countries, republic of Kazakhstan is in the second place after the Republic of Moldova.

Keywords: insult, apoplexy, prevention