

Рекомендації Американської кардіологічної асоціації і Американської асоціації інсульту от 2018 року по ранній стратегії ведення пацієнтів з острым ішемічним інсультом

Острый ішемічний інсульт – одна из важнейших проблем мирового здравоохранения. Научная и практическая работа в этом направлении ведется непрерывно, поскольку эта патология в структуре сердечно-сосудистой заболеваемости и смертности представляет собой тяжелое бремя для социально-экономической системы как развитых, так и развивающихся стран. В 2018 году Американской кардиологической ассоциацией и Американской ассоциацией инсульта были представлены обновленные клинические рекомендации по ранней стратегии ведения пациентов с острым ишеміческим инсультом, поскольку за пять лет, истекших с момента публикации последних рекомендаций, накопился большой объем фактического материала. Представлены как совершенно новые, так и переработанные рекомендации, некоторые прошлые рекомендации были упрощены. Материал адресован организаторам здравоохранения, клиническим специалистам первичного и вторичного звеньев системы медицинской помощи, экспертам смежных областей.

Догоспитальный этап медицинской помощи

Организаторам здравоохранения, наряду с медицинскими работниками и специалистами прочих областей, необходимо разрабатывать и внедрять в практику государственные информационно-просветительские программы по инсульту с обязательным акцентом на необходимость немедленного обращения за экстренной медицинской помощью в случае появления специфических симптомов. Программы этого типа должны быть системными и непрерывными, охватывать различные группы населения с учетом этнических, возрастных и половых особенностей (класс рекомендаций – I, уровень доказательности: B-R).

Залог своевременного обращения за экстренной медицинской помощью – знание и умение распознать первые признаки инсульта. Именно это составляет важнейшую проблему для широких слоев населения, в отличие от групп исходно повышенного риска, что приводит к большим отсрочкам в обеспечении пациентов своевременной медицинской помощью еще на догоспитальном уровне. Эпидемиологические данные показывают, что усилия, направленные на повышение осведомленности общественности, дают разный эффект, что зависит от возраста, пола и

национальных особенностей. Учитывая это, просветительские кампании по инсульту должны разрабатываться с учетом адресного подхода.

Система скорой медицинской помощи должна функционировать по принципу приоритетности вызовов с подозрением на инсульт. Бригады экстренной медицинской помощи должны выезжать на эти вызовы в приоритетном порядке, чтобы максимально сократить время транспортировки пациента до медицинского учреждения, поскольку пациенты должны начинать получать специфическое лечение в течение не более чем 3 часов (в частности, альтеплазой) (класс рекомендаций – I, уровень доказательности: B-NR).

Оценка и помощь при инсульте в рамках скорой медицинской помощи

В рамках оказания первой медицинской помощи, в том числе в диспетчерской службе скорой медицинской помощи (СМП), рекомендовано внедрить шкалу оценки тяжести инсульта.

Совершенно необходимым следует считать внедрение протокола ведения инсульта для бригад СМП. На догоспитальном уровне специалисты СМП должны информировать принимающую больницу о том, что к ним транспортируется пациент с подозрением на инсульт, с тем, чтобы до прибытия пациента персонал больницы успел мобилизовать необходимые ресурсы (класс рекомендаций – I, уровень доказательности: B-NR).

Система скорой медицинской помощи при инсульте

Руководителям службы скорой медицинской помощи в сотрудничестве с местными, региональными и государственными учреждениями при консультационной поддержке ведущих экспертов здравоохранения рекомендуется разработать подходы и протоколы, направленные на быстрое выявление и оценку пациентов с очевидным или подозреваемым инсультом, для чего следует использовать валидированные и стандартизированные инструменты скрининга инсульта, например, тест FAST (face, arm, speech: лицо, рука, речь), LAPSS, CPSS (класс рекомендаций – I, уровень доказательности: B-NR).



Лівостор

Аторвастатин
перевірений
часом!

В регионах необходимо создавать системы медицинской помощи при инсультах, которая будет состоять из: 1) медицинских учреждений, предоставляющих первичную скорую медицинскую помощь, включающую внутривенное введение альтеплазы; 2) специализированных центров, в которых возможно проведение эндоваскулярного лечения инсультов, куда при необходимости пациент может быть быстро транспортирован (класс рекомендаций – I, уровень доказательности: A).

Все пациенты с очевидным подозрением на инсульт должны как можно скорее транспортироваться в ближайшее медицинское учреждение, где им смогут в оперативном режиме обеспечить внутривенную инфузию альтеплазы.

Экстренная оценка и лечение

Шкала оценки тяжести инсульта

Рекомендуется использовать шкалу оценки тяжести инсульта, предпочтительно NIHSS (шкала тяжести инсульта Национальных институтов здравоохранения США), приведенную в таблице 1 (класс рекомендаций – I, уровень доказательности: B-NR).

Визуализирующие методы исследования головного мозга

Всем пациентам непосредственно после поступления в клинику с подозрением на острый инсульт необходимо провести диагностику головного мозга с использованием визуализирующих методов. Обычно для этого применяют компьютерную томографию без контрастного усиления, которая позволяет получить нужную для принятия решений о стратегии ведения инсульта информацию (класс рекомендаций – I, уровень доказательности: B-NR). Применение МРТ в этих целях считается экономически неоправданным, несмотря на более высокую чувствительность этого метода.

Система оказания медицинской помощи должна строиться так, чтобы визуализирующая диагностика головного мозга выполнялась в течение 20 минут с момента прибытия пациента в больницу хотя бы у половины тех пациентов, которые могут быть кандидатами на внутривенное введение альтеплазы и (или) механическую тромбэктомия (класс рекомендаций – I, уровень доказательности: B-NR). Результативность обоих методов лечения имеет прямую временную зависимость: чем раньше в рамках терапевтического окна начато лечение, тем пропорционально выше положительный эффект.

На данный момент отсутствует достаточный объем данных в пользу определения порога тяжести гиподенсивности тканей и ее распространенности на КТ при остром инсульте, что может повлиять на терапевтический ответ на альтеплазу. Распространенность и тяжесть острого гиподенсивного характера тканей или ранние ишемические изменения не следует использовать в качестве критерия для отмены этой терапии у пациентов, которые по остальным параметрам подходят для такого лечения (класс

рекомендаций – III, не рекомендуется; уровень доказательности: B-R).

Гиперденсивность средних мозговых артерий по данным КТ не следует использовать в качестве критерия для отмены внутривенного введения альтеплазы у пациентов, которые по остальным параметрам подходят для этого лечения (класс рекомендаций – III, не рекомендуется; уровень доказательности: B-R).

Рутинное применение МРТ для исключения церебральных микрокровоизлияний перед внутривенным введением альтеплазы не рекомендовано (класс рекомендаций – III, не рекомендуется; уровень доказательности: B-NR).

Проведение мультимодальной КТ и МРТ, включая визуализацию перфузии, не должно откладывать внутривенное введение альтеплазы (класс рекомендаций – III, опасно; уровень доказательности: B-NR).

Пациентам, соответствующим критериям проведения эндоваскулярной терапии, рекомендуется проводить неинвазивное внутричерепное сосудистое исследование при первичном визуализирующем исследовании, но при этом не следует задерживать внутривенное введение альтеплазы (класс рекомендаций – I, уровень доказательности: A).

Пациентам, соответствующим критериям эндоваскулярной терапии, при подозрении на внутричерепную окклюзию крупных сосудов компьютерную ангиографию рекомендовано проводить, не дожидаясь определения уровня креатинина в сыворотке крови, если в анамнезе отсутствует почечная недостаточность (класс рекомендаций – IIa, уровень доказательности: B-NR).

Прочие методы диагностики

Началу внутривенного введения альтеплазы у всех без исключения пациентов должно предшествовать только определение глюкозы крови (класс рекомендаций – I, уровень доказательности: B-R).

У всех пациентов, поступивших с острым ишемическим инсультом, рекомендуется проводить ЭКГ на исходном уровне, однако это не должно влиять на время начала внутривенного введения альтеплазы (класс рекомендаций – I, уровень доказательности: B-NR).

Аналогичная рекомендация касается исходного анализа на тропонин.

Ценность рентгенографического исследования органов грудной клетки в сверхострый период ишемического инсульта при отсутствии признаков острого поражения легочных и коронарных сосудов остается неясной. Однако если рентген выполняется, интерпретация его результатов не должна задерживать внутривенное введение альтеплазы (класс рекомендаций – I, уровень доказательности: B-NR).

Антиагрегантная терапия

Пациентам с острым ишемическим инсультом рекомендовано введение ацетилсалициловой кислоты в течение 24–48 часов



Лівостор

Аторвастатин
перевірений
часом!

Таблиця 1. Шкала оцінки тяжкості інсульту NIHSS

Параметр	Роздел	Реакція і кількість баллів
1А	Уровень бодрствования	0 – сознание ясное, живо реагирует
		1 – оглушение и (или) сомноленция
		2 – глубокое оглушение или сопор
		3 – кома, реакции отсутствуют
1В	Уровень бодрствования: ответы на вопросы (2)	0 – правильные ответы на оба вопроса
		1 – правильный ответ только на один вопрос
		2 – неправильные ответы на оба вопроса
1С	Уровень бодрствования: выполнение команд (2)	0 – правильно выполняет обе команды
		1 – правильно выполняет одну команду
		2 – не выполняет ни одну команду
2	Движения глазных яблок	0 – горизонтальные движения в норме
		1 – частичный парез взора
		2 – полный паралич взора
3	Поля зрения	0 – поля зрения без изменений
		1 – частичная гемианопсия
		2 – полная гемианопсия
		3 – двусторонняя гемианопсия
4	Функция лицевого нерва	0 – норма
		1 – легкая слабость мышц лица
		2 – частичный парез
		3 – полный односторонний паралич
5	Движения в конечностях (руки) а. Левая б. Правая	0 – рука удерживается
		1 – рука удерживается в течение 10 секунд
		2 – рука удерживается менее 10 секунд
		3 – рука падает без сопротивления силе тяжести
		4 – активные движения отсутствуют

Параметр	Роздел	Реакція і кількість баллів
6	Движения в конечностях (ноги) а. Левая б. Правая	0 – нога удерживается
		1 – нога удерживается в течение 5 секунд
		2 – нога удерживается менее 5 секунд
		3 – падает без сопротивления силе тяжести
		4 – активные движения отсутствуют
7	Атаксия конечностей	0 – отсутствует
		1 – в одной конечности
		2 – в двух конечностях
8	Чувствительность	0 – сохранена
		1 – легкие нарушения
		2 – значительное или полное нарушение чувствительности
9	Функция речи	0 – норма
		1 – легкая степень афазии
		2 – тяжелая афазия
		3 – мутизм, или тотальная афазия
10	Артикуляция	0 – норма
		1 – легкая дизартрия
		2 – тяжелая дизартрия
11	Агнозия или игнорирование	0 – нет агнозии
		1 – легкие признаки игнорирования (один вид сенсорной модальности)
		2 – выраженная агнозия (утрачены две сенсорные модальности)

от манифестации. Считается, что у пациентов, которые получают альтеплазу, назначение ацетилсалициловой кислоты обычно откладывается на 24 часа, однако может все-таки рассматриваться при наличии сопутствующей патологии, при которой обычно применяется АСК в отсутствие альтеплазы, что дает заметную пользу, тогда как отказ от такого назначения ведет к существенному повышению риска (класс рекомендаций – I, уровень доказательности: A).

Применение ацетилсалициловой кислоты в качестве альтернативного лечения пациентов с острым ишемическим инсультом, если они соответствуют критериям назначения внутривенной альтеплазы или проведения механической тромбэктомии (класс рекомендаций – III, не рекомендуется; уровень доказательности: B-R).

Применение других блокаторов гликопротеиновых IIb/IIIa рецепторов, в том числе абциксимаба, при остром ишемическом инсульте является потенциально опасным и не должно использоваться (класс рекомендаций – III: опасно; уровень доказательности: B-R).

У пациентов с малым инсультом для ранней вторичной профилактики повторного инсульта сроком до 90 дней от появления симптомов рекомендуется назначать двойную антиагрегантную терапию (ацетилсалициловую кислоту и клопидогрел) в течение 21 дня, начиная со вторых суток после инсульта (класс рекомендаций – IIa; уровень доказательности: B-R).

Тикагрелор (в дополнение к ацетилсалициловой кислоте) не рекомендуется применять при терапии пациентов с малым инсультом в остром периоде (класс рекомендаций – III: неэффективно; уровень доказательности: B-R).



Лівостор

Аторвастатин
перевірений
часом!

Антикоагулянти

При лечении пациентов с острым ишемическим инсультом не рекомендуется проводить экстренную антикоагуляционную терапию с целью предотвращения раннего повторного инсульта, для торможения нарастания неврологической симптоматики или улучшения общих результатов лечения ОИИ (класс рекомендаций – III: неэффективно; уровень доказательности: A).

Польза от экстренной антикоагулянтной терапии у пациентов с тяжелым стенозом внутренней сонной артерии, расположенной ипсилатерально очагу ишемического инсульта, окончательно не установлена (класс рекомендаций – IIb, уровень доказательности: B-NR). Безопасность и польза кратковременной антикоагулянтной терапии при неокклюзионном экстракраниальном внутрипросветном тромбозе на фоне ОИИ до конца не определены (класс рекомендаций – IIb, уровень доказательности: C-LD).

Увеличение объема крови/гемодилюция, вазодилататоры и гемодинамическая аугментация

Увеличение объема циркулирующей крови за счет гемодилюции при лечении пациентов с острым ишемическим инсультом не рекомендовано (класс рекомендаций – III: неэффективно; уровень доказательности: A).

Пациентам с ОИИ не следует вводить высокодозный альбумин (класс рекомендаций – III: неэффективно; уровень доказательности: A).

Введение вазодилататоров, в частности пентоксифиллина, не рекомендовано при лечении пациентов с ОИИ (класс рекомендаций – III: неэффективно; уровень доказательности: A).

Метод инструментальной аугментации мозгового кровотока при лечении пациентов с острым ишемическим инсультом в настоящее время недостаточно изучен, поэтому может применяться исключительно в рамках клинических исследований (класс рекомендаций – IIb; уровень доказательности: B-R).

Нейропротекторы

Современные методы фармакологической и нефармакологической терапии с предполагаемыми нейропротекторными свойствами не показали эффективности в улучшении исходов лечения после ишемического инсульта, поэтому применение любых иных нейропротекторов не рекомендовано (класс рекомендаций – III: неэффективно; уровень доказательности: A).

Профилактика тромбоза глубоких вен

В дополнение к стандартному ведению (аспирин и гидратация) у иммобилизованных пациентов, не имеющих противопоказаний, рекомендуется проводить переменную пневмокомпрессию (ППК) для снижения риска тромбоза глубоких вен (ТГВ).

Эффективность введения подкожного гепарина (нефракционированного гепарина (НФГ) или низкомолекулярного гепарина (НМГ)) в профилактических дозах у иммобилизованных пациентов с ОИИ на данный момент изучена недостаточно (класс рекомендаций – IIb; уровень доказательности: A).

При профилактическом проведении антикоагулянтной терапии преимущество НМГ в профилактических дозах перед НФГ в профилактических дозах не установлено (класс рекомендаций – IIb; уровень доказательности: B-R).

Использование эластического компрессионного белья при ишемическом инсульте строго противопоказано (класс рекомендаций – III: опасно; уровень доказательности: B-R).

Госпитальная практика вторичной профилактики инсульта

Медицинская визуализация головного мозга

Рутинное применение МРТ у всех пациентов с острым ишемическим инсультом экономически не целесообразно и не рекомендуется для первоначальной диагностики или при планировании стратегии лечения (класс рекомендаций – III: неэффективно; уровень доказательности: B-NR); однако, у некоторых пациентов с ишемическим инсультом МРТ все же рассматривается с целью получить дополнительную информацию на первичном этапе диагностирования или при планировании дальнейшего лечения, хотя его влияние на исход лечения остается неясным (класс рекомендаций – IIb; уровень доказательности: C-EO).

Медицинская визуализация сосудистой системы

У пациентов без инвалидизации (оценка по модифицированной шкале Рэнкина 0–2) с острым ишемическим инсультом в бассейне сонной артерии, которым показаны каротидная эндартерэктомия или стентирование, рекомендовано выполнение неинвазивной медицинской визуализации шейных сосудов в течение первых суток с момента поступления в клинику (класс рекомендаций – I; уровень доказательности: B-NR).

При остром ишемическом инсульте не рекомендуется планировать вторичную профилактику по результатам стандартной компьютерно-томографической ангиографии и магнитно-резонансной ангиографии, проводимых с целью выявления стеноза или окклюзии внутричерепных артерий (класс рекомендаций – III: неэффективно; уровень доказательности: A), однако, у некоторых пациентов с ишемическим инсультом этот подход все же иногда используется, хотя его влияние на исход лечения остается неясным (класс рекомендаций – IIb; уровень доказательности: C-EO).

Оценка функции сердца

Рекомендуется проводить кардиомониторинг для выявления фибрилляции предсердий и других потенциально серьезных кардиоаритмий, которые могут потребовать экстренного кардиохирургического вмешательства. Кардиомониторинг проводят как минимум в течение первых суток (класс рекомендаций – I; уровень доказательности: B-NR).

Клиническая польза от продленного кардиомониторинга для выявления фибрилляции предсердий после ОИИ остается неясной (класс рекомендаций – IIb; уровень доказательности: B-R).



Лівостор

Аторвастатин
перевірений
часом!

Рутинное применение эхокардиографии у всех пациентов с ОИИ при планировании вторичного профилактического лечения экономически нецелесообразно и не рекомендовано (класс рекомендаций – III: неэффективно; уровень доказательности: B-NR).

Уровень холестерина

Рутинное определение уровня холестерина у всех пациентов с ишемическим инсультом предположительно атеросклеротического характера, которые на данный момент не получают высокоактивный режим терапии статинами, не рекомендуется (класс рекомендаций – III: неэффективно; уровень доказательности: B-R).

Определение уровня холестерина у всех пациентов с ишемическим инсультом предположительно атеросклеротического характера, которые на данный момент получают сбалансированный режим терапии статинами, может помочь выявлять пациентов, которым показано амбулаторное лечение ингибиторами пропротеиновой конвертазы субтилизин-кексинового типа 9 для снижения риска сердечно-сосудистой смерти, ИМ или инсульта в дальнейшей перспективе (класс рекомендаций – IIb; уровень доказательности: B-R).

Прочие методы вторичной профилактики

У всех пациентов, поступивших с острым ишемическим инсультом, рекомендуется выполнять анализ на тропонин на исходном уровне, однако это не должно влиять на время начала внутривенного введения альтеплазы или механическую тромбэктомии (класс рекомендаций – I, уровень доказательности: B-NR).

Пациентам с недавно перенесенным ишемическим инсультом не показан плановый рутинный контроль гипергомоцистеинемии (класс рекомендаций – III: неэффективно; уровень доказательности: C-EO).

Антитромботическая терапия

Пациентам с некардиоэмболическим острым ишемическим инсультом рекомендуется отдавать предпочтение антиагрегантам, а не пероральной антикоагулянтной терапии с целью снижения риска повторного инсульта и прочих сердечно-сосудистых осложнений (класс рекомендаций – I, уровень доказательности: A).

У пациентов с некардиоэмболическим острым ишемическим инсультом, получающих ацетилсалициловую кислоту, повышение дозы АСК или замена ее на другой антиагрегантный препарат в целях получения дополнительной пользы в рамках вторичной профилактики инсульта, до конца не изучено (класс рекомендаций – IIb; уровень доказательности: B-R).

У пациентов с некардиоэмболическим острым ишемическим инсультом, получающих антиагрегантную терапию, переход на варфарин в целях вторичной профилактики инсульта неэффективен (класс рекомендаций – III: неэффективно; уровень доказательности: B-R).

Для ранней вторичной профилактики у пациентов с некардиоэмболическим острым ишемическим инсультом подбирать антиагрегантный препарат следует в индивидуальном порядке с учетом балансов факторов риска, стоимости, переносимости, установленной относительной эффективности препаратов и др. (класс рекомендаций – I; уровень доказательности: C-EO).

Терапия статинами

У пациентов, которые на момент развития ишемического инсульта уже принимают статины, продолжение статинотерапии в остром периоде следует считать целесообразным (класс рекомендаций – IIa; уровень доказательности: B-R).

Высокоинтенсивная терапия статинами показана к назначению или продолжению в качестве терапии первой линии у пациентов обоего пола в возрасте младше 75 лет с клинически манифестировавшей атеросклеротической сердечно-сосудистой патологией (при отсутствии противопоказаний) (класс рекомендаций – I; уровень доказательности: A).

У лиц с клинически манифестировавшей атеросклеротической сердечно-сосудистой патологией при наличии противопоказаний к высокоинтенсивной терапии статинами, которая при прочих обстоятельствах обязательно назначалась бы, или особенностей, указывающих на предрасположенность к побочным реакциям статинотерапии, в качестве второй линии следует использовать умеренно интенсивную терапию статинами (при условии нормальной переносимости) (класс рекомендаций – I; уровень доказательности: A).

У лиц старше 75 лет с клинически манифестировавшей атеросклеротической сердечно-сосудистой патологией целесообразно выполнить оценку потенциала пользы от снижения риска АССП, а также побочных эффектов и реакций лекарственного взаимодействия, и учесть предпочтения пациента при назначении умеренно и высокоинтенсивной терапии статинами. При нормальной переносимости статинотерапию необходимо продолжать (класс рекомендаций – IIb; уровень доказательности: C-EO).

Пациентов с ишемическим инсультом и другими сопутствующими АССП во всех прочих ситуациях необходимо вести в соответствии с рекомендациями по холестерину от АСС/АНА 2013 года, которые включают изменения образа жизни, рекомендации по рациону и медикаментозному лечению (класс рекомендаций – I; уровень доказательности: A).

У пациентов с ОИИ, которым показана статинотерапия, назначение статинов следует считать целесообразным уже на госпитальном уровне (класс рекомендаций – IIa; уровень доказательности: C-LD).

Адаптований переклад видавництва «Медікс груп»



Лівостор

Аторвастатин
перевірений
часом!