

ПОДВІЙНА СИЛА ДЛЯ ПРОФІЛАКТИКИ ІНСУЛЬТУ



Інформація про лікарський засіб, призначена для розповсюдження серед медичних і фармацевтичних працівників на спеціалізованих семінарах, конференціях, симпозиумах з медичної тематики.

Атерокард - РП МОЗ України № UA/3926/01/01 з 14.11.2019.
Магнікор - РП МОЗ України № UA/11211/01/01 та № UA/11211/01/02 з 09.04.2020.



КИЇВСЬКИЙ ВІТАМІННИЙ ЗАВОД
Якість без компромісів!

Клінічні настанови щодо ведення пацієнтів після інсульту: діагностика та невідкладна терапія

Інсульт – це порушення кровообігу в головному мозку, викликане закупорюванням або розривом судин. Нестача кисню та глюкози призводить до смерті клітин мозку й порушення моторних функцій, мовлення чи пам'яті. Значна кількість осіб, які перенесли інсульт, частково або повністю втрачають можливість мати повноцінне життя. Летальність серед таких пацієнтів є дуже високою. Якісна медична допомога хворим після інсульту лишається вкрай важливою. Робоча група з інсульту, до складу якої увійшли представники Шотландської міжвузівської мережі з розробки методичних настанов (SIGN, 2023) та Ірландської національної клінічної програми з інсульту (INCPS, 2023), підготувала оновлені клінічні рекомендації щодо ведення пацієнтів з інсультом. Документ акредитований Національним інститутом охорони здоров'я та досконалості надання медичної допомоги Великої Британії (NICE) та є частковим оновленням видання 2016 р. Мета цих настанов – поліпшити якість надання медичної допомоги всім дорослим, які перенесли ішемічний чи геморагічний інсульт, транзиторну ішемічну атаку (ТІА) або субарахноїдальний крововилив (САК). Пропонуємо до вашої уваги огляд ключових положень розділу, присвяченого діагностиці й невідкладному лікуванню хворих протягом перших днів після інсульту чи ТІА для досягнення клінічної стабільності та запобігання розвитку ускладнень.

Надання медичної допомоги на догоспітальному етапі

У більшості осіб, які перенесли гострий інсульт (95%), перші симптоми виникають до потрапляння у лікарню. Дуже важливо, щоб громадські та медичні працівники вмели розпізнати інсульт якомога раніше для надання вчасної екстреної допомоги. Зокрема, догоспітальні медичні заходи можуть скоротити загальний час лікування і поліпшити шанси пацієнта відповісти на невідкладну терапію.

Пацієнтів із раптовими вогнищевими неврологічними симптомами, оглянутих лікарями швидкої допомоги, слід обстежити на наявність гіпоглікемії (вимірювання рівня глюкози у капілярній крові) та інсульту або ТІА (за допомогою валідованих інструментів скринінгу). Тест FAST (Face Arm Speech Test – обличчя-рука-мовлення-тест) є оптимальним для виявлення пацієнтів із симптомами інсульту. Втім, в осіб з ознаками, наприклад, раптового порушення зору чи латералізованої мозочкової дисфункції інсульт буває важко запідозрити.

Такій категорії пацієнтів потрібні додаткові обстеження, перш ніж використовувати для оцінювання їхнього стану інші інструменти, як-от шкала тяжкості інсульту Національних інститутів здоров'я США (NIHSS) та шкала для ранньої діагностики інсульту у відділенні екстреної допомоги (ROSIER) (Harbison et al., 2003; Working Party consensus, 2016).

Хворим зі збереженими неврологічними симптомами та підтвердженим інсультом / ТІА важливо якнайшвидше надати відповідну екстрену допомогу за гострого інсульту. Пацієнти з негативним результатом скринінгу, щодо яких усе ще є підозра на інсульт, мають отримувати терапію, як за інсульту, доки діагноз не виключений відповідним лікарем-фахівцем (Working Party consensus, 2016).

У разі надання догоспітальної допомоги особам із підозрою на інсульт слід максимально скоротити час від виклику швидкої до прибуття до лікарні. Пацієнтам із підозрюваним інсультом, що входять до групи ризику через стан дихальних шляхів, слід забезпечити належне лікування за допомогою аспірації, позиціонування та додаткових засобів для підтримання прохідності дихальних шляхів (Working Party consensus, 2016).

Крім того, пацієнтів із залишковими неврологічними симптомами або ознаками слід перевірити на наявність дисфагії (Working Party consensus, 2016). **Особам з підозрою на ТІА мають негайно прийняти ацетилсаліцилову кислоту (АСК) у дозі 300 мг і впродовж доби пройти відповідне обстеження** (Lavalley et al., 2007; Rothwell et al., 2016). Пацієнти з підозрою на інсульт або ТІА мають перебувати під наглядом щодо фібриляції передсердь та інших аритмій (Working Party consensus, 2016).

Лікування пацієнтів із ТІА й малим інсультом

Діагностика

Будь-яка особа з гострим неврологічним синдромом, що повністю минув, потребує термінового огляду фахівця, щоб встановити діагноз і визначити, чи є причина його розвитку судинною. **Пацієнтам із гострими вогнищевими неврологічними симптомами, які цілком зникають протягом доби після початку (тобто є підозра на ТІА), слід негайно призначити АСК у дозі 300 мг, якщо немає протипоказань, і терміново скерувати на відповідне обстеження** (Rothwell et al., 2016; Guideline Development Group consensus, 2023).

Клініцистам не варто застосовувати такі інструменти оцінювання, як шкала ABCD2 (вік, артеріальний тиск,

клінічні особливості, тривалість симптомів і наявність цукрового діабету в анамнезі) для стратифікації ризику ТІА або визначення подальших варіантів лікування (Amarengo et al., 2012; Ildstad et al., 2021).

За наявними даними, ризик інсульту на 2-й день після підтвердженої ТІА становить 2-4,1%, а на 7-й – 3,9-6,5%. Тому особи з підозрюваною ТІА мають терміново пройти повну діагностику без подальшої стратифікації ризику (Giles and Rothwell, 2007).

Пацієнти з підозрою на ТІА, яка трапилася понад тиждень тому, мають бути обстежені лікарем-фахівцем з інсульту якнайшвидше протягом семи днів (Giles and Rothwell, 2007). Особам із підозрюваною ТІА та їхнім родичам / опікунам слід надати інформацію щодо розпізнавання симптомів інсульту та заходів, яких слід вживати у разі їх появи (Working Party consensus, 2016).

Крім того, пацієнтів із підозрою на ТІА слід обстежити, перш ніж прийняти рішення щодо виконання візуалізації головного мозку. Винятками є випадки, коли хворі приймають антикоагулянт або мають порушення згортання крові, коли необхідно терміново виконати комп'ютерну томографію (КТ) без контрастного посилення (Wardlaw et al., 2014; NICE, 2022).

Для осіб із підозрою на ТІА магнітно-резонансна томографія (МРТ) є основним методом візуалізації головного мозку для виявлення наявності та/або поширення ішемії мозку. Для пацієнтів із підозрюваною ТІА, у яких не можна виконати візуалізацію головного мозку впродовж семи днів після появи симптомів, МРТ із використанням імпульсної послідовності SWI (що дає змогу отримати зображення, зважені за неоднорідністю магнітного поля) або T2*-зваженого зображення являє собою оптимальний спосіб виключення кровотечі (Wardlaw et al., 2014; NICE, 2022).

Фармакотерапія та судинна профілактика

Пацієнти з короткочасними симптомами внаслідок підтвердженого цереброваскулярного захворювання мають високий ризик виникнення подальших судинних подій. Він є найвищим упродовж перших кількох днів, тож таким хворим необхідно надати невідкладне лікування.

Пацієнтам із підтвердженим малим ішемічним інсультом або ТІА слід призначити лікування у межах вторинної профілактики, що передбачає:

- модифікацію способу життя (зокрема, відмова від куріння та вживання алкоголю, здорове харчування, фізичні вправи);
- **антиагрегантну або антикоагулянтну терапію;**
- **високоінтенсивне лікування статинами;**
- **гіпотензивну терапію тiazидоподібними діуретиками, блокаторами кальцієвих каналів тривалої дії або інгібіторами ангіотензинперетворювального фермента** (Rothwell et al., 2007; NICE, 2023).

Крім того, хворим після перенесеної ТІА або малого ішемічного інсульту доцільно застосовувати антитромбоцитарну терапію за відсутності протипоказань або високого ризику кровотечі. Необхідно якнайшвидше розглянути застосування таких режимів лікування:

1. Упродовж доби після ТІА або малого ішемічного інсульту за низького ризику кровотечі слід призначити подвійну антитромбоцитарну терапію (ПАТТ):

- **клопідогрель (початкова доза – 300 мг, потім 75 мг/добу)+АСК (початкова доза – 300 мг, потім 75 мг/добу протягом 21 дня) із подальшою монотерапією клопідогрелем у дозі 75 мг/добу або**

- **тікагрелор (початкова доза – 180 мг, потім 90 мг двічі на день)+АСК (початкова доза – 300 мг, потім 75 мг/добу впродовж 30 днів) із подальшою монотерапією тікагрелором у дозі 90 мг двічі на день або клопідогрелем по 75 мг/добу.**

2. Пацієнтам із ТІА або малим ішемічним інсультом, яким не підходить ПАТТ, варто призначити навантажувальну дозу клопідогрелю 300 мг із подальшим переходом до 75 мг/добу.

3. Слід розглянути інгібітор протонної помпи для одночасного застосування із ПАТТ, щоб знизити ризик шлунково-кишкової кровотечі.

4. У хворих із рецидивом ТІА або інсульту під час приймання клопідогрелю необхідно враховувати резистентність до даного препарату (Wang et al., 2021; Johnston et al., 2020).

Наведені вище тези підтверджені даними останніх досліджень. Так, у випробуванні CHANCE застосування ПАТТ, яку було розпочато протягом 24 год після розвитку епізоду, сприяло значущому зниженню частоти ішемічного інсульту в пацієнтів із ТІА або малим ішемічним інсультом: до 8,2% (АСК+клопідогрель у навантажувальній дозі 300 мг) порівняно з 11,7% у групі АСК (Wang et al., 2013). Своєю чергою, у дослідженні POINT ПАТТ, застосована впродовж 12 год після початку події, сприяла суттєвому зменшенню кількості випадків ішемічного інсульту: із 6,5 до 5% в осіб із ТІА або малим ішемічним інсультом, які отримували АСК чи АСК+клопідогрель у навантажувальній дозі 600 мг відповідно (Johnston et al., 2018).

Результати дослідження THALES підтвердили значне зниження частоти комбінованої кінцевої точки, що включала інсульт і смерть, у пацієнтів із ТІА високого ризику або малим ішемічним інсультом: до 5,5% у тих, хто впродовж доби почав приймати АСК+тікагрелор у навантажувальній дозі 180 мг порівняно із 6,6% у групі лікування АСК (Johnston et al., 2020).

Значна частка хворих після ТІА та інсульту має резистентність до клопідогрелю (Pan et al., 2017). Це пов'язано з генетичним поліморфізмом алеля гена CYP2C19, що спричиняє втрату функції ферменту та зниження чутливості до препаратів. У підгрупі пацієнтів із цією особливістю в межах дослідження CHANCE-2 ризик ішемічного інсульту був значно знижений і становив 7,6% у групі терапії клопідогрелем (90 днів)+АСК (21 день) та 6% – у хворих, що приймали тікагрелор (90 днів)+АСК (21 день) (Wang et al., 2021).

Пацієнтам із ТІА або ішемічним інсультом слід негайно розпочати високоінтенсивну статинотерапію: наприклад, аторвастатином у дозі 20-80 мг/добу (Rothwell et al., 2007; NICE, 2023).

Своєю чергою, пацієнтам із неінвалідизувальним ішемічним інсультом або ТІА та фібриляцією передсердь доцільно призначити антикоагулянт швидкої дії, шойно буде виключено внутрішньочерепну кровотечу (за відсутності інших протипоказань) (Working party consensus, 2016).

Варто додати, що хворим із перенесеним ішемічним інсультом або ТІА, які є кандидатами на каротидне втручання, слід виконати візуалізацію сонних мозкових артерій упродовж доби після висновку фахівця. Ця процедура передбачає дуплексне ультразвукове дослідження сонної артерії, КТ- або МРТ-ангіографію (Guideline Development Group consensus, 2023).

Пацієнтів із ТІА або гострим неінвалідизувальним ішемічним інсультом зі стабільною неврологічною симптоматикою, які мають симптоматичний виразний каротидний стеноз 50-99%, слід:

- обстежити та скерувати для виконання каротидної ендартеректомії, яку необхідно здійснити якнайшвидше протягом семи днів після появи симптомів;

- отримати оптимальне фармакологічне лікування: антитромбоцитарну терапію, препарати для контролю артеріального тиску (АТ) та зниження рівня холестерину, зокрема із застосуванням дієти, а також рекомендації щодо способу життя, наприклад припинення куріння (Working party consensus, 2016; NICE, 2023).

Продовження на наст. стор.

Початок на попередній стор.

Особам із ТІА або гострим неінвалідизувальним ішемічним інсультом, які мають легкий або помірний каротидний стеноз (<50%):

- не слід проводити каротидне втручання;
- доцільно призначити оптимальне фармакологічне лікування: антитромбоцитарну терапію, препарати для контролю АТ та зниження рівня холестерину, зокрема із застосуванням дієти, а також рекомендації щодо способу життя, наприклад припинення куріння (Working party consensus, 2016; NICE, 2023).

Хворих, у яких, попри оптимальну медикаментозну терапію, стався рецидив транзиторних вогнищевих неврологічних симптомів, і в яких джерело емболії було виключене, слід повторно обстежити для встановлення альтернативного неврологічного діагнозу (Working party consensus, 2016).

Для пацієнтів, які є кандидатами для проведення каротидного, але не відкритого хірургічного втручання (як-от каротидна біфуркація, повторний стеноз після ендартеректомії, стеноз сонної артерії, пов'язаний із променевою терапією), доцільно розглянути виконання каротидної ангіопластики та стентування (Esonotoroulos et al., 2011; Bonati et al., 2012). Осіб, які перенесли каротидну реваскуляризацію, має оглянути фахівець з інсульту для оптимізації фармакологічних аспектів вторинної судинної профілактики (Working party consensus, 2016).

Діагностика й терапія гострого інсульту

Пацієнти з перенесеним інсультом потребують невідкладної медичної допомоги. Тож для оптимізації ведення таких хворих не має бути затримок у виконанні діагностики та призначенні відповідного лікування. Усі пацієнти з гострим розвитком фокального неврологічного синдрому, що супроводжується персистувальними симптомами та ознаками, потребують термінового діагностичного обстеження. Це необхідно для підтвердження наявності гострого інсульту та виключення інших станів, які передбачають окреме спеціалізоване лікування.

Для збільшення потенційної користі реваскуляризації та невідкладної терапії за внутрішньомозкового крововиливу (ВМК) потрібен своєчасний доступ до сучасних методів візуалізації, зокрема КТ- або МРТ-ангіографії, та перфузії.

Основні причини інсульту, як-от хвороби серця, цукровий діабет і артеріальна гіпертензія, потребують окремої діагностики та лікування.

Пацієнти з підозрою на гострий інсульт мають бути негайно госпіталізовані та обстежені лікарем-фахівцем для визначення невідкладної терапії. Особам із підозрюваним гострим інсультом слід якнайшвидше виконати томографію головного мозку (максимально впродовж години після прибуття до лікарні). Хворим із перенесеним ішемічним інсультом, які є кандидатами для механічної тромбектомії, слід негайно виконати КТ-ангіографію артерій, від дуги аорти до маківки; втім, це не має виключати виконання внутрішньовенного тромболізу.

До того ж пацієнтам із відстроченими ознаками інсульту, яким потенційно показано реперфузію, необхідно якнайшвидше виконати КТ- або МРТ-перфузію (максимально впродовж години після госпіталізації) (Qureshi et al., 2016; NICE, 2022; Emberson et al., 2014).

Альтернативою для осіб з інсультом є МРТ у режимі DWI-FLAIR. Зокрема, виконання МРТ головного мозку з використанням імпульсної послідовності DWI (дає змогу отримати дифузійно-зважені зображення), SWI або T2*-зваженого зображення слід розглянути у хворих із підозрою на гострий інсульт за діагностичної невизначеності (Wardlaw et al., 2014).

Лікування пацієнтів з ішемічним інсультом

Сьогодні тромболізіс із застосуванням альтеплази виконують 10-11% пацієнтів із гострим інсультом у Великій Британії та Ірландії (Sentinel Stroke National Audit Program, 2022; National Office of Clinical Audit in Ireland, 2023). Лікування за допомогою тромболізу при інсульті має проводити лише навчений медичний персонал із відповідним досвідом та знаннями про протипоказання до лікування та ведення осіб із такими ускладненнями, як погіршення неврологічного статусу.

У пацієнтів із гострим ішемічним інсультом, незалежно від віку чи тяжкості інсульту, у яких є можливість розпочати лікування впродовж 4,5 год після розвитку епізоду, слід розглянути виконання тромболізу альтеплазою або тенектеплазою (Emberson et al., 2014; Menon et al., 2022).

За даними метааналізу результатів випробувань EXTEND, ECASS-4 та EPITHET, підгрупа пацієнтів із напівтінню за перфузійної візуалізації між 4,5 і 9 год після початку епізоду або з інсультом при пробудженні отримала користь внутрішньовенного введення альтеплази (зростання частоти позитивних результатів на 7%) (Ma et al., 2019; Ringleb et al., 2019).

У дослідженні ENCHANTED, присвяченому порівнянню нижчої (0,6 мг/кг) дози альтеплази зі стандартною, ризик ВМК та ранньої смерті виявився нижчим у разі застосування меншої дози. Проте переконливих доказів того, що дози були еквівалентні за ефективністю, не отримано (Anderson et al., 2016).

Своєю чергою, метааналіз чинників ризику ВМК у разі застосування альтеплази свідчить про більшу ймовірність його виникнення в осіб із фібриляцією передсердь, застійною серцевою недостатністю, порушенням функції нирок, лейкоцитозом, а також тих, хто раніше отримував антитромбоцитарну терапію (Whiteley et al., 2012).

За даними низки рандомізованих контрольованих досліджень, не зафіксовано кращих клінічних наслідків на тлі лікування тенектеплазою порівняно з альтеплазою в осіб із гострим ішемічним інсультом (Menon et al., 2022; Wang et al., 2023).

Проте є дані, що в осіб з оклюзією великої артерії перед запланованою тромбектомією тенектеплаза (0,25 мг/кг) може бути дієвішою за альтеплазу в разі введення протягом 4,5 год після початку інсульту (Campbell et al., 2018).

В осіб із гострим ішемічним інсультом, які є кандидатами для виконання тромболізу, перед початком лікування слід знизити АТ до рівня <185/110 мм рт. ст. (Wardlaw et al., 2012). Хворим із перенесеним гострим ішемічним інсультом, що підлягають механічній тромбектомії, слід виконати попередній внутрішньовенний тромболізіс (за відсутності протипоказань) (Mitchell et al., 2022; Turc et al., 2022).

Крім того, для пацієнтів із гострим ішемічним інсультом системи кровопостачання передньої частини головного мозку й показником 0-2 бали за модифікованою шкалою Ренкіна (mRS) доцільно розглянути проведення комбінованого внутрішньовенного тромболізу та екстракції внутрішньоартеріального тромбу. Процедура виконується за наявності проксимальної внутрішньочерепної оклюзії великої артерії, що спричиняє інвалідизувальний неврологічний дефіцит; розпочати її можна протягом 6 год після початку епізоду.

Своєю чергою, для осіб із гострим ішемічним інсультом системи кровопостачання передньої частини головного мозку й протипоказанням до внутрішньовенного тромболізу (але не тромбектомії), які мають показник 0-2 бали за mRS, слід розглянути видалення внутрішньоартеріального тромбу.

Процедуру застосовують за наявності проксимальної внутрішньочерепної оклюзії великої артерії, яка призводить до інвалідизувального неврологічного дефіциту; розпочати її можна впродовж 6 год після початку епізоду (Goyal et al., 2016).

Хворі на гострий ішемічний інсульт системи кровопостачання передньої частини мозку з оклюзією проксимальної внутрішньочерепної великої артерії, що спричиняє інвалідизувальний неврологічний дефіцит, який виник 6-24 год тому (зокрема з інсультом при пробудженні), та показником 0-1 бал за mRS є кандидатами для екстракції внутрішньоартеріального тромбу за умови дотримання таких критеріїв візуалізації:

- від 6 до 12 год: ≥ 3 бали за шкалою оцінювання початкових змін на КТ при інсульті (ASPECTS), незалежно від розміру вогнища інфаркту;
- від 12 до 24 год: ≥ 3 бали за ASPECTS і невідповідність перфузії згідно з даними КТ або МРТ (понад 15 мл), незалежно від розміру вогнища інфаркту (Sarraj et al., 2023; Huo et al., 2023).

У пацієнтів із гострим ішемічним інсультом системи кровопостачання задньої частини мозку протягом 12 год після початку епізоду слід розглянути можливість виконання механічної тромбектомії (у поєднанні з тромболізом за потреби), якщо вони мають підтверджену оклюзію внутрішньочерепної хребетної або базиллярної артерії та ≥ 10 балів за шкалою NIHSS. Необхідно бути обережними в разі розгляду питання щодо механічної тромбектомії для пацієнтів, у яких минуло від 12 до 24 год після початку захворювання та/або пацієнтів віком >80 років – через брак даних щодо цих груп хворих (Tao et al., 2022; Jovin et al., 2022).

Ефективність тромбектомії та оптимальної фармако-терапії за оклюзії базиллярної артерії порівнювали у рандомізованому дослідженні ATTENTION (Tao et al., 2022).

Отримані дані підтвердили перевагу тромбектомії з абсолютною різницею 23,2%. У рандомізованому випробуванні BAOCHE за участю пацієнтів, у яких минуло від 6 до 24 год після початку інсульту, також було продемонстровано вищу користь тромбектомії порівняно з оптимальним медикаментозним лікуванням з абсолютною різницею 22,1% (Jovin et al., 2022).

Вибір анестезії для тромбектомії має ґрунтуватися на індивідуальній оцінці чинників ризику пацієнта, технічних вимогах процедури та інших клінічних характеристиках, як-от рівень свідомості та ступінь агітації хворого (Mortimer et al., 2021; Maurice et al., 2022).

Для осіб з інфарктом у басейні середньої мозкової артерії (СМА), які відповідають наведеним нижче критеріям, може бути доцільним виконання декомпресійної гемікраніектомії. Їх має оглянути нейрохірург та надати лікування впродовж 48 год після початку інсульту:

- оцінка за шкалою mRS до інсульту 0-1 бал;
- клінічні ознаки, що вказують на інфаркт СМА;
- оцінка за шкалою NIHSS >15 балів;
- зниження рівня свідомості до ≥ 1 бала за пунктом 1a NIHSS;
- ознаки інфаркту щонайменше 50% СМА на КТ із/без додаткового інфаркту передньої чи задньої мозкової артерії або об'єм інфаркту >145 мл на МРТ у режимі DWI (Cruz-Flores et al., 2012; Juttler et al., 2014).

Пацієнти з гострим ішемічним інсультом, яким виконують тромболізіс, мають розпочати приймання антиагрегантів через 24 год за відсутності протипоказань та після виключення великої кровотечі. Хворим, які перенесли інвалідизувальний гострий ішемічний інсульт, слід якнайшвидше застосувати АСК у дозі 300 мг упродовж доби (якщо немає протипоказань). Лікування АСК по 300 мг/добу необхідно продовжити до двох тижнів після початку інсульту, а вже потім розпочати тривалу антитромботичну терапію (Sandcock et al., 2015).

Особам із гострим ішемічним інсультом та диспепсією в анамнезі при застосуванні антитромбоцитарних засобів на додаток до АСК доцільно призначити інгібітор протонної помпи. Пацієнтам із гострим ішемічним інсультом, які мають алергію на АСК або непереносимість згаданого препарату, варто використовувати альтернативний антиагрегант (наприклад, клопідогрель) (NICE, 2010). Результати дослідження ENCHANTED засвідчили нижчий ризик ВМК та ранньої смерті за лікування альтеплазою у меншій дозі (0,6 мг/кг) порівняно зі стандартною без переконливих доказів того, що дози були еквівалентної ефективності (Anderson et al., 2016).

Лікування пацієнтів із внутрішньомозковим крововиливом

Близько 11% усіх пацієнтів, які потрапили з гострим інсультом до лікарень у Великій Британії та Ірландії, мали ВМК (Kelly et al., 2012; Intercollegiate Stroke Working Party, 2016). До того ж стан таких хворих може швидко погіршуватися, тож спеціаліст має виконати якнайшвидший моніторинг.

Пацієнтам із ВМК на тлі лікування антагоністами вітаміну К (АВК) необхідно терміново відмінити антикоагулянт та застосувати комбінацію концентрату протромбінового комплексу (КПК) та вітаміну К внутрішньовенно (Working Party consensus, 2016).

Зокрема, особам із ВМК, що асоційовані з терапією прямими оральними антикоагулянтами (ПОАК), слід негайно змінити антикоагулянт.

Хворим, які приймають дабігатран, слід призначити ідаруцизумаб. За результатами вивчення його ефективності в пацієнтів, які приймали прямий інгібітор тромбіну дабігатран, цей препарат є безпечним, швидко діє та ефективно усуває антикоагулянтний ефект (Pollack et al., 2017). Якщо ідаруцизумаб недоступний, можна розглянути можливість використання концентрату 4-факторного протромбінового комплексу (КПК-4Ф). Для пацієнтів, які отримують інгібітори фактора Ха, також імовірна доцільність застосування КПК-4Ф, а андексанет альфа можна розглянути в межах рандомізованого контрольованого дослідження (Pollack et al., 2017).

Для осіб із гострим спонтанним ВМК та систолічним АТ 150-220 мм рт. ст. слід розглянути питання щодо термінового лікування впродовж 6 год після появи симптомів, спрямованого на досягнення систолічного АТ 130-139 мм рт. ст. протягом години і підтримування на такому рівні щонайменше сім днів, якщо:

1. Оцінка за шкалою коми Глазго (GCS) становить ≤ 5 балів.
2. Гематома є дуже великою і можливий летальний наслідок.

3. Виявлено макросудинну або структурну причину гематоми.

4. Заплановано невідкладну операцію з видалення гематоми за контролю АТ (Qureshi et al., 2016; NICE, 2022).

Крім того, особи з ВМК за погіршення мають бути негайно скеровані на повторну візуалізацію головного мозку (Guideline Development Group consensus, 2023). У пацієнтів із ВМК, у яких розвивається гідроцефалія, слід розглянути можливість хірургічного втручання, як-от встановлення зовнішнього вентрикулярного дренажу (Working Party consensus, 2016).

Хворих із ВМК, у яких локалізація крововиливу або інші візуалізаційні ознаки свідчать про наявність церебрального венозного тромбозу (ЦВТ), необхідно терміново обстежити за допомогою КТ- або МРТ-венорафії (van Asch et al., 2015).

Внутрішньоартеріальна цифрова субтракційна ангіографія є еталонним стандартом для виявлення всіх макросудинних аномалій, окрім кавернозних мальформацій, які потребують проведення МРТ. Проте ця процедура пов'язана з незначним (0,5-1%), але серйозним ризиком тяжких судинних і неврологічних ускладнень.

Так, за результатами Кокранівського огляду виявлено, що неінвазивна ангіографія (КТА або МРА) усієї судинної мережі мозку має хорошу діагностичну точність порівняно з внутрішньоартеріальною ангіографією (Josephson et al., 2015).

Для визначення наявності макросудинної причини інсульту та потенційної користі внутрішньоартеріальної церебральної ангіографії слід враховувати результати проспективного дослідження DIAGRAM (van Asch et al., 2015; Hilkens et al., 2018).

За отриманими даними, застосування ранньої церебральної неінвазивної ангіографії (КТА/МРА впродовж 48 год від початку інсульту) може бути доцільним для всіх пацієнтів віком 18-70 років із гострим спонтанним ВМК і без раку в анамнезі, які не приймали антикоагулянти, за винятком: осіб віком >45 років з артеріальною гіпертензією і крововиливом у базальні ганглії, таламус або задню черепну ямку. Якщо результати є нормальними або непереконливими, через три місяці слід розглянути виконання МРТ / МРА з візуалізацією у режимі SWI (Guideline Development Group consensus, 2023).

Лікування пацієнтів із субарахноїдальним крововиливом

Упродовж останніх років поширеність САК у Великій Британії та Ірландії знижується, як і рівень смертності, завдяки вдосконаленню діагностики та лікуванню (Kelly et al., 2012; Mukhtar et al., 2016).

Однак САК досі є причиною орієнтовно 5% усіх гострих інсультів. Частота летальних випадків серед осіб із САК, які не встигають отримати допомогу в лікарні, становить 10-15%. Рівень загальної виживаності – близько 70%, але серед пацієнтів, госпіталізованих до нейрохірургічного відділення з підтвердженою аневризмою, вдається врятувати 85%. Смертність і несприятливі наслідки зростають із віком та є найвищими у віковій групі від 65 років, а також серед хворих із поганим клінічним статусом (Society of British Neurosurgeons, 2006).

Діагностика та лікування для запобігання повторній кровотечі з аневризми є вкрай важливими, щоб запобігти летальним випадкам:

1. КТ головного мозку є найчутливішим методом для виявлення крові в субарахноїдальних просторах.

2. У разі отримання негативного результату КТ може знадобитися люмбальна пункція через 12 год (або протягом 14 днів, якщо хворий був госпіталізований несвоєчасно), адже чутливість КТ щодо САК після інсульту знижується із часом.

3. Необхідне виконання спектрофотометрії спинномозкової рідини на ксантохромію (Working Party consensus, 2016).

Особи з підтвердженим САК мають бути негайно скеровані на неврологічне обстеження (для виявлення ознак погіршення) та отримувати німодипін у дозі 60 мг що 4 год, якщо немає протипоказань (Barker and Ogilvy, 1996). Хворим із САК слід виконати КТ- або МРТ-ангіографію з/без внутрішньоартеріальної ангіографії для визначення місця кровотечі. За потреби має бути призначено специфічну терапію шляхом ендovasкулярної емболізації або хірургічного кліпування. Лікування аневризми слід проводити протягом 48 год із моменту розвитку інсульту відповідно до клінічного статусу пацієнтів або впродовж щонайбільше 48 год після встановлення діагнозу (Molyneux et al., 2005; Society of British Neurosurgeons, 2006).

За хворими, які перенесли САК, слід спостерігати для виявлення розвитку ускладнень, які піддаються лікуванню, як-от гідроцефалія та церебральна ішемія. Після невідкладної терапії осіб із САК необхідно обстежити щодо наявності артеріальної гіпертензії та потреби кинути курити. Також після САК значна частка пацієнтів потребують спеціальної нейрореабілітації, зокрема з відповідною клінічною / нейропсихологічною підтримкою. Більшість із них мають довготривалі симптоми, як-от швидка втомлюваність і когнітивні порушення (Working Party consensus, 2016).

Менежмент пацієнтів із цервікальною артеріальною дисекцією

У незначній кількості пацієнтів із гострим ішемічним інсультом основною причиною його розвитку є розшарування сонної або хребетної артерії. Оскільки нині неінвазивна каротидна й вертебральна візуалізація стала доступнішою та якіснішою, частка осіб із цим діагнозом зростає. Це група хворих зазвичай молодшого віку які, можливо, мають травму шиї в анамнезі.

Усіх пацієнтів із підозрою на цервікальну артеріальну дисекцію слід обстежити за допомогою КТ або МРТ, зокрема з ангіографією (Working Party consensus, 2016). Особам із гострим ішемічним інсультом на тлі цервікальної артеріальної дисекції необхідно виконати тромболізіс, якщо вони відповідають усім критеріям (Zinkstok et al., 2011; Engelter et al., 2012).

Такі хворі мають отримувати лікування антикоагулянтами або антиагрегантами протягом щонайменше трьох місяців (CADISS Trial Investigators, 2015).

За даними рандомізованого контрольованого дослідження CADISS, за участю пацієнтів із симптоматичною дисекцією сонної та хребетної артерій, не спостерігалось суттєвої різниці між антикоагулянтною та антитромбоцитарною терапією у профілактиці повторного інсульту або смерті. Частота інсульту виявилася низькою (2%) упродовж трьох місяців, без летальних наслідків (CADISS Trial Investigators, 2015).

За результатами метааналізу двох досліджень S. Debette et al. (2021), через три місяці не виявлено значущих відмінностей між лікуванням антикоагулянтами та антиагрегантами щодо частоти комбінованої кінцевої точки, яка включала ішемічний інсульт і велику кровотечу. У пацієнтів на антикоагулянтній терапії ризик ішемічного інсульту становив 0,18; великої кровотечі – 3,28.

Пацієнтам із цервікальною артеріальною дисекцією, які приймають антикоагулянт, можна застосовувати ПОАК чи АВК упродовж трьох місяців. Для осіб із гострим ішемічним інсультом або вторинною ТІА можна розглянути ПАТТ (АСК і клопидогрелем) упродовж перших 21 днів, після чого призначити антитромбоцитарну монотерапію щонайменше через три місяці після початку епізоду (Debette et al., 2021; Guideline Development Group consensus, 2023).

Лікування пацієнтів із церебральним венозним тромбозом

ЦВТ належить дорідкісних причин розвитку гострого інсульту. Головний біль, судоми та фокальний (іноді двобічний) неврологічний дефіцит є його типовими ознаками. Найбільш можливе виникнення ЦВТ у пацієток зі схильністю до протромбозу (наприклад, під час вагітності) або з місцевою інфекцією, дегідратацією чи злоякісним новоутворенням, тому важливо виявити основну причину його появи.

Як зазначають дослідники, у великому реєстрі, що уміщував дані 11 тис. 400 пацієнтів із ЦВТ, 2% померли у лікарні (Nasr et al., 2013). Особи похилого віку та хворі на сепсис мали найвищий ризик внутрішньолікарняної летальності. Гідроцефалія, внутрішньочерепний крововилив і моторні порушення також були пов'язані з несприятливим результатом.

Усіх пацієнтів із підозрою на наявність ЦВТ необхідно обстежити за допомогою КТ або МРТ, зокрема з венорафією. Хворі на ЦВТ, зокрема із вторинним крововиливом у мозок, мають отримувати антикоагулянти у повній дозі (спочатку гепарин, а потім варфарин із цільовим міжнародним нормалізованим відношенням 2-3) упродовж щонайменше трьох місяців, якщо немає супутніх захворювань, які перешкоджають їх використанню (Coutinho et al., 2011; Working Party consensus, 2016).

Серії випадків демонструють, що антикоагулянт є препаратом вибору для пацієнтів із ЦВТ та асоційований зі зниженням смертності (Stam et al., 2002).

За результатами Кокранівського огляду двох невеликих досліджень, підтверджено користь антикоагулянтної

терапії після ЦВТ протягом щонайменше трьох місяців (Coutinho et al., 2011).

Допомога хворим за гострого інсульту

Багато пацієнтів із гострим неврологічним дефіцитом, вторинним щодо судинних захворювань, мають супутні ускладнення, що потребують уваги під час і після первинної діагностики та специфічного для інсульту лікування. Три чверті осіб із гострим інсультом мають принаймні одне, а кожен десятий – щонайменше три коморбідні захворювання (Intercollegiate Stroke Working Party, 2016).

Хворим слід надавати спеціалізовану допомогу в інсультному відділенні, насамперед спрямовану на збереження життя, обмеження пошкодження мозку та запобігання ускладненням, перш ніж розпочати реабілітацію (Middleton et al., 2011). У пацієнтів з інсультом часто виникають значні порушення фізіологічного гомеостазу, тож необхідний ретельний моніторинг їхнього клінічного стану, зокрема таких показників:

1. Рівень свідомості (Middleton et al., 2011).
2. Вміст глюкози у крові – підтримання в діапазоні 5-15 ммоль/л із ретельним контролем для уникнення гіпоглікемії (Working Party consensus, 2016).
3. АТ – пацієнти мають отримувати препарати для зниження АТ, якщо є показання для проведення невідкладної терапії, як-от:
 - систолічний АТ >185 мм рт. ст. або діастолічний АТ >110 мм рт. ст., якщо хворий відповідає критеріям для застосування тромболізісу за потреби;
 - гіпертонічна енцефалопатія;
 - гіпертонічна нефропатія;
 - гіпертонічна хвороба з розвитком серцевої недостатності або інфаркту міокарда;
 - розшарування аорти;
 - прееклампсія або еклампсія (Bath and Krishnan, 2014; Working Party consensus, 2016).
4. Насичення киснем – додатковий кисень потрібен лише якщо показник становить <95% і немає протипоказань (Roffe et al., 2011).
5. Гідратація та живлення – насамперед протягом 4 год із моменту госпіталізації, надалі – підтримання на належному рівні (Working Party consensus, 2016).
6. Температура тіла (Middleton et al., 2011).
7. Серцевий ритм (Middleton et al., 2011).
8. Можливість ковтання – протягом 4 год після прибуття хворих до лікарні та до отримання їжі, рідини або медикаментів (Gray et al., 2017).

Пацієнти з гострим інсультом, які приймали антигіпертензивні препарати, мають відновити пероральну терапію, щойно їхній стан стабілізується, і вони зможуть безпечно ковтати ліки (Bath, Krishnan, 2014; Working Party consensus, 2016). Зокрема, особи з гострим ішемічним інсультом мають отримувати високоінтенсивне лікування аторвастатином у дозі 20-80 мг/добу після відновлення функції ковтання. Хворим із первинним ВМК слід призначити статинотерапію, насамперед, з огляду на наявність серцево-судинного ризику, а не для вторинної профілактики ВМК (Amarengo, Labreuche, 2009; NICE, 2023).

Пацієнти з гострим інсультом, які приймали антигіпертензивні препарати, мають відновити пероральну терапію, щойно їхній стан стабілізується, і вони зможуть безпечно ковтати ліки (Bath, Krishnan, 2014; Working Party consensus, 2016). Зокрема, особи з гострим ішемічним інсультом мають отримувати високоінтенсивне лікування аторвастатином у дозі 20-80 мг/добу після відновлення функції ковтання. Хворим із первинним ВМК слід призначити статинотерапію, насамперед, з огляду на наявність серцево-судинного ризику, а не для вторинної профілактики ВМК (Amarengo, Labreuche, 2009; NICE, 2023).

Лікування пацієнтів із тромбозом глибоких вен та емболією легеневої артерії

Тромбоз глибоких вен (ТГВ) і емболія легеневої артерії (ТЕЛА) є поширеними ускладненнями геміплегічного інсульту. При цьому до 50% пацієнтів мають тромб у литці або стегні паретичної кінцівки (Kelly et al., 2004).

Для пацієнтів в умовах знерухомення після гострого інсульту слід розглянути застосування періодичної пневматичної компресії протягом трьох днів після госпіталізації для профілактики ТГВ. Лікування має тривати безперервно протягом 30 днів або доки пацієнт не стане рухомих, або не буде виписаний (CLOTS Trials Collaboration, 2014).

Хворим у нерухомому стані після гострого інсульту не слід регулярно вводити низькомолекулярний гепарин або використовувати градуйовані компресійні панчохи для профілактики ТГВ (Geeganage et al., 2013).

Пацієнти з ішемічним інсультом і симптоматичним ТГВ або ТЕЛА мають отримувати антикоагулянтну терапію за відсутності протипоказань. Для осіб із ВМК і симптоматичним ТГВ або ТЕЛА доцільним може бути встановлення кава-фільтра (Working Party consensus, 2016).

Підготувала **Олена Коробка**