

Коли не встигли зробити тромболізис: тактика ведення пацієнта з гострим ішемічним інсультом

За матеріалами X Міжнародної конференції для неврологів, психіатрів, психотерапевтів, лікарів
суміжних спеціальностей «Нейросимпозіум» (11-13 вересня 2018 року, м. Одеса)

Із доповіддю про медичні аспекти ведення пацієнтів із гострим ішемічним інсультом виступив завідувач
неврологічного відділення інтенсивної терапії (ВІТ) Інсультного центру Клінічної лікарні «Феофанія»
Державного управління справами (м. Київ), кандидат медичних наук Геннадій Петрович Пасічник.
Лектор поділився з аудиторією досвідом лікування осіб з інсультом, яких госпіталізують до ВІТ.

Насамперед Г.П. Пасічник звернув увагу присутніх на актуальність проблеми інсультів в Україні: щорічно реєструється близько 120 тис. випадків і 80% із них є ішемічними інсультами. До соціально активного життя повертаються менш як 20% пацієнтів, а частота постінсультної інвалідизації є дуже високою. У нашій країні смертність від інсульту посідає друге місце та становить 83-95 випадків на 100 тис. населення (близько 40 тис. осіб) на рік. Протягом першого місяця помирають 30-35% пацієнтів.

Чому ж показники такі погані? Слід виділити такі аспекти. Це соціальні причини, серед яких невисокий рівень культури й обізнаності та медичної інформованості населення, пізні звертання хворих по медичну допомогу, а також пізні транспортування до медичного закладу. На додачу згадаємо й про низький рівень оснащення лікувальних установ сучасним обладнанням і високу вартість тромболітиків та інших медикаментів, засобів для механічної реканалізації. З-поміж медичних причин важливо зазначити несвоєчасне розпізнавання ознак захворювання та, як наслідок, пізній початок лікування, а також пізні чи недостатньо ефективне проведення діагностичних заходів.

Стратегія боротьби з інсультом полягає в профілактиці та лікуванні в гострий період. У межах профілактики ключовими напрямками надання допомоги є корекція

артеріального тиску (АТ), застосування статинів, дезагрегантів і антикоагулянтів, каротидна хірургія, ангіопластика, стентування тощо. Терапія в гострий період передбачає етіотропне (медикаментозна й механічна реперфузія), базисне, нейропротекторне лікування та реабілітацію.

Єдиним на сьогодні методом ефективної допомоги при ішемічному інсульті є тромболітична терапія (ТЛТ), яка зазвичай проводиться лише у спеціалізованих центрах і відділеннях, де є можливість забезпечити цілісну оцінку стану пацієнта після інсульту. Лікарі часто побоюються проводити ТЛТ через можливі ускладнення тощо. Проте дотримання алгоритму дій на всіх етапах, відповідно до медичних протоколів, дає змогу мінімізувати ризики.

На жаль, у загальній концепції лікування ішемічного інсульту специфічним заходам приділяється недостатньо уваги, але саме вони забезпечують половину успіху всієї терапії. Згідно з Уніфікованим клінічним протоколом медичної допомоги «Ішемічний інсульт (екстрена, первинна, вторинна (спеціалізована) медична допомога, медична реабілітація)» (Наказ МОЗ України від 03.08.2012 р. № 602), базисна терапія включає:

- респіраторну підтримку та захист дихальних шляхів;
- контроль серцево-судинної функції;

- корекцію АТ, рівня глюкози та температури тіла;
- інфузійну терапію, корекцію водно-електролітного балансу (ВЕБ);
- профілактику й лікування ускладнень.

Важливими аспектами терапії ішемічного інсульту є ретельний моніторинг і всебічна оцінка стану хворого. Крім того, невід'ємною складовою є правило чотирьох катетерів.

Для корекції гемодинаміки за наявності в пацієнта артеріальної гіпертензії потрібно підвищити дозу антигіпертензивних препаратів, які він приймав раніше. Якщо не вдалося досягти потрібних результатів, слід розглянути застосування ін'єкційних α -/ β -адреноблокаторів, магнію сульфату й антагоністів кальцію. У разі розвитку артеріальної гіпотензії рекомендовано відмінити гіпотензивні засоби та призначити глюкокортикоїди. Для оцінки ступеня водно-електролітного дефіциту використовують адекватну волемічну підтримку. Крім того, через розлади ВЕБ може розвинути тахікардія, тому потрібна корекція β -адреноблокаторами та/або подовження прийому серцевих глікозидів; за потреби застосовують медикаментозну седацию. Інфузійна терапія має обов'язково проводитися під контролем показників гематокриту, гемоглобіну, центрального венозного тиску, добового водного балансу.

Для лікування набряку мозку застосовують гіперосмолярні та гіпертонічні розчини кристалолідів, колоїдів або їх комбінацію; розчин альбуміну 20-25%, осмодіуретики й салуретики, гліцерин (масляні розчини), штучну вентиляцію легень і медикаментозну седацию, краніотомию. У разі рефрактерного до фармакотерапії набряку та наявності ознак вклинення мозку останнім аргументом є декомпресійна гемікраніотомія.

При веденні пацієнтів, які перенесли інсульт, дуже важливе раннє ентеральне харчування. Слід чітко розробити дієту згідно із супутньою патологією (адаптовані суміші, їжа з високим умістом білка).

Якщо у процесі проведення соноскопії чи ангіографії встановлено розвиток тромбозу та шляхом візуалізації виявлені кілька вогнищ у різних басейнах, призначають гепарин перфузійно внутрішньовенно під контролем активованого часткового тромбoplastинового часу (АЧТЧ) і часу за методом Дюке чи Лі – Уайта. Якщо спостерігається вогнище ішемії значних розмірів, рекомендовано низькомолекулярний гепарин, оскільки є високий ризик трансформації та кровотечі.

Окремо слід зупинитися на профілактиці тромбозу, котра є дуже важливою. Вторинна профілактика інсульту починається з 1-4-го дня тромбозу. Стосовно вимог до дезагрегантної терапії: ризик геморагічної трансформації та кровотечі, насамперед внутрішньочерепної, має бути мінімальним; препарат має чинити нейропротективну й ендотеліопротективну дію (бути донатором оксиду азоту – NO). Стандартним дезагрегантом для тромбпрофілактики є ацетилсаліцилова кислота (АСК).

Біодоступність клопидогрелю при застосуванні блокує протонної помпи знижується в рази. Крім того, за даними Американської асоціації інсульту, дезагрегантний ефект клопидогрелю відсутній у 25-30% пацієнтів. Тому замість нього часто застосовують трифлузал (Дісгрін) – дезагрегант + донатор NO. На відміну від АСК, він потенціює NO (ендотеліальний релаксант), підвищує чутливість тканин до NO та захищає ендотелій. Це дає тканинам змогу краще переносити ішемію. Дія метаболітів триває 35 год, що дає змогу підтримувати концентрацію препарату вранці, у найнебезпечніший час для тромбозу.



Г.П. Пасічник

Результати численних досліджень на тваринах показали, що вплив на процеси запалення є перспективною стратегією нейропротекції. Міжнародними аналізами доведено, що трифлузал (Дісгрін) має протизапальну й антиексайтотоксичну дію (запобігає загибелі клітин) при ішемічному пошкодженні.

Згідно з рекомендаціями Європейської організації з дослідження інсульту (2008), трифлузал призначають для вторинної профілактики інсульту (клас рекомендації I, рівень доказовості A). Він є настільки ж ефективним, як АСК, у зниженні частоти рецидивів, але ризик побічних ефектів при цьому нижчий. За рекомендаціями Американської колегії торакальних фахівців (2012), препарат рекомендований для тривалого застосування в пацієнтів із некардіоемболічним інсультом або транзиторними ішемічними атаками (клас рекомендації II, рівень доказовості B). За результатами метааналізів доведено вищу ефективність Дісгрину порівняно з АСК у співвідношенні користь / ризик геморагії. Згідно з даними Кокранівського огляду, прийом зазначеного препарату асоційований із нижчим ризиком геморагічних подій і значною перевагою над АСК щодо розвитку небажаних геморагічних ускладнень. Окрім того, застосування Дісгрину сприяє зниженню вираженості когнітивних порушень на 52% порівняно з контрольною групою (за даними Європейського дослідження TRIMCY), одного з провідних чинників інвалідизації в пацієнтів після інсульту. Також порівняно з АСК трифлузал продемонстрував зниження частоти нефатальних кровотеч на 6% (високий рівень достовірності доказів за системою GRADE). Відповідно до рекомендацій Американської академії неврології (2014), препарат слід поєднувати з кумаринами до досягнення міжнародного нормалізованого відношення 1,5-2,0 у пацієнтів із фібриляцією передсердь, у яких є високі ризики інсульту та кровотеч (рівень доказовості B).

Отже, всебічна інтенсивна терапія поліпшує стан пацієнта, який переніс інсульт, і перебіг захворювання, зменшує тривалість перебування у стаціонарі та пришвидшує повернення до соціально-активного життя. Найдієвішим методом лікування ішемічного інсульту є реканалізація: механічна та медикаментозна. Не варто нехтувати ретельним моніторингом, всеосяжною базисною терапією, простими доглядовими засобами, будь-якими методами нейропротекції тощо. Лікування постінсультних хворих має бути комплексним, спрямованим на відновлення дефіциту, стабілізацію супутньої патології та профілактику ускладнень. Адже вчасне й належне надання медичної допомоги – запорука збереження життя та максимального поліпшення здоров'я пацієнта.

Підготувала **Олена Коробка**

ESO
EUROPEAN STROKE ORGANISATION
RECOMMENDED (Class I, Level A)¹

Дісгрін

Трифлузал

❖ ПЕРЕВОРОТ АНТИАГРЕГАНТІВ В НЕВРОЛОГІЇ

❖ МУЛЬТИМОДАЛЬНА ДІЯ:
НАДІЙНА ПРОФІЛАКТИКА ПОВТОРНОЇ ІШЕМІЧНОЇ ПОДІЇ
ДОСТОВІРНЕ ЗМЕНШЕННЯ ЗОНИ ІСНУЮЧОЇ ІШЕМІЇ
ДОСТОВІРНЕ ЗМЕНШЕННЯ КОГНІТИВНИХ РОЗЛАДІВ
ЗМЕНШЕННЯ ЕНДОТЕЛІАЛЬНОЇ ДИСФУНКЦІЇ

❖ НИЖЧЕ РИЗИК ГЕМОРАГІЧНОЇ ТРАНСФОРМАЦІЇ⁶

Група Uriach