

Ведение больных в раннем периоде острого ишемического инсульта

Рекомендации Американской ассоциации сердца / Американской ассоциации инсульта – основные положения

Ведение больных на догоспитальном этапе

1. Для того чтобы снизить количество пациентов, нуждающихся в терапии, а также с целью улучшения качества последней среди врачей, прочего медицинского персонала больниц и членов бригад скорой помощи рекомендуется проводить образовательные программы, посвященные инсульту (I-B, изменения в рекомендацию не внесены).

2. Пациент с острым ишемическим инсультом (ОИИ) либо окружающие его лица должны самостоятельно вызвать бригаду скорой помощи (I-B). Время транспортировки больного следует максимально сократить. При транспортировке необходимо отдавать приоритет пациентам с ОИИ (изменения в рекомендацию не внесены).

3. Медицинскому персоналу, оказывающему помощь на догоспитальном этапе, для оценки ОИИ следует использовать специальные шкалы, например LAPSS (Лос-Анджелесский догоспитальный скрининг на инсульт) или CPSS (Догоспитальная шкала инсульта Цинциннати) (I-B, изменения в рекомендацию не внесены).

4. Бригада скорой помощи должна приступить к лечебным мероприятиям сразу же по прибытии к пациенту с ОИИ (табл. 1) (I-B). Крайне желательной является разработка терапевтического протокола, которому должна следовать бригада скорой помощи (изменения в рекомендацию не внесены).

Характеристика инсультных центров. Улучшение качества медицинской помощи при ОИИ

1. Рекомендуется создавать центры по оказанию первичной помощи больным с инсультом (I-B). Организация таких центров зависит от материальных возможностей региона. Крайне желательным создание системы, при которой неотложную терапию осуществляют больницы для лечения инсульта в остром периоде, а также первичные инсультные центры. Последние должны взаимодействовать со специализированными инсультными центрами, оказывающими более квалифицированную помощь (изменения в рекомендацию не внесены).

2. Сертифицировать инсультные центры рекомендуется внешними независимыми организациями, например Объединенной комиссией или местным управлением здравоохранения (I-A). Такую сертификацию должны проходить и дополнительные медицинские центры (рекомендация изменена).

3. Учреждениям здравоохранения следует создать междисциплинарную комиссию по улучшению качества терапии. Эта комиссия должна разработать критерии качества терапии, а также мониторировать его индикаторы, степень доказательств применяющихся лечебно-диагностических подходов и исходы инсульта (I-B). Для обеспечения надлежащего качества медицинской помощи целесообразно сформировать специальную команду специалистов, отвечающих за оптимизацию лечебного процесса, а кроме того, создать банк данных, касающихся ведения больных с инсультом. Эти данные могут быть использованы для того, чтобы выявлять недостатки и диспропорции в оказании помощи при инсульте. После обнаружения таких недостатков должны быть разработаны специальные мероприятия, направленные на их устранение (новая рекомендация).

4. Пациента, у которого подозревают диагноз инсульта, бригаде скорой помощи не следует доставлять в больницу, которая не специализируется на лечении таких больных. Пациента нужно транспортировать в ближайшее лечебное учреждение, наиболее приспособленное для оказания медицинской помощи при остром инсульте (I-B, изменения в рекомендацию не внесены).

5. В тех учреждениях, которые не обладают собственными специалистами, способными интерпретировать данные нейровизуализирующих методов, рекомендуется использовать одобренные Управлением по контролю за качеством продуктов питания и лекарственных средств США (FDA) или аналогичными организациями телерадиологические системы, позволяющие обеспечить своевременную оценку результатов компьютерной либо магнитно-резонансной томографии головного мозга у больных с подозрением на острый инсульт (I-B, новая рекомендация).

6. При наличии подключения к сети «Телеинсульт» телерадиологические системы, одобренные FDA (или аналогичными организациями), обеспечивают быструю интерпретацию данных нейровизуализирующих методов, что позволяет принять решение о целесообразности проведения фибринолитической терапии (I-B, новая рекомендация).

7. Рекомендуется создание специализированных инсультных центров (I-C, изменения в рекомендацию не внесены).

8. Для того чтобы повысить частоту внутривенного введения рекомбинантного тканевого активатора плазминогена (rtPA) в неспециализированных больницах, которые не имеют квалифицированных кадров, необходимых для адекватной клинической оценки больного с инсультом, следует внедрять консультирование в рамках системы «Телеинсульт», а также соответствующие образовательные программы и тренинги для медицинских работников (IIa-B, новая рекомендация).

9. Целесообразно создавать больницы для оказания помощи пациентам с острым инсультом (IIa-C). Их организация, как и открытие первичных инсультных центров, определяется материальными возможностями региона (новая рекомендация).

Клиническая оценка и диагностика ОИИ в условиях оказания неотложной помощи

1. Рекомендуется разработать протокол для проведения неотложной клинической оценки состояния больного, у которого подозревают развитие инсульта (I-B). Клиническая оценка должна быть завершена, а фибринолитическая терапия начата в первые 60 мин от момента доставки пациента в отделение неотложной терапии. Следует поощрять создание бригад, специализирующихся на оказании помощи при ОИИ и состоящих из врачей, медицинских сестер, лаборантов и сотрудников рентгенологического подразделения. Больные с инсультом нуждаются в тщательной клинической оценке, в т. ч. в неврологическом обследовании (изменения в рекомендацию не внесены).

2. Для оценки тяжести инсульта рекомендовано использовать специальную шкалу, желательную NIHSS – Шкалу оценки инсульта Национальных институтов здоровья (I-B, изменения в рекомендацию не внесены).

3. При проведении исходной оценки состояния больного рекомендовано прибегать к ограниченному количеству гематологических, коагуляционных и биохимических тестов. Перед внутривенным введением rtPA рекомендуется исследовать только уровень глюкозы в плазме крови (табл. 2) (I-B, рекомендация изменена).

Ранняя диагностика – визуализация головного мозга и кровеносных сосудов

Пациенты с персистирующей симптоматикой острой ишемии головного мозга

1. До начала проведения какой-либо специфической терапии ОИИ рекомендовано неотложное выполнение нейровизуализации (I-A). В большинстве случаев информацию, необходимую для выбора тактики оказания неотложной помощи, предоставляет компьютерная томография (КТ) без контрастного усиления (изменения в рекомендацию не внесены).

2. Для того чтобы исключить внутримозговое кровоизлияние (абсолютное противопоказание) и определить, характеризуется ли зона ишемии пониженной плотностью (по данным КТ) или повышенной интенсивностью (по данным магнитно-резонансной томографии – МРТ), рекомендовано проведение КТ без контрастного усиления или МРТ (I-A, рекомендация изменена).

Таблица 1. Догоспитальная оценка и лечение больного с подозрением на наличие инсульта

Рекомендуется	Не рекомендуется
<ul style="list-style-type: none"> Оценить клинический статус и в случае необходимости провести комплекс сердечно-сосудистой реанимации в объеме ABC Начать мониторинг функции сердечно-сосудистой системы Проводить оксигенотерапию для того, чтобы поддерживать сатурацию O₂ на уровне >94% Обеспечить доступ для внутривенного введения препаратов согласно локальному протоколу Определить уровень глюкозы в плазме крови и в случае необходимости провести коррекцию гликемии Определить время возникновения симптоматики или последнее время, когда пациент был здоров. Свяжитесь с родными больного, желательно по мобильному телефону Диагностировав инсульт, немедленно транспортировать пациента в специализированный стационар, в котором может быть оказана адекватная помощь Заранее предупредить персонал стационара о скором прибытии пациента 	<ul style="list-style-type: none"> Проводить антигипертензивную терапию до тех пор, пока пациент не будет доставлен в стационар Вводить большие объемы жидкости внутривенно Вводить растворы, содержащие декстрозу, пациентам без гипергликемии Назначать лекарственные средства перорально (придерживаться принципа NPO - no per os) Задерживать транспортировку для того, чтобы выполнить мероприятия догоспитального этапа

Таблица 2. Неотложная диагностика у больных с подозрением на ОИИ

<p>У всех больных</p> <ul style="list-style-type: none"> КТ или МРТ головного мозга без контрастирования Уровень глюкозы в плазме крови Сатурация O₂ Сывороточная концентрация электролитов / почечные функциональные тесты* Развернутый общеклинический анализ крови (с подсчетом тромбоцитов)* Маркеры ишемии миокарда* Протромбиновое время / международное нормализованное отношение* Активированное частичное тромбопластиновое время* Электрокардиограмма*
<p>У отдельных категорий больных</p> <ul style="list-style-type: none"> Тромбиновое время и/или экариновое время свертывания, если есть основания предполагать, что пациент принимает прямые ингибиторы тромбина или прямые ингибиторы фактора Ха Печеночные функциональные тесты Токсикологический скрининг Уровень алкоголя в крови Тест на беременность Определение газового состава артериальной крови (при подозрении на гипоксию) Рентгенография органов грудной клетки (при подозрении на патологию легких) Люмбальная пункция (при подозрении на субарахноидальное кровоизлияние, когда результаты компьютерной томографии не подтверждают наличие крови) Электроэнцефалограмма (при подозрении на судорожный синдром)
<p>Примечание. *Хотя данные указанных методов желательно получить до начала внутривенного введения tPA, фибринолитическую терапию в ожидании результатов обследования откладывать не следует. Исключениями из этого правила являются подозрение на нарушения гемостаза либо тромбоцитопению; введение больному гепарина либо прием им варфарина или других антикоагулянтов (прямых ингибиторов тромбина, прямых ингибиторов фактора Ха).</p>

Таблица 3. Принципы антигипертензивной терапии у больных с ОИИ, которым планируется проведение неотложной реперфузии

<p>Если у больного уровень АД (>185/110 мм рт. ст.) является единственным противопоказанием для неотложной реперфузии, то следует назначить:</p> <ul style="list-style-type: none"> лабеталол 10-20 мг внутривенно в течение 1-2 мин (введение можно однократно повторить) или никардипин в среднем 5 мг/ч внутривенно, титруя дозу каждые 5-15 мин от 2,5 мг/ч до максимальной (15,0 мг/ч); при достижении целевого АД дозу подбирать таким образом, чтобы АД поддерживалось в требуемых пределах, или прочие средства (гидралазин, эналаприлат и др.) при наличии соответствующих показаний. <p>Если уровень АД >185/110 мм рт. ст., введение tPA противопоказано.</p> <p>Во время введения tPA либо проведения иной реперфузионной терапии АД следует поддерживать на уровне <180/105 мм рт. ст.:</p> <ul style="list-style-type: none"> с момента введения tPA измерять АД следует каждые 15 мин в течение первых 2 ч, каждые 30 мин на протяжении последующих 6 ч, каждый 1 ч – в оставшиеся 16 ч первых суток. <p>Если САД >180-230 мм рт. ст., а ДАД >105-120 мм рт. ст., то следует назначить:</p> <ul style="list-style-type: none"> лабеталол 10 мг внутривенно с последующим проведением длительной инфузии в дозе 2-8 мг/мин или никардипин в среднем 5 мг/ч внутривенно, титруя дозу каждые 5-15 мин от 2,5 мг/ч до максимальной (15,0 мг/ч). <p>Если уровень АД контролю не поддается либо ДАД >140 мм рт. ст., показано внутривенное введение нитропруссид натрия.</p>

3. При наличии по данным КТ ранних ишемических изменений (отличных от четко сниженной плотности) любой выраженности показана внутривенная фибринолитическая терапия (I-A, рекомендация изменена).

4. Если у больного с ОИИ рассматривается возможность проведения внутриаартериального фибринолиза либо механической тромбэктомии, в качестве начального метода нейровизуализации настоятельно рекомендовано выполнить неинвазивное исследование внутричерепных сосудов.

Однако в ожидании результатов этого метода откладывать внутривенное введение тРА, если оно пациенту показано, не следует (I-A, рекомендация изменена).

5. Диагностическое заключение о состоянии паренхимы головного мозга (по данным КТ или МРТ) врач-рентгенолог должен предоставить в течение 45 мин от момента поступления больного, которому планируется проведение фибринолиза, в отделение неотложной медицины (I-C, рекомендация изменена).

6. Перфузионная КТ или перфузионная / диффузионно-взвешенная МРТ, используемые для измерения зоны инфарктного ядра и пенумбры, могут быть применены с целью отбора для проведения неотложной реперфузионной терапии тех пациентов, которые не попали во временное окно внутривенного фибринолиза. Эти методы дают дополнительную информацию, которая облегчает диагностику, а также позволяет понять механизмы развития и оценить тяжесть ОИИ, благодаря чему врачебная тактика становится более обоснованной (IIb-B, рекомендация изменена).

7. Если КТ без контрастного усиления выявляет очаг пониженной плотности, эту находку следует принять во внимание, поскольку ее наличие ассоциируется с повышенным риском геморрагических осложнений фибринолитической терапии. Если размер такого очага превышает 1/3 площади бассейна средней мозговой артерии, внутривенное введение тРА противопоказано (III-A, рекомендация изменена).

Пациенты с разрешившейся симптоматикой острой ишемии головного мозга

1. Следует выполнить неинвазивную визуализацию сосудов шеи, которая является составной частью клинической оценки состояния больных с подозрением на развитие транзиторной ишемической атаки (I-A, изменения в рекомендации не внесены).

2. В том случае, если наличие стеноза и/или окклюзии проксимальных участков внутримозговых сосудов может повлиять на выбор лечебной тактики, для их исключения рекомендовано провести неинвазивную нейровизуализацию – КТ- или МРТ-ангиографию (I-A). Положительные результаты неинвазивной нейровизуализации необходимо подтвердить данными катетерной ангиографии, которая верифицирует наличие внутричерепной сосудистой окклюзии и позволяет оценить ее степень (рекомендация изменена).

3. Больных с транзиторной неврологической симптоматикой ишемического генеза следует подвергнуть нейровизуализирующему обследованию в течение первых 24 ч от момента манифестации заболевания или, при медленно прогрессирующем течении, в максимально сжатые сроки. Предпочтение следует отдавать МРТ, в т. ч. диффузионно-взвешенной. Если МРТ недоступна, больному нужно выполнить КТ головы (I-B, изменения в рекомендации не внесены).

Общие мероприятия. купирование острых осложнений

1. Для выявления фибрилляции предсердий и других жизнеугрожающих нарушений сердечного ритма, требующих оказания неотложной помощи, рекомендовано электрокардиографическое мониторирование, которое следует проводить на протяжении первых ≤ 24 ч (I-B, рекомендация изменена).

2. Больные с повышенным уровнем артериального давления (АД), которым в прочих отношениях показано внутривенное введение тРА, нуждаются в осторожной антигипертензивной терапии. Ее цель состоит в снижении систолического АД (САД) до < 185 мм рт. ст. и диастолического АД (ДАД) до < 110 мм рт. ст. (I-B) на момент начала фибринолиза (табл. 3). Если пациенту назначена антигипертензивная терапия, до того как начать внутривенное введение тРА, врач должен убедиться в том, что АД стабилизировано на минимально возможном уровне. В течение первых ≤ 24 ч от начала внутривенного введения тРА АД должно быть $< 180/105$ мм рт. ст. (изменения в рекомендации не внесены).

3. У больных с ОИИ и нарушенной проходимость дыхательных путей (вследствие угнетения сознания или бульбарной дисфункции) следует восстановить проходимость последних и обеспечить адекватную вентиляцию (I-C, изменения в рекомендации не внесены).

4. Для того чтобы поддерживать сатурацию O_2 на уровне $> 94\%$, показана оксигенотерапия (I-C, рекомендация изменена).

5. Необходимо установить и устранить причину гипертермии (температура тела $> 38,0^\circ C$). Пациентам с ОИИ и гипертермией показаны жаропонижающие средства (I-C, изменения в рекомендации не внесены).

6. Согласно экспертному консенсусу, до тех пор пока не получены данные соответствующих исследований, приведенные выше рекомендации, касающиеся уровня АД, должны распространяться и на пациентов, у которых проходимость окклюзированного сосуда восстанавливают прочими неотложными методами, в частности внутриаартериальным фибринолизом (I-C, изменения в рекомендации не внесены).

7. У тех больных со значительно повышенным АД, которым проведение фибринолиза не планируется, цель антигипертензивной терапии в первые 24 ч от начала ОИИ должна состоять в снижении АД на 15% от исходного уровня. Значения АД, при которых необходимо назначать антигипертензивные средства, не установлены, однако, согласно экспертному консенсусу, данную терапию не назначают, если САД или ДАД составляют ≤ 220 и ≤ 120 мм рт. ст. соответственно (I-C, рекомендация изменена).

8. Коррекцию гиповолемии следует проводить внутривенным введением изотонического раствора хлорида натрия. Сердечные аритмии, вызывающие снижение сердечного выброса, требуют проведения соответствующей терапии (I-C, рекомендация изменена).

9. Пациенты с ОИИ и гипогликемией (при уровне глюкозы крови < 60 мг/дл) нуждаются в коррекции последней (I-C). Цель коррекции состоит в достижении нормальной концентрации глюкозы в плазме крови (рекомендация изменена).

10. Согласно данным одного клинического испытания, назначение антигипертензивной терапии в течение первых 24 ч от момента развития ОИИ относительно безопасно. Возврат к приему антигипертензивных средств спустя > 24 ч от момента манифестации симптоматики целесообразен у неврологически стабильных пациентов, страдающих артериальной гипертензией (АГ) и не имеющих противопоказаний к данной терапии (IIa-B, рекомендация изменена).

11. Не существует доказательных данных, опираясь на которые можно было бы выбрать те или иные антигипертензивные средства для больного с ОИИ. Информация о препаратах, представленная в таблице 3, основана на экспертном консенсусе (IIa-C, рекомендация изменена).

12. Доказано, что гипергликемия, сохраняющаяся в течение первых 24 ч от момента развития ОИИ, прогностически менее благоприятна, чем нормальный уровень глюкозы в плазме крови. Следовательно, гипергликемию у таких пациентов целесообразно корректировать до достижения целевого уровня глюкозы в пределах 140-180 мг/дл. При этом, для того чтобы предупредить развитие гипогликемии, необходим тщательный контроль концентрации глюкозы в плазме крови (IIa-C, рекомендация изменена).

13. Тактика антигипертензивной терапии у пациентов, которым не планируют проведения реперфузии, не разработана. Данные, касающиеся этого вопроса, малочисленны или противоречивы. У многих больных в течение первых 24 ч от момента развития ОИИ происходит спонтанное снижение АД. До тех пор пока не будут получены однозначные результаты соответствующих исследований, принято считать, что польза антигипертензивной терапии при ОИИ не доказана (IIb-C). Больные со злокачественной АГ либо прочими показаниями для агрессивного снижения АД должны получать необходимую терапию (рекомендация изменена).

14. Пациентам с ОИИ без гипоксии проведение оксигенотерапии не показано (III-B, изменения в рекомендации не внесены).

Перевел с англ. Глеб Данин

Продолжение следует.



АНОНС

ДУ «Національний науковий центр «Інститут кардіології ім. М.Д. Стражеска» НАМН України

повідомляє,

що у 2013 р.

будуть проведені такі заходи:

- науково-практична конференція Асоціації з інтервенційної кардіології «ХІІ київський курс з коронарних ревазуляризацій» (17-19 квітня, м. Київ)
- III Науково-практична конференція Української асоціації фахівців із серцевої недостатності «Сучасні досягнення в попередженні та лікуванні серцевої недостатності: шляхи впровадження в Україні» (25-26 квітня, м. Київ)
- III Науково-практична конференція «Інтервенційні та медикаментозні підходи до ведення хворих із порушеннями серцевого ритму» (16-17 травня, м. Київ)
- науково-практична конференція Асоціації протиартеріальної гіпертензії «Медико-соціальні проблеми артеріальної гіпертензії в Україні» (29-30 травня, м. Київ)
- XIV Національний конгрес кардіологів України (18-20 вересня, м. Київ)
- науково-практична конференція Асоціації аритмологів України «Новітні досягнення в аритмології» (4 жовтня, м. Алушта, АР Крим)
- VI Національний конгрес ревматологів України (23-25 жовтня, м. Київ)
- науково-практична конференція Українського товариства з атеросклерозу «Новітні методи профілактики, діагностики та лікування атеросклерозу» (14 листопада, м. Київ)
- науково-практична конференція «Українські та міжнародні консенсуси щодо профілактики та лікування серцево-судинних та судинно-мозкових захворювань» (11-12 квітня, м. Дніпропетровськ; 21-22 травня, м. Херсон; 31 жовтня – листопада, м. Львів; 8-9 листопада, м. Івано-Франківськ; 28-29 листопада, м. Житомир)



Національна академія наук України
Національна академія медичних наук України
Міністерство охорони здоров'я України
Асоціація кардіологів України
ДУ «Національний науковий центр «Інститут кардіології
імені академіка М.Д. Стражеска» НАМН України»



XIV НАЦІОНАЛЬНИЙ КОНГРЕС КАРДІОЛОГІВ УКРАЇНИ

присвячений 50-річчю
Асоціації кардіологів України

18–20 вересня 2013 р., м. Київ