

Школа тромболитической терапии при

16 марта в г. Киеве состоялась очередная школа тромболитической терапии (ТЛТ) при инсульте – совместный образовательный проект Всеукраинской общественной организации «Украинская ассоциация по борьбе с инсультом» (ВОО УАБИ) и компании «Берингер Ингельхайм» для специалистов, заинтересованных в освоении этого метода лечения. Слушателями школы стали 20 врачей-неврологов из разных областей Украины. Школу тромболитической терапии отличает интерактивный формат лекций и итоговое тестирование знаний, по результатам которого каждый из участников может сам определить степень готовности к работе с методикой тромболитической терапии.

Руководитель инсультного центра Универсальной клиники «Оберіг», кандидат медицинских наук Юрий Владимирович Фломин ознакомил врачей со шкалой тяжести ишемического инсульта (ИИ) NIHSS – National Institutes of Health Stroke Scale, которая применяется при отборе пациентов – кандидатов на проведение тромболитической терапии.

Принятие решения о выполнении системного тромболитического при остром ИИ и оценка его эффективности базируются на определении тяжести инсульта по вышеуказанной шкале. Шкала NIHSS была разработана в университетах Цинциннати и Айовы (США) в 1984–1985 гг., уточнена в рандомизированных клинических исследованиях и в 1994 г. официально внедрена в клиническую практику Национальными институтами здоровья США. NIHSS соответствует большинству критериев идеальной инсультной шкалы. Она проста в использовании, не требует особых условий и дополнительных инструментов, дает возможность оценить неврологический статус пациента с инсультом за короткое время (меньше 10 мин), обеспечивает достаточно высокую воспроизводимость (схожесть оценок разными врачами) и чувствительность к клинически значимым изменениям. После ознакомления и тренировки в течение нескольких часов шкалу может применять не только врач-невролог, но и средний медицинский персонал.

Шкала содержит 11 разделов:

1. Уровень бодрствования.
2. Движения глазных яблок.
3. Поля зрения.
4. Нарушения функции лицевого нерва.
5. Сила мышц верхних конечностей.
6. Сила мышц нижних конечностей.
7. Атаксия в конечностях.
8. Чувствительность.
9. Речь.
10. Дизартрия.
11. Геминигнорирование (неглект).

Это не полная оценка неврологического статуса, но достаточная для того, чтобы составить представление об объеме поражения мозга, выбрать тактику лечения и спрогнозировать исход при ИИ. Суммарная исходная оценка ≤ 5 баллов – признак легкого инсульта, ≥ 20 баллов – тяжелый инсульт, предиктор смерти или полной зависимости от окружающих. Большинство пациентов с исходными оценками 6–13 баллов нуждаются в реабилитации в стационаре, а при оценке более 14 баллов – в длительном уходе и посторонней помощи.

Рассматривая инструкцию по использованию шкалы, лектор обратил внимание на важные особенности: оценивать только то, что больной делает, а не то, что, по мнению врача, он может сделать; оценивать первый, а не лучший ответ. Также существуют особенности подсчета баллов, если пациент находится в коме.

Кроме преимуществ, NIHSS имеет и ряд ограничений. Так, некоторые из разделов шкалы недостаточно чувствительны; оценка по NIHSS при переднециркуляторных инсультах в среднем

всегда выше, чем при заднециркуляторных; больные с одинаковой суммарной оценкой могут существенно различаться по клиническим характеристикам инсульта; оценка не позволяет полностью охарактеризовать функциональное состояние пациента и тяжесть инвалидизации (не оценивается ходьба и другие виды активности).

Тем не менее во всем мире шкала NIHSS признана надежным инструментом при принятии решения о проведении системного тромболитического. Ю.В. Фломин представил данные о том, что оценка по NIHSS более чем на 80% от исходной в первый час от начала ТЛТ указывает на то, что кровоснабжение ишемизированного участка мозга восстановлено (чувствительность – 65%, специфичность – 85%), а снижение оценки по NIHSS более чем на 80% от исходной в первые 2 ч является предиктором отличного функционального исхода у 85% пациентов (Mikulik et al., 2007). Оценка по шкале NIHSS в первые 6 ч от начала инсульта с учетом возраста больного позволяет спрогнозировать вероятность смерти или хорошего функционального исхода на 90-й день более чем у 2/3 пациентов (Weimar et al., 2004).

За рубежом хорошо налажен процесс тренировки и сертификации медицинских работников по работе со шкалой NIHSS. В качестве примеров Ю.В. Фломин продемонстрировал врачам специальные обучающие видеоролики и другие материалы.

Глава рабочей группы по вопросам образовательных проектов ВОО УАБИ, кандидат медицинских наук Дмитрий Валерьевич Гуляев в лекции, посвященной гемостазу, рассмотрел основные факторы свертывающей и противосвертывающей систем крови, а также способы фармакологического влияния на механизмы формирования тромбов с использованием антиагрегантов, антикоагулянтов и тромболитических средств.

Затем Д.В. Гуляев напомнил историю развития ТЛТ и проанализировал современные возможности данного метода при ИИ.

Первые попытки медикаментозного растворения артериальных тромбов, служащих причиной острых тромбозов разных локализаций, предпринимались еще в 1960-х годах. С внедрением в клиническую практику методов компьютерной (КТ), а затем магнитно-резонансной томографии (МРТ) и разработкой тромболитика нового поколения – рекомбинантного тканевого активатора плазминогена (rt-PA) – в 1990-х гг. началась эра изучения новых возможностей тромболитической. rt-PA – это сложная многомерная белковая молекула (527 аминокислот), полученная с помощью методов генной инженерии. Механизм

действия rt-PA заключается в стимуляции превращения плазминогена в плазмин – главный компонент фибринолитической системы плазмы крови, который растворяет фибриновую основу тромба. Сегодня альтеплаза (rt-PA в виде порошка для приготовления раствора для внутривенных инфузий) – единственный тромболитик, одобренный в Европе и в Украине для системного тромболитического при остром ИИ (торговое название Актилизе®).

Идея тромболитического изначально базировалась на представлениях о том, что ИИ – это не одномоментное событие. Окончательный объем поражения мозга образуется в течение нескольких часов. Вокруг зоны полного прекращения кровотока, где быстро формируется некроз (инфаркт), существует так называемая зона ишемической полутени – область, в которой кровоток частично сохраняется и нейроны на протяжении некоторого времени остаются жизнеспособными. Расширение зоны инфаркта происходит постепенно, от его ядра к периферии. Восстановление проходимости мозговой артерии и кровоснабжения ишемизированного участка мозга (реканализация и реперфузия) в первые часы может предотвратить гибель нейронов в зоне ишемической полутени. Эти представления легли в основу концепции «время – мозг». При отсутствии лечения в зоне критически сниженного кровотока за одну минуту погибают примерно 1,9 млн нервных клеток. Чем раньше от начала инсульта выполнена реканализация, тем больше нейронов удастся спасти и тем лучше исход. Системный (внутривенный) тромболитический – единственный на сегодняшний день патогенетический метод лечения ИИ.

Д.В. Гуляев представил результаты серии многоцентровых рандомизированных контролируемых исследований 1990-х годов (NINDS, ATLANTIS, ECASS и ECASS-2), в которых тромболитический rt-PA ассоциировался с достоверным улучшением неврологических исходов ИИ и уменьшением процента инвалидизации больных при относительно низком риске развития потенциально летального осложнения – внутричерепных кровоизлияний. На основании результатов этих исследований было определено временное окно терапевтических возможностей – 3 ч от начала симптомов инсульта до введения альтеплазы. В конечном итоге метод получил официальное признание во всем мире. Согласно рекомендациям Американской ассоциации сердца и Американской ассоциации инсульта (AHA/ASA, 2007), а также Европейской ассоциации по борьбе с инсультом (ESO, 2008) тромболитический rt-PA, начатый в промежутке до 3 ч от начала симптомов острого ИИ, является вмешательством с доказанной эффективностью в отношении улучшения неврологических исходов мозговой катастрофы. Максимальная эффективность тромболитического достигается при начале терапии в промежутке до 90 мин.

Столь узкие временные рамки обуславливают особые требования к организации оказания помощи пациентам с острым ИИ. Первая составляющая терапевтического окна – это время от появления симптомов до обращения больного за помощью, а также время, необходимое для прибытия бригады скорой медицинской помощи и транспортировки пациента в инсультное отделение.

Недостаточная осведомленность населения, поздняя обращаемость, трудность, а в некоторых случаях невозможность идентификации точного времени появления симптомов инсульта, неадекватные действия персонала бригады скорой медицинской помощи – причины очень низкого процента поступления кандидатов на ТЛТ в стационар в пределах терапевтического окна. Эта проблема (а точнее, комплекс проблем) характерна для всех стран.

Вторая составляющая – период «от двери до иглы», то есть от поступления кандидата на ТЛТ в стационар до введения болюса альтеплазы. В этот период больной обследуется неврологом, обязательно проводится КТ или МРТ для исключения внутричерепных кровоизлияний (основное противопоказание к тромболитическому), выполняется необходимый минимум лабораторных тестов, оцениваются другие противопоказания, принимается решение о проведении ТЛТ, оформляется информированное согласие.

Клиникам, которые проводят тромболитический, необходимо стремиться к сокращению указанного периода. В идеале этот временной промежуток должен составлять не более 1 ч – так называемый «золотой час» диагностики и лечения ИИ.

В 2008 г. по результатам исследования ECASS-3 терапевтическое окно ТЛТ расширили до 4,5 ч, но такое расширение принято не во всех клиниках, в которых проводят тромболитический. Как отметил один из авторов исследования, профессор Werner Hacke, тот факт, что в распоряжении врачей появилось больше времени, не означает, что они могут допускать его потери. Дополнительное время получили пациенты, но не персонал инсультного отделения.

Безусловно, накопление опыта проведения ТЛТ способствует улучшению результатов в отдельных клинических центрах по сравнению с клиниками, которые только начинают осваивать этот метод. Д.В. Гуляев представил некоторые данные SITS-MOST – международного реестра случаев тромболитического при остром инсульте в условиях реальной клинической практики. Уровень трехмесячной летальности пациентов с ИИ, получивших ТЛТ, был существенно ниже в центрах, участвовавших в исследовании ECASS-3 или имевших опыт лечения не менее пяти пациентов до включения в реестр SITS, по сравнению с новыми центрами, специалисты которых не имели такого опыта (в среднем 12,5 против 21% соответственно).

Отрицательный опыт можно свести к минимуму, строго соблюдая протокол ТЛТ, порядок действий медицинского персонала, критерии отбора пациентов. В клиниках, которые еще не имеют опыта выполнения ТЛТ, целесообразно проводить тренировки персонала и проверку степени готовности.

При інсульті: від знань до дій

Доцент кафедри ультразвукової діагностики та лучової діагностики Харківської медичної академії післядипломного освіти, кандидат медичних наук Анна Євгенівна Костюковська прочла лекцію про застосування методів КТ і МРТ у пацієнтів з острым інсультом та нейровізуалізаційних критеріях відбору кандидатів на ТЛТ.

В даний час для діагностики острих порушень мозкового кровообігу застосовують наступні методи нейровізуалізації:

- КТ:
 - стандартна бесконтрастна КТ (пошарова, спіральна, багаторівнева спіральна);
 - КТ з перфузією;
 - КТ-ангіографія;
- МРТ:
 - стандартні МР-послідовності (Т1ВІ, Т2ВІ, FLAIR);
 - дифузіонно-взвешенні МР-послідовності;
 - перфузійні МР-методи;
 - МР-ангіографія;
 - МР-спектроскопія;
- Позитронно-емісійна томографія.

КТ залишається методом вибору при обстеженні кандидатів на ТЛТ. К перевагам методу слід віднести мінімальну тривалість дослідження, доступність, можливість візуалізувати інфаркт мозку в перші хвилини та години при застосуванні контрастних методик, швидко диференціювати ІІ від геморагічного інсульту, достовірно діагностувати внутрішньочерепне кровоизливання, виключити інші захворювання, імітують ІІІ (наприклад, пухли, енцефаліти, артеріо-венозні мальформації).

Прямі ознаки інфаркту мозку з'являються на бесконтрастних КТ-томограмах кінця перших суток початку розвитку симптомів інсульту.

К раннім КТ-ознакам ІІІ належать:

- симптом гіперденсної артерії (збільшення щільності);
- втрату лінії островка;
- розмитість меж і втрату нормальних очертаній nucleus lentiformis;
- сдавлювання (сглаживання субарахноїдальних просторів);
- втрату диференціювання між сірим та білим речовиною в зоні ішемії.

Інфаркт, охоплюючий більше 1/3 території кровоснабження середньої мозкової артерії, виключає проведення ТЛТ.

Спеціально для прогнозування наслідків тромболізування була розроблена програма ASPECTS (Alberta Stroke Program Early CT Score), що враховує характерні КТ-ознаки ІІІ в басейні середньої мозкової артерії. Всю територію басейна умовно ділять на 10 зон. Кожній із уражених зон присвоюють 1 бал, який віднімають від загальної оцінки при виявленні в цій зоні ішемічних змін.

Значення шкали ASPECTS обернено корелює з тяжкістю інсульту за шкалою NIHSS.

Оцінка в 10 балів відповідає нормальному стану мозку (немає інфаркту), а 0 балів означає тотальне ішемічне ураження території кровоснабження середньої мозкової артерії. Оцінка в 8-9 балів – предиктор високої ефективності тромболізування, а результат 7 балів і нижче передбачає несприятливий наслідок та високий ризик ускладнень.

Переваги МРТ перед КТ – можливість візуалізації інфаркту в більш ранні терміни, візуалізація інфарктів невеликого розміру, в тому числі лакунарних, а також інфарктів стовба мозку та мозочка, відсутність лучової навантаженості на пацієнта, можливість отримання томограм в будь-яких заданих площинах.

В протокол обстеження пацієнтів з острым інсультом рекомендовано включати наступні МР-послідовності:

- дифузіонно-взвешенні зображення (DWI) з картируванням вимірюваного коефіцієнта дифузії (ІКД) – для ідентифікації ішемії в острий період;

- Т1ВІ, Т2ВІ або Т2ВІ з подавленням сигналу від вільної рідини (T2 FLAIR) – для ідентифікації ранніх ознак інфаркту мозку та захворювань, імітують інфаркт;

- T2GRE – для виявлення мозкового кровоизливання в острий період.

Відрізняють ранні та достовірні ознаки інфаркту мозку на МРТ.

К раннім МР-ознакам інфаркту належать:

- наявність ураження підвищеного МР-сигналу на DWI та зниженого – на картах ІКД;
- відсутність нормальної порожнечності потоку від великої артерії стовба;
- судинне та менингеальне контрастування (від 2 до 21 сут);
- слаженість ізвилини кори та звуження субарахноїдальних просторів на Т1ВІ.



Достовірні МР-ознаки – наявність ураження або осередку, що відповідає артеріальному басейну, гіперінтенсивного на DWI, Т2ВІ, Т2ВІ з подавленням сигналу від рідини (FLAIR, TIRM, T2 d-f) і PDWI, гіпоінтенсивного на Т1ВІ з ознаками мас-ефекту.

Незважаючи на високу чутливість МРТ, методом вибору при відборі кандидатів на ТЛТ залишається КТ.

Об'єднуючи переваги КТ і МРТ при відборі кандидатів на ТЛТ, А.Є. Костюковська перерахувала «ідеальні» нейровізуалізаційні характеристики ІІІ для проведення тромболізування:

- відсутність ознак острийшого кровоизливання за даними КТ або МРТ;

- відсутність ознак ішемії в острийший період на стандартних КТ або МР-томограмах (виключаючи перфузійні та дифузіонні режими), або наявність ранніх ознак осередкових змін, які відповідають 8-9 балам за шкалою ASPECTS;

- наявність ранніх ознак ішемії в зоні, що перевищує 1/3 території кровоснабження середньої мозкової артерії;

- відсутність ознак вираженого лейкоареозу на КТ або МР-томограмах.

Згідно протоколу ТЛТ контрольну КТ або МРТ необхідно виконувати через 24 години після введення альтеплази. Очікувані зміни в зоні інфаркту – геморагічна трансформація. Вона визначається як геморагічний інфаркт I або II типу, паренхиматозна гематома I або II типу. Як було встановлено в дослідженні ECASS-2, погіршення клінічної картини та прогнозу викликає тільки паренхиматозна гематома II типу – щільна гомогенна гематома, що займає більше 30% зони інфаркту з помітним мас-ефектом,

або будь-яке кровоизливання за межами інфаркту (наприклад, прорив крові в порожнину мозку).

Ю.В. Фломін нагадав про актуальність проблеми інсульту та представив сучасну концепцію лікування в період терапевтичного вікна.

За даними ВОЗ за 2007 рік, щорічно в світі реєструють близько 16 мільйонів інсультів, з яких близько 10% випадків смерті на планеті. В Європі на 1 мільйон жителів припадає 1200 первинних та 600 повторних інсультів в рік. Соціально-економічні втрати від інсульту такі великі, що в даний час проблема інсульту є реальною загрозою існуванню людства.

Згідно даним Міністерства охорони здоров'я України щорічно від 100 до 110 тисяч жителів країни вперше переносять мозковий інсульт, з яких від 40 до 43 тисяч помирають. Кожні 5 хвилин в нашій країні відбувається новий інсульт, а кожні 12 хвилин настає смерть від інсульту.

Європейська організація та Європейська інсультна організація в 2006 році прийняли Хельсінгборзьку декларацію про стратегію боротьби з інсультом в Європі. Для європейських країн поставлені наступні завдання: до 2015 року 30-денна летальність при інсульті повинна становити менше 15%; незалежність в житті через 3 місяці після інсульту повинна досягатися більше ніж у 70% виживших пацієнтів. Сучасний континент інсультної допомоги повинен включати весь спектр заходів, що зменшують навантаження інсульту: пропаганду здорового способу життя та первинну профілактику, навчання широких

Продовження на стр. 20.

Інформація про препарат*

Показання

1. Тромболітичне лікування гострого ішемічного інсульту
2. Тромболітичне лікування при гострому інфаркті міокарда
3. Тромболітичне лікування при гострій поширеній тромбоемболії легеневої артерії з гемодинамічною нестабільністю

Склад:

діюча речовина: альтеплаза
1 флакон порошку ліофілізованого для приготування розчину для інфузій містить альтеплазу 50 мг; 1 флакон розчинника містить стерильної води для ін'єкцій 50 мл;
допоміжні речовини: L-аргінін, кислота фосфорна, полісорбат 80.

Лікарська форма. Порошок ліофілізований для приготування розчину для інфузій.

Фармакотерапевтична група. Антитромботичний агент. Код АТС B01A D02.

Протипоказання
Для отримання докладної інформації див. Інструкцію для медичного застосування препарату.

Побічні реакції

Для отримання докладної інформації див. Інструкцію для медичного застосування препарату.

Фармакологічні властивості

Фармакокінетика
Діючою речовиною Актилізе є альтеплаза – рекомбінантний людський активатор плазміногену

тканинного типу, глікопротеїн, який перетворює плазміноген безпосередньо в плазміноген.

При внутрішньовенному введенні альтеплази зв'язується з плазміногеном у кровеносній системі. Після зв'язування з фібрином альтеплаза активується, викликаючи перетворення плазміногену в плазміноген, що призводить до розчинення фібринового згустка.

Клінічні властивості

Доведено, що Актилізе знижує смертність протягом 30 днів у хворих з острым інфарктом міокарда. Щодо смертності та пізньої захворюваності у зв'язку з тромбоемболією легеневої артерії клінічних випробувань проведено не було. При тромболітичному лікуванні гострого ішемічного інсульту ефективність лікування залежить від того, як швидко починають надавати допомогу, тобто чим раніше почати

Актилізе®
альтеплаза

лікування, тим більша вірогідність сприятливого результату.

Категорія відпуску.

За рецептом.
*Повну інформацію див. в Інструкції для медичного застосування препарату.
Реєстраційне посвідчення UA/2944/01/01
Представництво компанії Берингер Інґельхайм РВЦ ГмБХ енд Ко КГ:
01054, м. Київ, вул. Тургенівська, 26.
Тел.: (044) 494-12-77; факс: (044) 494-23-05.
Реєстраційне посвідчення № UA/2944/01/01

Інформація для розповсюдження серед лікарів, провізорів, фармацевтів.

Школа тромболитической терапии при инсульте: от знаний к действиям

Продолжение. Начало на стр. 18.

слоев населения умению распознать первые признаки инсульта и правильно на них реагировать, оперативную и профессиональную реакцию со стороны службы скорой медицинской помощи, лечение в специализированных инсультных отделениях (stroke unit) силами мультидисциплинарной команды, раннюю реабилитацию, вторичную профилактику.

Системный тромболитический является одним из немногих лечебных вмешательств в остром периоде инсульта, эффективность которых доказана в специально спланированных клинических исследованиях и на практике. Кандидатами на проведение тромболитического являются пациенты в возрасте 18-80 лет, у которых четко зафиксировано время появления симптомов инсульта, с исходной оценкой по шкале NIHSS ≥ 5 баллов. Обязательные условия: отсутствие признаков внутримозгового кровоизлияния по результатам КТ или МРТ, возможность введения болюса альтеплазы в первые 3 ч от момента появления симптомов, получение информированного согласия больного или родственников на выполнение манипуляции.

Существуют абсолютные и относительные противопоказания к ТЛТ, сформулированные по результатам клинических исследований. Ю.В. Фломин представил последние тенденции в отношении оценки индивидуальных противопоказаний к проведению ТЛТ. Роль некоторых из них в последние годы была переоценена, сокращено число абсолютных противопоказаний. Так, прием антиагрегантов (особенно комбинации АСК + клопидогрель) связан с повышением риска кровотечений, но не является абсолютным противопоказанием к ТЛТ. Прием варфарина не повышает риск внутримозговых кровоизлияний после тромболитического, если МНО удерживается на уровне $< 1,7$. Недавно перенесенные инфаркт миокарда или транзиторная ишемическая атака не связаны с ухудшением исходов после ТЛТ. Пересматривается отношение к легким (< 5 баллов по шкале NIHSS) и тяжелым инсультам. Ранее считалось, что ТЛТ нецелесообразно проводить при легких инсультах и противопоказано — при тяжелых. В то же время у многих больных с тяжелым инсультом ТЛТ улучшает исход, значительная часть пациентов с легким инсультом все же становятся инвалидами в ближайшие месяцы, а ТЛТ позволяет предотвратить инвалидизацию. Критерии отбора больных уточнялись в крупном международном исследовании IST-3 (The third International Stroke Trial), результаты которого были опубликованы в 2012 г. Особенностями данного исследования было то, что 95% пациентов не соответствовали критериям отбора для ТЛТ, утвержденным в Евросоюзе. 53% участников составили лица старше 80 лет, а 43% имели тяжелые инсульты в каротидном бассейне. Хорошие результаты выживаемости и независимости в быту в результате ТЛТ послужили подтверждением эффективности и безопасности метода при выходе за рамки некоторых противопоказаний.

Однако в реальной клинической практике каждый больной индивидуален, и чаще приходится иметь дело со случаями, когда необходимо взвешивать пользу и риск, все «за» и «против». Ю.В. Фломин рекомендовал врачам отдавать предпочтение молодым пациентам с ранним реагированием на симптомы, доставленным в стационар в кратчайшие сроки, с умеренно тяжелыми ИИ по шкале NIHSS и результатам нейровизуализации, нормальным уровнем гликемии, без выраженной артериальной гипертензии и нарушений протокола обследования. Воздерживаться от проведения манипуляции целесообразно у лиц старческого возраста с легким или очень тяжелым инсультом, гипер- или гипогликемией, высокими значениями артериального давления, а также во всех случаях при наличии сомнений относительно давности симптомов инсульта и нарушений протокола обследования.

В последнее время для прогнозирования исходов инсульта после ТЛТ были предложены дополнительные оценочные инструменты: шкала оценки риска внутримозговых кровоизлияний SITS-SICH, шкала DRAGON score, компьютерная программа ISCORE (www.sorgcan.ca/iscore), с которыми Ю.В. Фломин также ознакомил участников школы.

Лектор обратил внимание на другие важные условия проведения ТЛТ. Необходимо строго соблюдать правила использования препарата. Например, категорически запрещено встряхивание флакона с альтеплазой, поскольку это приводит к повреждению сложной молекулы и ее инактивации. Запрещено смешивать альтеплазу с другими лекарственными средствами. Введение болюса альтеплазы можно начинать только при наличии приготовленного раствора для продолжения инфузии, так как

препарат в крови активен лишь в течение нескольких минут.

Важно соблюдать протокол наблюдения за пациентом во время инфузии тромболитика и в первые сутки. Мониторинг артериального давления и ЭКГ-параметров, оценку витальных функций и неврологического статуса следует проводить каждые 15 мин в первые 2 ч, затем каждые 30 мин на протяжении 2-6 ч, каждый час в интервале 6-16 ч и в дальнейшем каждые 4 ч до истечения первых двух суток. Оценку по шкале NIHSS необходимо осуществлять через 30, 60 мин, 3, 6 и 24 ч после болюса. До проведения контрольной нейровизуализации исключается введение любых антитромбоцитарных препаратов и антикоагулянтов. Также были рассмотрены подходы к профилактике и коррекции возможных осложнений ТЛТ.

Правовую базу ТЛТ и организационные аспекты практического внедрения этого метода подробно осветила исполнительный директор ВОО УАБИ, член рабочей группы МЗ Украины по вопросам стандартизации медицинской помощи при инсульте Марина Витальевна Гуляева. Она представила врачам Унифицированный клинический протокол оказания медицинской помощи (УКПМП) «Системный тромболитический при ишемическом инсульте», который был утвержден Приказом МЗ № 602 от 03.08.2012. УКПМП является основой для разработки локальных протоколов оказания медицинской помощи (ЛПМП) специалистами инсультных центров и отделений, где планируется внедрять метод ТЛТ. На примерах организации инсультной помощи в отдельных городах и клиниках Украины М.В. Гуляева дала рекомендации по разработке ЛПМП, их адаптации к особенностям населенных пунктов и лечебных учреждений.

Локальный протокол разрабатывается рабочей группой, в которую входят администрация лечебного учреждения, руководители и специалисты структурных подразделений (неврологического отделения, реанимации и интенсивной терапии, отделения радиологической диагностики, лаборатории, отдела закупок препаратов, службы охраны и др.), специалисты других этапов медицинской помощи (скорая медицинская помощь, врачи семейной медицины), юристы, специалисты в области информационных технологий. В протоколе должны быть учтены вопросы взаимодействия догоспитального и госпитального этапов оказания медицинской помощи с ориентацией на максимальную экономию времени терапевтического окна. Протокол регламентирует клинический маршрут пациента — кандидата на проведение ТЛТ, порядок действий и границы ответственности медицинского персонала на каждом этапе, включает индикаторы качества помощи, по которым можно оценить работу данного инсультного центра.

В качестве примера эффективной организации работы на госпитальном этапе М.В. Гуляева привела результаты, полученные в тромболитическом центре в г. Ивано-Франковске, где индикатор госпитального этапа «дверь-игла» удалось сократить до 41 мин, что даже меньше, чем средний показатель в Восточной Европе — 68 мин.

В выступлении М.В. Гуляевой прозвучали итоговые цифры по применению метода ТЛТ при ИИ в Украине. Если в 2007 г. было проведено 20 процедур ТЛТ, то в 2012 г. — 194. За все годы внедрения метода в Украине выполнено 583 процедуры тромболитического при ИИ.

Подготовил Дмитрий Молчанов

