



Українське Товариство  
Інсультаційної Медицини

03.06.2021

І-Й МІЖДИСЦИПЛІНАРНИЙ КОЛЕГІУМ  
З НЕВРОЛОГІЧНИХ ЗАХВОРЮВАНЬ



МІЖНАРОДНИЙ КОНГРЕС  
З ІНФУЗІЙНОЇ ТЕРАПІЇ

## РЕЗОЛЮЦІЯ

### телемосту «І-й Міждисциплінарний Колегіум з неврологічних захворювань»

**3 червня 2021 року  
м. Київ, Україна**

Для участі у телемості «І-й Міждисциплінарний Колегіум з неврологічних захворювань» зареєструвалось близько 6 000 фахівців системи охорони здоров'я.

Програма телеконференції включала роботу двох тематичних блоків доповідей: менеджмент гострих порушень мозкового кровообігу, постковідний синдром в неврології.

В рамках заходу практичним досвідом поділилися провідні спеціалісти країни.

Міждисциплінарний формат телемосту забезпечили спікери різних спеціальностей: неврологи, анестезіологи, кардіологи, інфекціоністи.

До уваги та обговорення учасникам було запропоновано трансляцію 12-ти доповідей, у яких було висвітлено наступні питання:

- Менеджмент інсульту в умовах інсультного центру та в умовах ВРІТ.
- Фінальні результати реєстру СТИКс (Супутня Терапія Інсульту Ксавроном) – відкритого багатоцентрового дослідження «випадок – контроль».
- Фібриляція передсердь та профілактика ускладнень головного мозку.
- Long-Covid: неврологічні прояви та основні патофізіологічні механізми.
- Постковідна енцефалопатія: реабілітаційні заходи.
- Можливості медикаментозної реабілітації постковідного синдрому.

#### **Висновки та рішення за результатами обговорення доповідей:**

1. Інсульт – це клінічний синдром швидкого розвитку ознак фокальної чи глобальної втрати мозкових функцій, які тривають 24 години і більше або призводять до смерті при відсутності інших (не судинних) причин. Проблема мозкових інсультів є однією з найважливіших питань сучасної медицини. Щорічно в Україні трапляється більш ніж 120 тис мозкових інсультів. Інсульт залишається головною причиною інвалідизації населення країни. Тільки 10-20 % хворих після інсульту повертаються до повноцінного життя.
2. Відповідно до чинного Протоколу лікування пацієнтів з гострим інсультом включає базисну терапію, яка направлена на стабілізацію стану тяжких пацієнтів, корекцію тих порушень, які можуть ускладнити відновлення неврологічних функцій та специфічну (диференційовану) медикаментозну терапію, зокрема, тромболітичну терапію, антитромбоцитарну терапію, лікування набряку головного мозку та корекція ВЧТ (медикаментозна терапія, проведення хірургічної декомпресії).
3. Едаравон, блокатор ішемічного каскаду, рекомендований як лікарський засіб для внутрішньовенного введення пацієнтам із гострим ішемічним інсультом головного мозку. Згідно з інструкцією для медичного застосування Препарату (Ксаврон®), на гострій стадії ішемічного інфаркту мозку Ксаврон® демонструє захисну дію, пригнічуючи виникнення та розвиток ішемічних цереброваскулярних розладів, таких як:

- набряк головного мозку,
- неврологічні симптоми,
- повільна загибель нейронів та
- показаний для застосування з метою полегшення неврологічних симптомів, проявів порушень діяльності у повсякденному житті та функціональних розладів, пов'язаних з гострим ішемічним інсультом.

4. Згідно з положеннями Методики розробки та впровадження медичних стандартів медичної допомоги на засадах доказової медицини, затвердженої Наказом МОЗ України від 28.09.2012 № 751 (далі – Методика) українські лікарі в щоденній практиці можуть керуватися джерелами клінічних настанов, наведених у додатку 4 Методики, зокрема відомостями з Кокранівської бази даних систематичних оглядів. Оцінку ефективності та безпеки едаравону при гострому ішемічному інсульті описано в Кокранівських оглядах, які є джерелом клінічних настанов та дозволені до використання лікарями під час здійснення ними медичної практики. За результати такої оцінки в групі едаравону спостерігалось збільшення частки учасників із значним неврологічним поліпшенням порівняно з контрольною групою, причому різниця була значною. Терапія едаравоном демонструє кращий результат у 2 рази за шкалою Ренкіна, ніж базисна терапія.
5. Безпеку, переносимість і фармакокінетику едаравону в пацієнтів із гострим ішемічним інсультом було оцінено в подвійному сліпому плацебо-контрольованому рандомізованому дослідженні M. Kaste et al. (2013). Дослідження проводили в дев'яти дослідних центрах Фінляндії, Нідерландів і Великої Британії. Побічні ефекти, пов'язані з лікуванням, були переважно легкими або помірними, а також мали транзиторний характер. Показники життєдіяльності, дані ЕКГ та результати КТ не демонстрували порушень. У дослідженні не виявлено також жодних побічних ефектів, пов'язаних із порушенням функції нирок.
6. За висновками 28 багатоцентрових рандомізованих плацебо-контрольованих подвійних сліпих досліджень та 2 метааналізів, розміщених на одній з найбільших онлайн колекцій опублікованих наукових досліджень «PubMed», терапевтична стратегія едаравоном є ефективною для лікування гострого ішемічного інсульту, покращує прогноз для цих пацієнтів та демонструє більш високий ступінь функціональної незалежності.
7. Субаналіз даних японського реєстру RESCUE щодо впливу едаравону на стан пацієнтів із гострою оклюзією великих судин головного мозку (1442 пацієнти); Проспективне когортне дослідження PROTECT4.5 (11126 учасників) з оцінкою застосування едаравону як монотерапії та в комбінації з альтеплазою (tPA); Ретроспективне обсерваційне дослідження з використанням національної адміністративної бази даних, присвячене оцінці клінічних ефектів раннього застосування едаравону в пацієнтів із гострим ішемічним інсультом, яким проводилася ендovasкулярна реперфузійна терапія (загалом 11 508 пацієнтів), загалом 24 076 учасників, показали:
  - більш високий ступінь функціональної незалежності при виписці зі стаціонару; нижчу госпітальну смертність у групі едаравону;
  - зниження числа внутрішньочерепних кровотеч після госпіталізації;
  - кращі результати терапії.
8. Реєстр СТІКс (Супутня Терапія Інсульту Ксавроном)- відкрите багатоцентрове дослідження «випадок – контроль» на пацієнтах з гострим ішемічним інсультом, яке починалося протягом 72 годин після початку захворювання. Едаравон вводили в дозі 30 мг двічі на день протягом 14 днів. При виписці пацієнта та через 3 місяці після початку захворювання, проводилась оцінка функціонального результату за допомогою модифікованої шкали Ренкіна. Значне покращення функціонального результату спостерігалось в групі едаравону за оцінкою mRS ( $p < 0,001$ ).
9. Відповідно до результатів, висвітлених у цих джерелах, достатній міжнародний досвід використання едаравону загалом та Препарату за результатами дослідження СТІКс, зокрема, з оцінкою безпосереднього та віддаленого результатів вказує на сприятливий ефект лікування пацієнтів з гострим ішемічним інсультом.

10. Ішемічний інсульт є основним ускладненням фібриляції передсердь (ФП). Було проведено дослідження з оцінкою впливу терапії цитиколіну й електролітів на рівні циркулюючих нейроспецифічних білкових маркерів у сироватці крові пацієнтів з ішемічним інсультом та ФП. У пацієнтів обох груп визначали сироваткові рівні нейрональних та гліальних маркерів, включаючи гліальний фібрилярний кислий протеїн (ГФКП), легкий білок нейрофіламента (НФ-Л), основний білок мієліну (ОБМ) та іонізовану кальцій-зв'язуючу адаптерну молекулу 1 (Iba1), до та після лікування. Додаткове лікування комбінацією електролітів й цитиколіну дозволило суттєво знизити рівні нейрональних та гліальних маркерів порівняно з початковими значеннями, тоді як у пацієнтів контрольної групи були відсутні помітні зміни досліджуваних показників. Отримані результати вказують на те, що терапевтична користь цитиколіну й електролітів у пацієнтів з ішемічним інсультом та ФП передсердь може бути опосередкована збільшенням життєздатності нейронів, захистом від пошкодження аксонів, зменшенням реактивного астрогліозу, запобіганням порушенню цілісності ГЕБ та зменшенням демієлінізації.
11. Ендотеліальна дисфункція судин головного мозку відіграє ключову роль у розвитку цереброваскулярної патології, а також роль інших змін, таких як стеноз, тромбоз, емболія й оклюзія позачерепних і внутрішньочерепних судин. Амінокислота L-аргінін є важливим базовим субстратом для синтезу судинного NO. За теорією енантіомерів і рацематів саме лівообертальні ізомери забезпечують максимальну біодоступність та клінічну ефективність. Додавання L-аргініну у ранньому відновному періоді до стандартної терапії гострого ішемічного інсульту сприяє відновленню вазодилататорних механізмів ауторегуляції мозкового кровотоку та збільшує ефективність функціонування церебрального ендотелію
12. У постковідному періоді виокремлюють 3 синдроми, які є пусковими механізмами розвитку ускладнень: ендотеліт – ураження судинної стінки, що супроводжується порушенням згортання крові та порушенням мікроциркуляції, що, своєю чергою, зумовлює тромбоутворення; це системне фонове запалення, яке сформоване підвищеними рівнями цитокінів та вказує на продовження запального процесу після одужання; пульмоніт – пошкодження легень при COVID-19 внаслідок ураження вірусом та цитокінами ендотелію судин і альвеолярного комплексу. В клінічній картині на перший план виходить астеничний синдром.
13. Синдромно-патогенетичний підхід до реабілітації пацієнтів, спрямований на: усунення системного фонового запалення за допомогою едаравону; покращення ендотеліальної функції за допомогою комбінації L-карнітину та L-аргініну; зменшення проявів астенії за допомогою розчину на основі ксилітолу, який є джерелом енергії з незалежним від інсуліну метаболізмом, що забезпечує ефективну енергетичну підтримку. Синдромно-патогенетичний підхід «Далекобійник» – швидке повернення до звичного життя пацієнтів з постковідним синдромом.
14. За проявів найчастіших постковідних психічних розладів, а саме тривоги, депресії, розладів сну, когнітивного дефіциту рекомендовано розглянути фармакотерапевтичну корекцію у вигляді етилметилгідроксипіридину сукцинат (Лодиксем®), що усуває тривогу у постковідний період, відновлює сон, покращує когнітивні функції та комбінації цитиколіну й електролітів, яка сприяє підвищенню рівня мозкової діяльності, зниженню рівня амнезії та поліпшенню стану при когнітивних, сенситивних і моторних розладах.

Текст резолюції буде розміщено на сайті МІЖНАРОДНОГО КОНГРЕСУ З ІНФУЗІЙНОЇ ТЕРАПІЇ

**Московко Сергій Петрович**  
Президент ГО «Українське Товариство  
Інсультної Медицини», Доктор медичних наук,  
професор

