



РЕЗОЛЮЦІЯ

телемосту «III-Й МІЖДИСЦИПЛІНАРНИЙ КОЛЕГІУМ З НЕВРОЛОГІЧНИХ ЗАХВОРЮВАНЬ»

23 лютого 2022 року

м. Київ, Україна

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

В рамках заходу експертними думками та досвідом ведення пацієнтів з гострим мозковим інсультом поділилися провідні спеціалісти та практики в галузі неврології та нейрохірургії. Захід набув міжнародного формату з огляду на участь у ньому професора медицини інсульту Оксфордського університету (Великобританія), Гері А Форда.

До уваги учасникам було запропоновано трансляцію 6 доповідей, у яких висвітлено наступні питання:

- Стандарти надання медичної допомоги при гострому інсульті.
- Менеджмент гострих порушень мозкового кровообігу: що нового?
- Комплаєнс як фактор задовільних результатів лікування.
- Роль нейрохірурга в лікуванні гострого мозкового інсульту.

Висновки та рішення за результатами обговорення доповідей:

1. Актуальність проблеми гострого інсульту в Україні зумовлена високим рівнем смертності внаслідок порушення мозкового кровообігу. У структурі смертності інсульт посідає 2-ге місце і залишається провідним чинником інвалідизації в країні. Проблематика інсульту полягає у вчасному наданні медичної допомоги у перші 4 години після інсульту з подальшим лікуванням залежно від клінічних характеристик пацієнта.
2. В системі етапного надання медичної допомоги пацієнтам із ГМІ (гострий мозковий інсульт, далі – ГМІ) госпітальному етапу відведено важливу роль. Його завданнями є: надання адекватної лікарської допомоги, рання діагностика, безпечне і швидке транспортування хворого до спеціалізованого відділення лікарні. Своєчасна госпіталізація, швидкий доступ 24/7 до нейровізуалізації при підозрі на ГМІ, базисна та специфічна терапія – сукупний ефект всіх втручань істотно покращує лікування пацієнтів з гострими порушеннями мозкового кровообігу, допомагає швидше відновитись та повернутись до звичайного життя. Важливо відстежувати клінічний стан пацієнта протягом перших 3 міс – найкритичніший період розпаду ранніх та виникнення пізніх ускладнень.
3. Терапія інсульту містить вплив на реологію крові, нейрони, судини мозку і базис-терапію. Базисна терапія охоплює корекцію порушення дихання, регуляцію роботи серцево-судинної системи, нормалізацію водно-електролітної рівноваги розчином електролітів в комбінації з іншими засобами, контролю обміну глюкози та температуру тіла інфузійним парацетамолом, профілактику і лікування ускладнень. Наразі у лікуванні інсульту застосовується захист нейроваскулярного юніту або нейрозахист функціональних одиниць (нейрони, гліальні клітини, перичити, макрофаги та судинна оболонка) та судинний захист, що надзвичайно важливо при ішемії та реперфузії, адже мережа судин відіграє вагому роль у поширенні травми завдяки гострій

та хронічній судинній дисфункції. 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. Достатній колатеральний кровообіг зменшує обсяг інфаркту та вторинну ішемію, доставляючи кров до пенумбри.

4. Якщо в гострому періоді ішемічного інсульту кровоплин не відновлено шляхом тромболізу або тромбектомії, колатерального кровопостачання недостатньо, нейрони зони ішемічної напівтіні однаково загинуть. Сукупність реакцій, які виникають за умов ішемії та ведуть до пошкодження клітин мозку називають ішемічним каскадом. В арсеналі лікаря є блокатор ішемічного каскаду для впливу на низку етапів цього процесу.
5. Ефекти едаравону реалізуються через певні механізми: препарат пригнічує процеси оксидативного ушкодження нейронів і гліоцитів, видаляє гідроксильні та кисневі радикали, які активують більшість етапів ішемічного каскаду, чинить ендотеліопротекторну дію, модулює запальні стани, рівень матриксних металопротеїназ та оксиду азоту, апоптотичну та некротичну загибель клітин.
6. На відміну від нейропротекторів, едаравон продемонстрував клінічну ефективність, що підтверджено багатоцентровими рандомізованими клінічними дослідженнями. Едаравон – єдиний препарат для лікування гострого мозкового інсульту, що сприяє істотному поліпшенню віддалених наслідків інсульту. У нещодавно опублікованому метааналізі (Chen C et al., 2021) підтверджено, що едаравон покращував неврологічні порушення при тримісячному спостереженні. Також під час тримісячного спостереження спостерігалось значне зниження смертності. Крім того, різниця у частоті будь-яких побічних явищ, пов'язаних із лікуванням, між двома групами не була статистично значущою.
7. Едаравон безпечний та ефективний для представників європеїдної раси. Під час конференції англійським вченим та координатором дослідження безпеки, переносимості та фармакокінетики нової схеми введення та режиму дозування едаравону в пацієнтів із гострим ішемічним інсультом, яке проводилось в дев'яти дослідних центрах Фінляндії, Нідерландів і Великобританії, було представлено результати випробування MCI-186. Обидва режими дозування едаравону з новою схемою введення, протестованою в дослідженні, пацієнти добре переносили і були за рівнем безпеки порівняними з прийманням плацебо. Що доводить безпеку застосування едаравону в менеджменті гострого ішемічного інсульту у пацієнтів європеїдної раси.
8. Комплаєнс – готовність пацієнта виконувати рекомендації лікаря, його сумлінність і схильність до лікування. Взаємодія лікаря і пацієнта – невід'ємна частина практичної медицини. Не менш важливою є взаємодія «лікар-лікар», особливо в умовах стаціонару. Чітке дотримання курсу терапії є гарантом досягнення задовільних результатів лікування.
9. Згідно з Інструкцією для медичного застосування Ксаврон, у гострій стадії ішемічного інфаркту головного мозку, Препарат демонструє захисну дію, пригнічуючи виникнення й розвиток ішемічних цереброваскулярних розладів, таких як набряк головного мозку, неврологічні симптоми, повільна загибель нейронів. Спосіб застосування та дози Препарату: 30 мг едаравону (1 ампула) двічі на добу, вранці та ввечері. Терапію слід розпочати впродовж 24 годин після появи симптомів, тривалість лікування – не менше 14 днів.
10. Саме тому метою дослідження H.Naritomi et al. (2010) було визначити вплив тривалості застосування едаравону на віддалений функціональний результат. Рандомізоване контрольоване дослідження було проведене в 19 центрах лікування гострого інсульту та реабілітації в Японії. Пацієнти з гострим ішемічним інсультом були випадковим чином розподілені для отримання внутрішньовенної інфузії едаравону по 30 мг двічі на день протягом 3 днів у групі короткострокової або 10 14 днів у групі довгострокової терапії. У пацієнтів із гострим інсультом унаслідок лікування едаравоном протягом 14 днів відбулося суттєвіше досягнення сприятливих результатів, ніж за короткочасного лікування, зокрема: зменшення прогресування атрофії дисфункціональних м'язів; поліпшення локомоторної функції нижніх кінцівок. Отримані дані свідчать про те, що ефективність терапії інсульту може бути підвищено за допомогою тривалого застосування едаравону, який чинить міо-протекторний ефект, поліпшуючи функціональний результат у хронічній фазі.

11. Під час наукового заходу наведено дані доказової медицини щодо застосування едаравону у клінічній практиці при ішемічному інсульті. Потрібні нові РКД, зокрема потрібно більше даних про застосування едаравону в поєднанні з тромбектомією.

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

