

ФГБОУ ВО «Красноярский государственный медицинский университет
имени профессора В.Ф. Войно-Ясенецкого»

Министерства здравоохранения Российской Федерации

Кафедра нервных болезней с курсом ПО

Ведение пациента с ишемическим инсультом
и транзиторными ишемическими атаками

Выполнил:

Ординатор 1 года

Трушкин А.Б.

Красноярск 2020г

Оглавление

Введение.....	3
Базисная терапия инсульта	4
Специфическая терапия	5
Реабилитация.....	8
Список литературы.....	10

Цереброваскулярные заболевания — одна из ведущих причин смертности и инвалидизации в Российской Федерации. Церебральный инсульт занимает второе место по частоте смертельных случаев от болезней системы кровообращения в стране. Ежегодная смертность от инсульта в России — одна из наиболее высоких в мире (175 случаев на 100 тыс. населения в год). Доля острых нарушений мозгового кровообращения (ОНМК) в структуре общей смертности в нашей стране составляет 21,4%. Ранняя 30-дневная летальность после инсульта составляет 34,6%, а в течение года умирают около 50% больных, т.е. каждый второй заболевший. Инвалидизация после перенесенного инсульта достигает 3,2 на 10 тыс. населения, занимая первое место среди всех причин первичной инвалидизации, т.е. из выживших лишь 20% в состоянии вернуться к прежней работе. Инсульт — государственная медицинская и социальная проблема, поэтому так значимы и важны реальные усилия по совершенствованию системы оказания медицинской помощи больным с уже свершившимся инсультом, а также по организации эффективных профилактических мероприятий. Международный опыт показывает, что снижение смертности населения от сердечно-сосудистых заболеваний достигается в результате реализации координированного комплекса мер, основными из которых являются повышение информированности населения о факторах риска сосудистых заболеваний и их профилактике, внедрение эффективных профилактических программ и совершенствование системы медицинской помощи при инсульте.

Ишемический инсульт представляет собой клинический синдром острого сосудистого поражения мозга и может являться исходом разных заболеваний сердечно-сосудистой системы. Наибольшее распространение получила классификация TOAST (Trial of Org 10172 in Acute Stroke Treatment), в которой выделяются следующие подтипы ишемического инсульта.

Атеротромботический инсульт (вследствие атеросклероза крупных артерий, включая артерио-артериальную эмболию). Для данного типа инсульта характерны клинические признаки поражения корковых функций, ствола головного мозга или мозжечка. Характерно наличие в анамнезе ТИА в том же сосудистом бассейне, перемежающейся хромоты, шума при аускультации сонных артерий, снижения их пульсации. При КТ или МРТ-исследовании головного мозга выявляются очаги ишемического поражения корковой или подкорковой локализации более 1,5 см в диаметре. При выполнении ультразвуковых методов исследования или ангиографии должны быть выявлены стенозы ипсилатеральных очагу поражения экстра- или интракраниальных артерий более 50%. При диагностических обследованиях следует полностью исключить возможность кардиогенной эмболии.

Кардиоэмболический инсульт. Для постановки диагноза «возможный или вероятный кардиоэмболический инсульт» необходима идентификация хотя

бы одного сердечного источника эмболии. Клинические проявления и результаты исследований мозга при этом такие же, как и при атеротромботическом инсульте. Клинический диагноз кардиоэмболического инсульта подтверждают наличие в анамнезе ТИА или инсульта в более чем одном сосудистом бассейне. Необходимо исключить другие возможные источники тромбоза или эмболии, связанные с атеросклерозом крупных артерий. Лакунарный инсульт (вследствие окклюзии артерий малого калибра). Для данного типа инсульта характерны классические клинические проявления лакунарных синдромов и должны отсутствовать признаки поражения коры больших полушарий. Клинический диагноз подтверждает наличие в анамнезе сахарного диабета или артериальной гипертензии. При КТ- или МРТ-исследовании головного мозга может быть обнаружен очаг поражения ствола мозга или субкортикальный инфаркт в одном полушарии диаметром менее 1,5 см, в ряде случаев может быть не обнаружено отклонений от нормы. Должны отсутствовать потенциальные сердечные источники эмболии, и при обследовании крупных внечерепных артерий не должен быть обнаружен стеноз ипсилатеральной артерии, превышающий 50%. 13 Инсульт другой известной этиологии. К этой категории относятся пациенты, у которых инсульт развился вследствие более редких причин, таких как неатеросклеротические васкулопатии, диссекция артерии, мигрень, тромбофилии и т.д. У пациентов этой группы при проведении КТ или МРТ могут выявляться признаки инфаркта мозга любого размера и в любой области мозга. При диагностических обследованиях должна быть выявлена одна из вышеперечисленных причин инсульта. Инсульт неизвестной этиологии. К данной группе относятся пациенты с неустановленной причиной ишемического инсульта, а также пациенты с двумя или более возможными причинами инсульта, когда врач не может поставить окончательный диагноз.

Базисная терапия

Артериальная гипертензия Пациентам со значительным повышением (АД), не имеющим показания для ТЛТ, целесообразно снижение АД на 15% в течение первых 24 ч от начала инсульта. Точный целевой уровень АД не установлен, существует консенсус о том, что при уровне систолического давления не выше

220 мм рт.ст. и диастолического не выше 120 мм рт.ст. гипотензивная терапия не проводится (Класс I; уровень C). Перед началом ТЛТ систолическое АД должно быть 140 мм рт.ст. показано осторожное в/в применение нитропрусеида натрия (противопоказание: внутричерепная гипертензия) (Класс IIa; уровень доказательности C).

Артериальная гипотензия В отдельных случаях, когда системная артериальная гипотензия является фактором развития ишемического инсульта (гемодинамический инсульт), назначаются вазопрессоры для улучшения мозгового кровообращения. Выбор фармакологического средства индивидуален, но в любом случае такой терапии требуется постоянный неинвазивный или инвазивный мониторинг АД и ЭКГ (Класс I; уровень C).

Расширение показаний для вазопрессорной терапии не рекомендуется, за исключением исследовательских целей (Класс IIb; уровень B). Отсутствуют рекомендации по использованию других способов улучшения гемодинамики (например, контрпульсация) (Класс IIb; уровень B).

Гипергликемия. При коррекции уровня глюкозы крови целевым показателем является значение в диапазоне 6—8 ммоль/л. Гипергликемия выше 10 ммоль/л корригируется внутримышечными инъекциями простого инсулина в индивидуальном режиме 4—6 ЕД через 4—6 раз в сутки до достижения нормогликемии. Больным с инсулинозависимым сахарным диабетом, получавшим пролонгированные формы инсулина, таковые заменяют на простой инсулин. При умеренно выраженной гипергликемии 8—10 ммоль/л используют безуглеводные энтеральные смеси при зондовом кормлении или диету №9 при полноценном энтеральном питании. Стойкая гипергликемия является симптомом впервые выявленного сахарного диабета или указывает на тяжелое неблагоприятное развитие ишемического инсульта. (Класс Па; уровень C).

4.2. Гипогликемия Гипогликемия (уровень глюкозы в крови ниже 3,3 ммоль/л) может быть быстро устранена путем медленного внутривенного введения 25% раствора декстрозы, внутривенным введением 40% раствора глюкозы 20—40 мл, при необходимости — инфузией 5% раствора глюкозы под контролем гликемии (Класс I; уровень C). Пероральный прием глюкозы также является возможной терапией, но при этом потребуется больше времени, чтобы поднять уровень глюкозы в крови, и неосуществимо у больных с нарушением глотания.

Специфическая терапия

Антикоагулянтная терапия Рекомендации 1. Не установлена польза ранней антикоагулянтной терапии у пациентов с выраженным стенозом ипсилатеральной очагу поражения ВСА (Класс IIb, уровень B). 2. Не рекомендуется назначение антикоагулянтов в качестве сопутствующей терапии в течение 24 ч после проведения в/в ТЛТ (Класс III, уровень B). 3. Не рекомендуется ранняя антикоагулянтная терапия состояний, не связанных с цереброваскулярной патологией, у пациентов с инсультом средней тяжести вследствие высокого риска развития тяжелых внутричерепных

геморрагических осложнений (Класс III, уровень A). Гипотермия Два небольших исследования эффективности гипотермии в лечении пациентов со злокачественными инфарктами мозга продемонстрировали неопределенные результаты. Потенциальные побочные эффекты терапевтической гипотермии включают гипотонию, нарушения сердечного ритма и пневмонию. На сегодняшний день ни одно исследование не имеет достаточного класса доказательности и достаточного размера выборки, чтобы обеспечить надежные результаты. Кроме того, остаются неясными вопросы оптимального отбора пациентов для гипотермии, возможности комбинации гипотермии с тромболизисом, оперативным вмешательством (гемикраниэктомия), нейропротекцией, и должно ли переохлаждение быть региональным (охлаждающие шлемы или региональные гипотермические солевые вливания) или системным (охлаждающие одеяла или эндоваскулярно). Отек мозга и внутричерепная гипертензия Отек, сопровождающийся объемным эффектом, является главной причиной ухудшения состояния и смерти у пациентов с большими супратенториальными очагами. Угрожающий жизни отек головного мозга 47 обычно развивается между 2-м и 5-м днем от развития инсульта, хотя у трети пациентов нарастание неврологической симптоматики может отмечаться в течение 24 ч после ее появления. Критическим уровнем внутричерепного давления (ВЧД), требующим лечения, считают величину 20—25 мм рт.ст. Для объективной оценки критического уровня следует использовать комплексный подход — мониторинг ВЧГ, проведение компьютерной томографии головного мозга, оценку неврологического статуса, в особенности динамики дислокационного синдрома, проведение транскраниальной доплерографии, данные которой зачастую позволяют выявить признаки ВЧГ до появления клинического ухудшения. Базовые принципы коррекции ВЧГ: — Возвышенное положение головного конца кровати до 30° (улучшение венозного оттока), исключение флексии головы. — Поддержание центральной гемодинамики (в качестве ориентира принимают уровень среднего АД — 100 мм рт.ст. В экстренной ситуации можно ориентироваться на величину систолического АД — 140 мм рт.ст.). — Достаточная оксигенация (интубация трахеи и ИВЛ показана у пациентов с угнетением сознания до степени сопора и комы. При этом содержание O₂ в дыхательной смеси должно быть не менее 40—50%, необходимо поддержание нормокапнии (минутный объем дыхания — МОД = 7—10 л/мин). Таким образом, должна быть произведена элективная интубация). — Адекватная обезболивающая терапия. — Коррекция гипертермии. Медикаментозная терапия: — Медикаментозное лечение при больших инфарктах, сопровождающихся объемным эффектом и отеком мозга основывается в основном на данных клинического наблюдения. — Если есть возможность мониторинга ВЧГ, церебральное перфузионное давление (ЦПД)

должно быть на уровне 70 мм рт. ст. — При уточненной ВЧГ по данным нейровизуализации, ультразвуковой доплерографии показано внутривенное введение 10% раствора глицерола 4·250 мл до 30—60 мин или

Запрещается применение глюкозосодержащих растворов и гипотонических растворов в качестве замещающих. — Дексаметазон и кортикостероиды не рекомендуются в качестве лечения отека мозга. — Тиопентал натрия, вводимый болюсно, показал свою результативность при острой фазе ВЧГ. Возможно капельное применение барбитуратов, но при этом необходимо мониторировать ЭЭГ и АД, так как артериальное давление может резко снизиться. 48 Гипотермия — умеренная гипотермия (температура мозга 32—33°) снижает частоту смертельных исходов у пациентов с тяжелыми инфарктами в бассейне средней мозговой артерии (СМА), но может привести к серьезным побочным эффектам в виде резкого повышения ВЧД во время обратного согревания. В небольших рандомизированных исследованиях умеренная гипотермия в сочетании с хирургической декомпрессией привели к лучшим клиническим результатам, чем изолированное хирургическое лечение. Хирургическое лечение В настоящее время декомпрессивная краниотомия является последним методом интенсивной терапии повышенного ВЧД, который используют при неэффективности консервативных мероприятий в течение 6—12 ч с момента развития внутричерепной гипертензии согласно мультицентровым международным исследованиям DESTINY, HAMLETLT, DECIMAL. По данным большинства ретроспективных и проспективных нерандомизированных клинических исследований, гемикраниэктомия с пластикой твердой мозговой оболочки снижает ассоциированную летальность с 80 до 30%. Эффективность декомпрессивной гемикраниэктомии рассматривается не только в качестве жизнеспасающей процедуры при злокачественном инфаркте, но и как процедуры, способной улучшить функциональные исходы больных. Хирургическое вмешательство включает резекцию лобно-височно-теменного фрагмента черепа диаметром не менее 12 см, дуротомию и дуропластику. Максимальная польза от декомпрессивной процедуры может быть достигнута при как можно раннем вмешательстве. Вентрикулостомия и декомпрессивное хирургическое лечение являются методом выбора для мозжечковых инфарктов, сопровождающихся объемным эффектом.

Рекомендации 1. Хирургическая декомпрессия в течение 48 ч после начала симптоматики рекомендуется у пациентов в возрасте до 60 лет с развившимся злокачественным инфарктом СМА (Класс I, уровень C). 2. Осмотерапия может быть использована для лечения предполагаемого повышенного внутричерепного давления (Класс III, уровень C). 3. Нет доказательных рекомендаций по гипотермической терапии у пациентов с инфарктом мозга, сопровождающимся объемным эффектом (Класс IV,

уровень GCP). 4. Вентрикулостомия или хирургическая декомпрессия может быть выполнена при больших мозжечковых инфарктах, сдавливающих ствол мозга (Класс III, уровень C)

Реабилитация

Организация медицинской реабилитации Медицинская реабилитация включает: а) оценку (диагностику) нарушения функций; факторов риска проведения реабилитационных мероприятий; факторов, ограничивающих проведение реабилитационных мероприятий; морфологических параметров; функциональных резервов организма; состояния высших психических функций и эмоциональной сферы; нарушений бытовых и профессиональных навыков; ограничения активности и участия в значимых для пациента событиях частной и общественной жизни; факторов окружающей среды, влияющих на исход реабилитационного процесса; б) формирование цели проведения реабилитационных мероприятий текущей (кратковременной) или итоговой (для определенного этапа и условий проведения реабилитационных мероприятий); в) формирование индивидуальной программы реабилитации; г) комплексное применение лекарственной и немедикаментозной терапии, а также средств, адаптирующих окружающую среду к функциональным возможностям пациента и (или) функциональные возможности пациента к окружающей среде, в том числе посредством использования средств передвижения, протезирования и ортезирования; д) оценку эффективности реабилитационных мероприятий и прогноз. Начинаться мероприятия по медицинской реабилитации должны в условиях сосудистого отделения, в первые 24—48 ч от момента развития церебрального инсульта при условии: — стабильного состояния базовых показателей жизнедеятельности пациента в течение 24 ч; 72 — отсутствия загрудинных болей в течение 24 ч, за исключением стабильной стенокардии; — отсутствие некупированных нарушений ритма и проводимости; — наличия перспективы восстановления функций, повышения мобильности и социальной активности пациента (реабилитационного потенциала); — наличия медицинского индивидуального плана проведения реабилитационных мероприятий; — мотивированности (если пациент в сознании) пациента к предстоящему лечению; — риск развития осложнений не должен превышать перспективу восстановления функций; — отсутствия противопоказаний к проведению отдельных методов медицинской реабилитации на основании установленного реабилитационного диагноза. В настоящее время проблема сосудистой патологии головного мозга признана мультидисциплинарной — в ее разработке принимают участие многие специалисты. Рандомизированные

исследования показали, что ведение больных с инсультом мультидисциплинарной бригадой специалистов снижает смертность и инвалидизацию пациентов на 30%. Мультидисциплинарная бригада объединяет специалистов, которые работают как единая команда с четкой согласованностью действий, что обеспечивает целенаправленный подход в постановке целей и реализации задач реабилитации. В состав бригады входят: невролог, реаниматолог (в блоке интенсивной терапии или в отделении реанимации), врач ЛФК, врач-физиотерапевт, инструктор-методист по лечебной физкультуре, нейропсихолог-логопед, медицинский психолог, эрготерапевт (или бытовой реабилитолог), медицинские сестры, социальный работник, сиделки или ухаживающие за пациентом и сам пациент. Кардиолог, психиатр, ортопед-травматолог приглашаются для работы в сосудистое отделение в качестве консультантов при необходимости. Желательно включение в состав бригады диетолога (специалиста по нутритивной поддержке). Правильная оценка дефекта, степени, характера и длительности изменения функций больного, определение возможности их спонтанного восстановления, знание механизмов действия различных методов медицинской реабилитации как в отдельности так и в комплексе позволяют выбрать адекватные способы устранения выявленных нарушений и определяют успешность мероприятий по медицинской реабилитации. Диагностическое обследование в начале медицинской реабилитации позволяет определить, в какой степени изменились функции пациента при возникшем повреждении ткани, как в связи с этим изменилась активность в его привычной среде. Для диагностики должны использоваться стандартизированные методы клинической, лабораторной, инструментальной оценки и клинические шкалы и тесты. Задачами диагностики являются: уровень сознания, скрининг риска аспирации, выявление нарушения нутритивного статуса, история используемой антикоагулянтной и(или) антитромботической терапии, нарушения перцептивных функций, нарушения высших психических функций и речи, нарушения двигательных функций, выделительных функций, функции дыхания, нарушения толерантности к нагрузкам, психоэмоционального состояния, наличия и степени выраженности депрессии, оценка риска развития пролежней, тромбозов, боли, риска развития повторного сосудистого события, сопутствующие заболевания, нарушения самообслуживания, коммуникации, выполнения общих задач и требований, изменения подвижности, изменения применения знаний и умений, изменения межличностных взаимоотношений, социальной активности, наличия поддержки семьи.

Список использованной литературы

Российские клинические рекомендации по диагностике и лечению хронических заболеваний вен Ассоциации флебологов России. Всероссийское общество хирургов. 2013.

.Российские клинические рекомендации по диагностике, лечению и профилактике венозных тромбоэмболических осложнений. Флебология. 2010