

Клінічні настанови з лікування інсульту: оновлення, сучасні можливості та виклики

Інсульт є одним із найпоширеніших захворювань та основною причиною інвалідності серед дорослого населення у світі. Швидке зростання кількості публікацій із результатами клінічних досліджень потребує змін способів розроблення та оновлення ресурсів із доказової медицини, зокрема клінічних настанов. Пропонуємо до вашої уваги огляд статті C. English et al. «Living clinical guidelines for stroke: updates, challenges and opportunities» видання Med J Aust (2022 Jun 6; 216 (10): 510-514), у якій висвітлено останні оновлення настанов щодо лікування інсульту, створених експертами Національного фонду інсульту Австралії (National Stroke Foundation of Australia) та низки провідних австралійських і новозеландських університетів.

За оцінками експертів, серед населення Австралії загальна кількість випадків інсульту щороку досягає 27 тис., тобто інсульт трапляється щодня 19 хвилин (Deloitte Access Economics, Stroke Foundation, 2020). Тож клініцисти відчувають гостру потребу

в актуальних практичних рекомендаціях щодо надання допомоги в разі інсульту.

Національна рада з охорони здоров'я та медичних досліджень (NHMRC) періодично оновлює Австралійські клінічні рекомендації щодо інсульту. Проте

проблема традиційних циклів оновлення настанов, які охоплюють рекомендації на підставі найкращих доступних на момент публікації доказів, полягає в тому, що ці настанови можуть швидко «застарівати». Так, 2017 року рекомендації з інсульту були опубліковані за допомогою онлайн-платформи MAGICapp, а вже наступного року Національний фонд інсульту Австралії отримав фінансування для тестування так званої living-моделі («живої моделі») настанов для лікування інсульту. Це був перший досвід застосування такої моделі не лише в Австралії, але й у світі.

Living-модель

Living-модель настанов — це рекомендації, які розміщені на онлайн-платформі та постійно оновлюються в міру появи нових доказових даних. Власне, для користувача доступні можливості перегляду історії оновлень і всіх попередніх версій кожної рекомендації для повної прозорості, а також зберігання останнього оновленого поточного її варіанта. З моменту опублікування настанов щодо лікування інсульту 2017 року в них з'явилося 35 нових або оновлених рекомендацій.

Також подібні living-моделі настанов розроблено щодо лікування пацієнтів із цукровим діабетом (ЦД), COVID-19 та для підтримки здоров'я матерів і новонароджених.

У таблиці наведено основні оновлення рекомендацій щодо лікування пацієнтів з інсультом, які розроблено протягом останніх чотирьох років для забезпечення їх сучасності й актуальності. Важливо, що не було випадків зміни сили рекомендацій у бік зменшення.

Ключовою перевагою living-моделі настанов є можливість швидкого оновлення рекомендацій у відповідь на появу нових доказів. Як приклад, результати випробування, яке демонструє безпеку та ефективність тромболізу впродовж перших 9 год після початку гострого інсульту були опубліковані у травні 2019 р., а невдовзі після цього — систематичний огляд та метааналіз індивідуальних даних пацієнтів (Ma et al., 2019; Campbell et al., 2019). Зважаючи на значущість даних щодо терапії, яка дає змогу врятувати життя, вже до листопада 2019 р. оновлені рекомендації пройшли процес розробки, аналізу і громадських консультацій, після чого були схвалені NHMRC та опубліковані; цей процес тривав менш ніж 6 міс.

Висновки

Автори зазначають, що наразі важко оцінити прямий вплив швидких оновлень настанов. Зокрема, було підраховано, що завдяки оновлюваним рекомендаціям приблизно 320 австралійців щороку можна врятувати від передчасної смерті або інвалідності, спричинених тяжким інсультом. Living-моделі настанов відіграють значну роль у прискоренні місцевих і загальнодержавних системних змін щодо менеджменту цієї популяції.

Надалі планується робота з кількісного визначення впливу, зокрема потенційного економічного ефекту і рентабельності інвестицій у living-настанови порівняно з традиційними. Початковий досвід свідчить, що витрати на оновлення рекомендацій із лікування пацієнтів з інсультом що п'ять років та витрати на living-моделі, ймовірно, будуть порівнянними. Хоча останні забезпечують значні переваги щодо збільшення довіри, полегшення доступу до настанов та застосування їх на практиці.

Підготувала **Ольга Загора**

Оригінальний текст документа читайте на сайті <https://informme.org.au>

Таблиця. Порівняння нових та оновлених сильних рекомендацій щодо лікування пацієнтів з інсультом			
Рекомендації		Нова / оновлена	Що змінилося
Невідкладна медикаментозна та хірургічна допомога			
Тромболізис	Якщо для пацієнтів із потенційно інвалідизувальною ішемією (які, на додаток до стандартних клінічних критеріїв, підпадають під критерії перфузійної невідповідності) не заплановано негайної ендovasкулярної тромбектомії, введіть ім альтеплазу в/в (0,9 мг/кг, максимум 90 мг) упродовж 9 год від останнього часу, коли пацієнт почувався добре, або від середини часу сну для тих, хто прокинувся із симптомами інсульту	Нова	Часове вікно для проведення тромболізу розширене до 9 год від моменту інсульту, якщо дані з візуалізації підтверджують користь терапії (Ma et al., 2019; Campbell et al., 2019; Thomalla et al., 2018)
	Пацієнтам із потенційно інвалідизувальною ішемією внаслідок оклюзії великих судин рекомендоване введення тенектеплази в/в (0,25 мг/кг, максимум 25 мг) або альтеплази (0,9 мг/кг, максимум 90 мг) протягом 4,5 год від того часу, коли пацієнт почувався добре	Нова	На підставі даних двох досліджень додано нові рекомендації щодо антитромботичної терапії (застосування тенектеплази як альтернативи альтеплази в межах 4,5 год від початку інсульту) (Huang et al., 2016) або за оклюзії великих судин (Campbell et al., 2018)
Нейрохірургічне втручання	Якщо клінічні дані щодо перфузії та результати КТ або МРТ вказують на наявність придатної для відновлення тканини мозку, пацієнтам з ішемічним інсультном, спричиненим оклюзією великих судин (внутрішньої сонної артерії, проксимального відділу середньої мозкової артерії [сегмент М1] або тандемною оклюзією шийного відділу сонної артерії та великих внутрішньочерепних артерій), виконайте ендovasкулярну тромбектомію (якщо процедуру можна розпочати з 6 до 24-ї год від останнього часу, коли пацієнт почувався добре)	Нова	За вказаних умов часове вікно для ендovasкулярного видалення тромбу розширене до 24 год
Оксигенотерапія	Якщо насичення крові киснем під час дихання кімнатним повітрям становить >92%, оксигенотерапію не рекомендовано	Оновлена	Введення порогового значення сатурації >92% (Chu et al., 2018)
Невідкладна антитромботична терапія	Пацієнтам із малим ішемічним інсультном або транзиторною ішемічною атакою, асоційованою з високим ризиком інсульту, розпочніть приймання аспірину та клопидогрелю протягом 24 год після події та продовжіть протягом 3 тиж. для запобігання рецидиву інсульту (Johnston et al., 2020)	Оновлена	Нові докази користі комбінації двох антиагрегантних засобів для запобігання повторному інсульту (Hao et al., 2018)
Положення пацієнта	Пацієнти, які не отримують годування через назогастральний зонд, не потребують підтримання голови в піднятому положенні та можуть перебувати у будь-якому положенні	Нова	Роз'яснення щодо положення пацієнта (Anderson et al., 2017)
Невідкладні послуги телемедицини	У медзакладах без постійної наявності фахівця з лікування інсульту застосовуйте системи телемедицини для допомоги в оцінюванні стану пацієнта та прийнятті рішення щодо невідкладного застосування тромболізу та можливого переведення для здійснення ендovasкулярного втручання. Така система має надавати віддалений доступ до зображень сканування мозку і, бажано, до відеоконференцій або забезпечувати можливість обговорення телефоном діагнозу та лікування з місцевими клініцистами, пацієнтами і членами їх родин	Нова	Рекомендація спрямована на забезпечення доступності для всіх пацієнтів до найсучасніших методів невідкладної терапії після інсульту, незалежно від місця проживання
Вторинна профілактика			
Гіполіпідемічна терапія	Для вторинної профілактики атеросклеротичних ускладнень серцево-судинних захворювань у пацієнтів з ішемічним інсультном метою гіполіпідемічної терапії має бути досягнення цільового рівня вмісту ліпопротеїдів низької щільності <1,8 ммоль/л	Нова	Нові дані свідчать, що інтенсивніше зниження рівня ліпопротеїдів низької щільності зменшує частоту рецидивів серцево-судинних подій (Amarengo et al., 2020)
Менеджмент пацієнтів з овальним отвором	У пацієнтів з ішемічним інсультном віком <60 років наявність відкритого овального отвору вважається ймовірною причиною інсульту після ретельного виключення іншої етіології. Рекомендовано черезшкірне закриття відкритого овального отвору	Оновлена	Дані двох випробувань, тривалого спостереження та метааналізу підтвердили, що відкритий овальний отвір вважається ймовірною причиною інсульту (Turc et al., 2018)
Антиагрегантна терапія	Пацієнти, які отримували антиагрегантну терапію до того, як у них стався внутрішньомозковий крововилив, можуть безпечно відновити це лікування, хоча оптимальний час для цього не визначений	Оновлена	Підтверджено можливість відновлення антиагрегантної терапії (RESTART Collaboration, 2019)
Нефармакологічні втручання	Нефармакологічні втручання для зменшення чинників ризику інсульту залучають фізичні вправи, дієту та індивідуальне консультування. Пацієнтам з інсультном слід дотримуватися середземноморської дієти	Нова	Дані щодо ролі нефармакологічних втручань (English et al., 2021)
Реабілітація*			
Слабкість	Пацієнтам, у яких внаслідок інсульту зменшилася сила кінцівок, рекомендовані тренування з поступовим збільшенням навантаження для підвищення м'язової сили	Оновлена	Систематичний огляд надав докази, на підставі яких можна обрати найефективніший вид силового тренування (Dorsch et al., 2018)

Примітки: в/в – внутрішньовенно; КТ – комп'ютерна томографія; МРТ – магнітно-резонансна томографія; * оновлені рекомендації містять також спеціальні заходи для поліпшення функцій пам'яті, використання телемедицини як альтернативного способу надання реабілітаційних послуг (Laver et al., 2020).

Адаптовано за C. English et al., 2022.