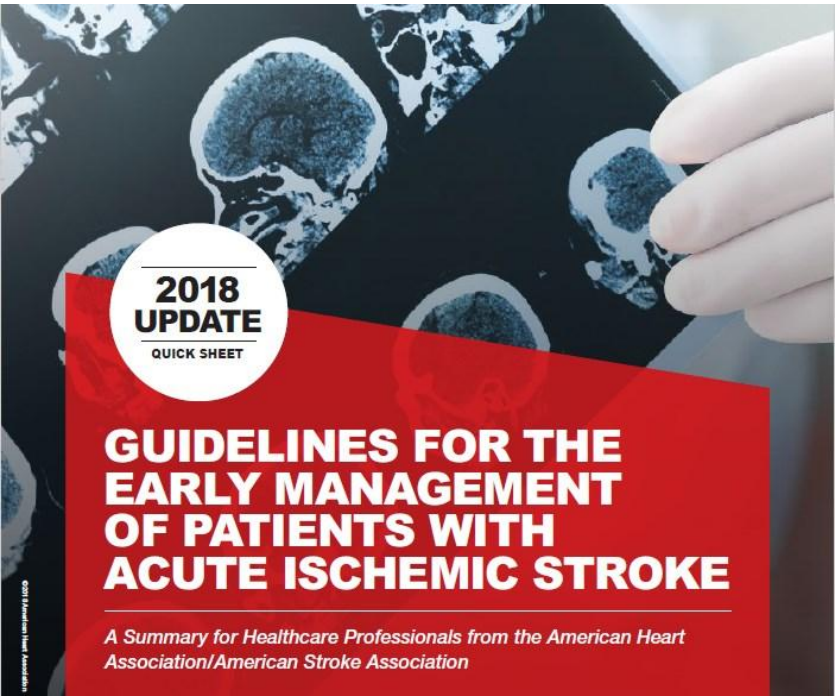
Острейший период инфаркта головного мозга. Гайдлайн AHA/ASA 2018.

Новые и пересмотренные старые рекомендации



М.Долганов

02.04.2018, отделение неврологии РСЦ ЧОКБ

Диагностика

1. Оценка уровня тропонина рекомендуется для пациентов с острым ишемическим инсультом, но не должна отсрочивать начало ВВ терапии алтеплазой или механической тромбэктомии.	СТРОГАЯ	C-LD	2013-1 Формулирс
9. Для пациентов, отвечающих критериям назначения эндоваскулярной терапии, при подозрении на окклюзию больших внутричерепных сосудов целесообразно проведение КТА до контроля концентрации креатинина, при отсутствии почечных нарушений в анамнезе.	НЕ СТРОГАЯ	B-NR	Новая реко-мендация

Тромболитическая терапия. Альтеплаза.

4. Пациентам, которым показана алтеплаза ВВ и у которых на МРТ выявлено незначительное число внутримозговых микрокровоизлияний (до 10), назначение алтеплазы ВВ целесообразно.	НЕ СТРОГАЯ	B-NR	Новая рекомендация
5. Пациентам, которым в принципе показана алтеплаза ВВ и у которых на МРТ выявлено значительное число внутримозговых микрокровоизлияний (более 10), назначение алтеплазы ВВ может приводить к увеличению риска внутричерепного кровоизлияния, поэтому польза от лечения не очевидна. Лечение может быть целесообразно, если потенциальная польза от него существенна.	СЛАБАЯ	B-NR	Новая рекомендация

10. С учетом крайне низкого риска целесообразно не откладывать срочное назначение алтеплазы ВВ в ожидании данных гематологического анализа и анализа свертываемости, если отсутствуют основания ожидать отклонение результатов от нормы.	НЕ СТРОГАЯ	B-NR	2015-3

Тромболитическая терапия. Альтеплаза.

15. Риск антитромботической терапии в течение первых 24 часов после ВВ лечения алтеплазой (в сочетании с эндоваскулярной терапией или без неё) не очевиден. Её использование может рассматриваться при сопутствующих заболеваниях, при которых антитромботическая терапия в отсутствие ВВ алтеплазы приносит существенную пользу или отказ от неё сопряжен с существенным риском.	СЛАБАЯ	B-NR	Новая рекомендация
3. Использование сонотромболизиса в качестве адъювантной терапии с ВВ тромболизисом не рекомендуется.	НЕТ ПОЛЬЗЫ	B-R	Новая рекомендация
14. Значения АД не должны превышать 180/105 мм рт. ст. по меньшей мере в течение первых 24 часов после ВВ лечения алтеплазой.	СТРОГАЯ	B-NR	2013-1 Формулировка

Тромболитическая терапия. Альтеплаза

3–4.5 ч	Алтеплаза ВВ (0.9 мг/кг, в максимальной дозе 90 мг в течение 60 минут с введение 10% в форме болюса на первой минуте) также рекомендуется для пациентов, которые могут получить лечение в окне от 3 до 4,5 часов с момента появления симптомов ишемического инсульта или с момента, когда они еще были здоровы. Врачи должны использовать критерии, изложенные в этой таблице для принятия решения о проведении терапии. (Класс рекомендации I; уровень доказательности B-R) IV alteplase (0.9 mg/kg, maximum dose 90 mg over 60 min with initial 10% of dose given as bolus over 1 min) is also recommended for selected patients who can be treated within 3 and 4.5 h of ischemic stroke symptom onset or patient last known well. Physicians should review the criteria outlined in this table to determine patient eligibility.† (*Class I; LOE B-R*)‡

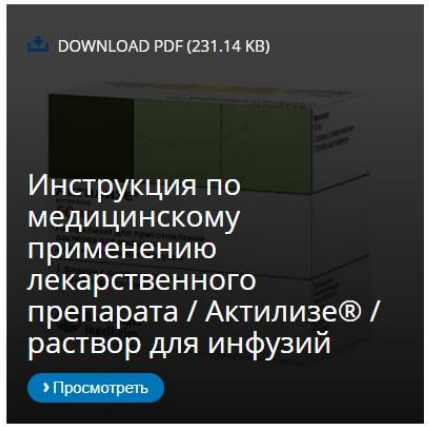
КТ	Назначение алтеплазы ВВ рекомендуется при наличии ранних ишемических изменений на бесконтрастной КТ слабой до умеренной выраженности (кроме явной гиподенсивности). (Класс рекомендации I; уровень доказательности A)

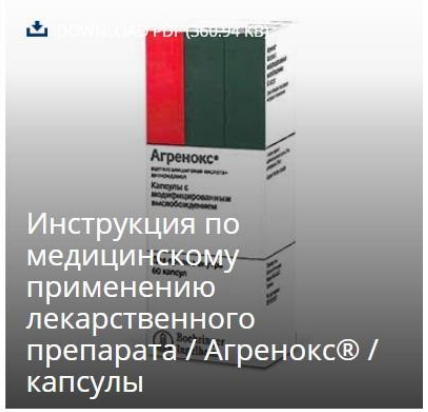
Антиагрегантная терапия в анамнезе	Алтеплаза ВВ рекомендуется пациентам, принимавшим до начала инсульта монотерапию антиагрегантом, так как согласно клиническим данным польза алтеплазы превосходит возможное незначительное повышение риска симптоматического внутричерепного кровоизлияния. (Класс рекомендации I; уровень доказательности A)
	Алтеплаза ВВ рекомендуется пациентам, принимавшим до начала инсульта комбинированную терапию антиагрегантам (напр., аспирин и клопидогрел), так как согласно клиническим данным польза алтеплазы превосходит вероятное повышение риска симптоматического внутричерепного кровоизлияния. (Класс рекомендации I; уровень доказательности B-NR)

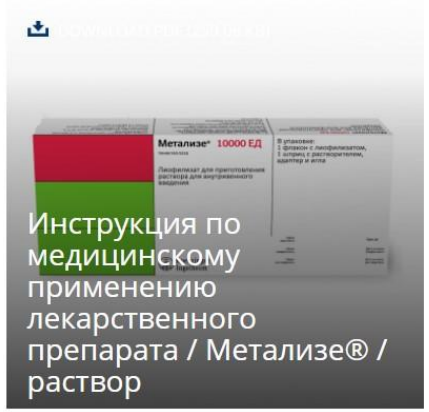
Тромболитическая терапия. Альтеплаза.

Boehringer Ingelheim

О нас | Рецептурное подразделение | Ветеринарное подразделение | Биотехнологии | Карьера







Лечение не следует начинать позднее, чем через 4,5 часа после возникновения симптомов, вследствие неблагоприятного соотношения польза/риск, что обусловлено следующими обстоятельствами:

- положительный эффект лечения снижается при позднем начале терапии;
- смертность увеличивается преимущественно у пациентов, ранее получавших ацетилсалициловую кислоту;
- повышается риск кровотечения.

Тромболитическая терапия. Альтеплаза

Table 9. Management of Orolingual Angioedema Associated With IV Alteplase Administration for AIS

Class IIb, LOE C-EO
Maintain airway
Endotracheal intubation may not be necessary if edema is limited to anterior tongue and lips.
Edema involving larynx, palate, floor of mouth, or oropharynx with rapid progression (within 30 min) poses higher risk of requiring intubation.
Awake fiberoptic intubation is optimal. Nasal-tracheal intubation may be required but poses risk of epistaxis post-IV alteplase. Cricothyroidotomy is rarely needed and also problematic after IV alteplase.
Discontinue IV alteplase infusion and hold ACEIs
Administer IV methylprednisolone 125 mg
Administer IV diphenhydramine 50 mg
Administer ranitidine 50 mg IV or famotidine 20 mg IV
If there is further increase in angioedema, administer epinephrine (0.1%) 0.3 mL subcutaneously or by nebulizer 0.5 mL
Icatibant, a selective bradykinin B_2 receptor antagonist, 3 mL (30 mg) subcutaneously in abdominal area; additional injection of 30 mg may be administered at intervals of 6 h not to exceed total of 3 injections in 24 h; and plasma-derived C1 esterase inhibitor (20 IU/kg) has been successfully used in hereditary angioedema and ACEI-related angioedema
Supportive care

ACEI indicates angiotensin-converting enzyme inhibitor; AIS, acute ischemic stroke; IV, intravenous; and LOE, Level of Evidence.

Тромболитическая терапия. Альтеплаза. Противопоказания.

Exclusion criteria:

- Significant head trauma or prior stroke in previous 3 months
- Symptoms suggest subarachnoid hemorrh
- Arterial puncture at noncompressible site in previous 7 days
- History of previous intracranial hemorrhage
- Intracranial neoplasm, arteriovenous malformation, or aneurysm
- Recent intracranial or intraspinal surgery
- Elevated BP (systolic >185 mm Hg or diastolic >110 mm Hg)
- CT demonstrates multilobar infarction (hypodensity >1/3 cerebral hemisphere)

Тромболитическая терапия. Альтеплаза. Противопоказания.

Возраст Сахарный диабет Инсульт в анамнезе Тяжесть Антикоагулянты Нейровизуализация	ВВ терапия алтеплазой в окне от 3 до 4,5 часов рекомендуется пациентам не старше 80 лет, без сахарного диабета и эпизодов инсульта в анамнезе, с показателями ≤25 баллов по шкале NIHSS, не принимающим оральных антикоагулянтов и в отсутствие данных нейровизуализации о вовлеченности в ишемическое поражение более трети бассейна срединной мозговой артерии. (Класс рекомендации I; уровень доказательности B-R)
Терминальная стадия болезни почек	Пациентам в терминальной стадии болезни почек на гемодиализе и нормальным АЧТВ рекомендована ВВ терапия алтеплазой (Класс рекомендации I; уровень доказательности C-LD) Однако пациенты с повышенным АЧТВ могут иметь повышенный риск геморрагических осложнений.
Интракраниальная/ интраспинальная хирургическая операция в последние 3 месяца	Для пациентов с острым ишемическим инсультом, перенесших в течение последних 3 месяцев интракраниальную/ интраспинальную хирургическую операцию, ВВ лечение алтеплазой потенциально вредоносно. (Класс рекомендации III: Вред; Уровень доказательности C-EO)
Гастроинтестинальные явления в течение 21 дня	Пациенты со структурными гастроинтестинальными злокачественными явлениями или гастроинтестинальным кровотечением, произошедшим в течение последних трех недель до наступления инсульта, находятся в группе высокого риска, назначение им алтеплазы ВВ потенциально вредоносно. (Класс рекомендации III: Вред; Уровень доказательности C-EO)

Тромболитическая терапия. Альтеплаза. Противопоказания.

АНАМНЕЗ	Антитромботические ЛС (убедиться, что он их точно принимал)
- Аллергия на гентамицин - Заболевания ЦНС: опухоли, операции на ЦНС, ГИ любой – **в анамнезе** - Кровотечение обширное - **6 месяцев** - Тяжелая травма, инсульт ишемический, тяжелая ЧМТ, подтвержденная язвенная болезнь желудка или двенадцатиперстной кишки в течение, необширное ЖКК - **3 месяца,** - Обширная операция – **3 месяца (инструкция); 14 дней (нац. рек)** - длительная или травматичная сердечно-легочная реанимация (> 2 мин), роды в течение 10 предшествующих дней, недавно произведенная пункция некомпремируемого кровеносного сосуда (например, подключичной или яремной вены) – **14 дней** - печеночная недостаточность, цирроз, портальная гипертензия (в том числе варикозное расширение вен пищевода) и активный гепатит; бактериальный эндокардит, перикардит; острый панкреатит; новообразование с повышенным риском развития кровотечения, артериальные аневризмы (для ЦНС>10мм), дефекты развития артерий/вен – **на момент осмотра**	- НОАК последние 48 часов – **ПРОТИВОПОКАЗАН** - НМГ в лечебной последние 24 часа - **ПРОТИВОПОКАЗАН** - гепарин – в последние 48 часов – смотрим на АЧТВ! **больше нормы** – ПРОТИВОПОКАЗАН **норма** – МОЖНО ДЕЛАТЬ - Варфарин – **До 3 часов** - можно делать при МНО<1,3 **Более 3 часов** – ПРОТИВОПОКАЗАН ОБЪЕКТИВНО - NIHSS > 25, - АД> 185/110 ммртст - Перелом ЛАБОРАТОРНО - тромбоцитов <100 - глюкоза < 2,77 или > 22,2 - МНО>1,3

Где искать?
Общебольничная папка – НЕВРОЛОГИЯ – ДОЛГАНОВ – ОТДЕЛЕНИЕ

Тромболитическая терапия. Тромбоэкстракция

3. Механическая тромбэктомия со стент-ретривером должна проводиться пациентам, удовлетворяющим следующим критериям: (1) результат от 0 до 1 по модифицированной шкале Рэнкина; (2) приведшая к заболеванию окклюзия внутренней сонной артерии или сегмента M1 средней мозговой артерии; (3) не моложе 18 лет; (4) результат по NIHSS выше 5 баллов; (5) ≥6 по шкале ASPECTS; и (6) лечение может быть начато в течение 6 часов после появления симптомов.	СТРОГАЯ	A	2015-2 Пересмотр
4. Хотя польза от применения механической тромбэктомии остается неопределенной, её использование может быть обоснованным для тщательно отобранных пациентов с острым ишемическим инсультом, у которых к заболеванию привела окклюзия сегмента M2 или M3 средней мозговой артерии, и лечение может быть начато в течение 6 часов после появления симптомов.	СЛАБАЯ	B-R	2015-2 Формулировка
5. Хотя польза от применения механической тромбэктомии остается неопределенной, её использование может быть обоснованным для тщательно отобранных пациентов с острым ишемическим инсультом, у которых к заболеванию привела окклюзия передней мозговой артерий, позвоночной артерии, базилярной артерии или задней мозговой артерии, и лечение может быть начато в течение 6 часов после появления симптомов.	СЛАБАЯ	C-EO	2015-2 Формулировка
6. Хотя польза от применения механической тромбэктомии остается неопределенной, её использование может быть обоснованным для тщательно отобранных пациентов с острым ишемическим инсультом, у которых лечение может быть начато в течение 6 часов после появления симптомов и которые отвечают следующим критериям: (1) результат >1 по модифицированной шкале Рэнкина; (2) <6 по шкале ASPECTS или результат по NIHSS <6, и у которых к заболеванию привела окклюзия внутренней сонной артерии или проксимальной границы (M1) средней мозговой артерии. Требуются дополнительные данные рандомизированных исследований.	СЛАБАЯ	B-R	2015-2
7. Механическая тромбэктомия рекомендована в окне от 6 до 16 часов после появления симптомов отдельным пациентам с острым ишемическим инсультом в результате окклюзии больших сосудов в бассейне сонной артерии, удовлетворяющим другим критериям DAWN или DEFUSE 3.	СТРОГАЯ	A	Новая рекомендация

Тромболитическая терапия. Тромбоэкстракция

8. Механическая тромбэктомия целесообразна в окне от 16 до 24 часов после появления симптомов для отдельных пациентов с острым ишемическим инсультом в результате окклюзии больших сосудов в бассейне сонной артерии, удовлетворяющих другим критериям DAWN.	НЕ СТРОГАЯ	B-R	Новая рекомендация

2. У пациентов, в отношении которых рассматривается назначение механической тромбэктомии, не должна проводиться оценка клинического ответа на ВВ алтеплазу.	ВРЕД	B-R	2015-2 Пересмотр

11. Использование стентов-ретриверов более предпочтительно, чем использование техники механического удаления эмболов при церебральной ишемии (MERCI).	СТРОГАЯ	A	2015-2

Тромболитическая терапия. Тромбоэкстракция

10. У пациентов, которым потенциально показана механическая тромбэктомия, проведение нейровизуализации экстракраниальной сонной и позвоночной артерий в дополнение к нейровизуализации внутричерепного кровообращения целесообразно для получения информации, необходимой для планирования эндоваскулярных процедур.	НЕ СТРОГАЯ	C-ED	Новая рекомендация
11. Дополнительная нейровизуализация, кроме КТ и КТА или МРТ и МРА, в частности перфузионные исследования, для назначения пациентам механической тромбэктомии в первые 6 часов не рекомендована.	НЕТ ПОЛЬЗЫ	B-R	Новая рекомендация

12. Для решения об использовании механической тромбэктомии у пациентов с острым ишемическим инсультом при информации об окклюзии больших сосудов в бассейне сонной артерии в окне от 6 до 24 часов рекомендовано проведение КТ-перфузии, диффузионной МРТ или МРТ-перфузии, однако только в тех случаях, когда визуализация и другие критерии выбора, основанные на рандомизированных клинических исследованиях, демонстрирующих пользу, применяются в строгом соответствии с протоколом.	СТРОГАЯ	A	Новая рекомендация
Nogueira RG et al. DAWN Trial Investigators. Thrombectomy 6 to 24 hours after stroke with a mismatch between deficit and infarct [published online ahead of print November 11, 2017]. N Engl J Med. doi: 10.1056/NEJMoa1706442. http://www.nejm.org/doi/full/10.1056/ NEJMoa1706442. Albers GW et al.; on behalf of the DEFUSE 3 Investigators. Thrombectomy for stroke with perfusion imaging selection at 6–16 hours. N Engl J Med. In press.			
13. Учет данных о статусе коллатерального тока в клиническом решении о целесообразности проведения механической тромбэктомии у некоторых пациентов может быть обоснованным.	СЛАБАЯ	C-LD	2015-2 Пересмотр

Тромболитическая терапия. Тромбоэкстракция

Table. TIMI and mTICI Scales

TIMI	Angiographic Criteria	mTICI	Angiographic Criteria
0	No perfusion	0	No perfusion
1	Minimal flow past the occlusion with little to no perfusion	1	Minimal flow past the occlusion with little to no perfusion
2	Antegrade partial perfusion of the downstream ischemic territory	2a	Antegrade partial perfusion of less than half of the downstream ischemic territory
		2b	Antegrade partial perfusion of half or greater of the downstream ischemic territory
3	Antegrade complete perfusion of the downstream ischemic territory	3	Antegrade complete perfusion of the downstream ischemic territory

Perfusion signifies capillary opacification or blush angiographically. mTICI indicates modified thrombolysis in cerebral infarction; and TIMI, thrombolysis in myocardial infarction.

Хирургическое лечение

1. Польза от неотложной или срочной эндартерэктомия сонной артерии, когда клинические показания или нейровизуализация головного мозга указывают на небольшой инфаркт со значительной зоной риска (напр., пенумбра) вследствие нарушенного кровотока, связанного с критическим стенозом или окклюзией сонной артерии, а также в случае острого неврологического дефицита после эндартерэктомии сонной артерии с подозрением на острый тромбоз в области хирургического вмешательства, должным образом не изучена.	СЛАБАЯ	B-NR	2013-1
2. У пациентов с нестабильным неврологическим статусом (напр., прогрессирующий инсульт) эффективность неотложной или срочной эндартерэктомии сонной артерии должным образом не изучена.	СЛАБАЯ	B-NR	2013-1 Формулировка

7. Пациентам старше 60 лет с односторонним инфарктом в бассейне срединной мозговой артерии и ухудшающейся в течение 48 часов неврологической симптоматикой вопреки проводимой терапии, может рассматриваться проведение декомпрессирующей краниотомии, так как снижает смертность приблизительно на 50%, при этом 11% пациентов, выживших после операции, восстанавливаются до уровня умеренной инвалидизации (способны ходить, 3 по модифицированной шкале Рэнкина), но не восстанавливают самостоятельность (≤2 по модифицированной шкале Рэнкина) в течение первого года.	СЛАБАЯ	B-R	2014-1 Пересмотр

Хирургическое лечение

6. In patients ≤60 years of age with unilateral MCA infarctions who deteriorate neurologically within 48 hours despite medical therapy, decompressive craniectomy with dural expansion is reasonable because it reduces mortality by close to 50%, with 55% of the surgical survivors achieving moderate disability (able to walk) or better (mRS score 2 or 3) and 18% achieving independence (mRS score 2) at 12 months.	**IIa**	**A**

The pooled results of RCTs demonstrated significant reduction in mortality when decompressive craniectomy was performed within 48 hours of malignant MCA infarction in patients <60 years of age, with an absolute risk reduction in mortality of 50% (95% CI, 34–66) at 12 months.[247] These findings were noted despite differences in the clinical trials in terms of inclusion and exclusion criteria, percent of MCA territory involved, and surgical timing.[248,249] At 12 months, moderate disability (ability to walk) or better (mRS score 2 or 3) was achieved in 43% (22 of 51) of the total surgical group and 55% (22 of 40) of survivors compared with 21% (9 of 42; P=0.045) of the total nonsurgical group and 75% (9 of 12; P=0.318) of the nonsurgical survivors. At 12 months, independence (mRS score 2) was achieved in 14% (7 of 51) of the total surgical group and 18% (7 of 40) of survivors compared with 2% (1 of 42) of the total nonsurgical group and 8% (1 of 12) of the nonsurgical survivors.[245,247–250]

Нейрореанимация

2. Польза срочной антикоагуляции у пациентов с тяжелым стенозом внутренней сонной артерии, ипсилатеральной ишемическому инсульту, должным образом не изучена.	СЛАБАЯ	B-NR	2013-1
3. Безопасность и полезность краткосрочной антикоагуляции при неокклюзирующем экстракраниальном внутрипросветном тромбозе при остром ишемическом инсульте должным образом не изучены.	СЛАБАЯ	C-LD	Новая рекомендация

3.12. Нейропротекция			
1. На данный момент ни одна фармакологическая или иная терапия с предполагаемым нейропротекторным действием не продемонстрировала эффективность в улучшении результатов лечения пациентов с ишемическим инсультом. Использование нейропротекторных средств не рекомендуется.	НЕТ ПОЛЬЗЫ	A	2013-1 Формулировка

Нейрореанимация

1. Для лечения пациентов с острым ишемическим инсультом гемодилюция за счет дополнительного объема не рекомендуется.	НЕТ ПОЛЬЗЫ	А	2013-1

2. The benefit of induced hypothermia for treating patients with ischemic stroke is not well established. Hypothermia should be offered only in the context of ongoing clinical trials.	**IIb**	**B-R**
Hypothermia is a promising neuroprotective strategy, but its benefit in patients with AIS has not been proven. Most studies suggest that induction of hypothermia is associated with an increase in the risk of infection, including pneumonia.[135–138] Therapeutic hypothermia should be undertaken only in the context of a clinical trial.		

Нейрореанимация

3. Вспомогательная подача кислорода не рекомендуется для пациентов с острым ишемическим инсультом без признаков гипоксии.	НЕТ ПОЛЬЗЫ	B-R	2013-1 Формулировка

2. У пациентов с АД < 220/120 мм рт. ст., не получавших ВВ алтеплазу или эндоваскулярную терапию и не имеющих сопутствующих заболеваний, требующих срочной антигипертензивной терапии, начало или возобновление медикаментозного снижения АД в течение первых 2-3 суток после острого ишемического инсульта не эффективно для снижения летальности или инвалидизации.	НЕТ ПОЛЬЗЫ
3. У пациентов с АД ≥220/120 мм рт. ст., не получавших ВВ алтеплазу или эндоваскулярную терапию и не имеющих сопутствующих заболеваний, требующих срочной антигипертензивной терапии, польза от её инициации или возобновления в течение первых 2-3 суток после острого ишемического инсульта не очевидна. Может быть целесообразным снижение АД на 15% в течение первых 24 часов после инсульта.	СЛАБАЯ

Нейрореанимация

9. Использование осмотической терапии для пациентов с клиническим ухудшением, вызванным отеком головного мозга при мозжечковом инсульте, целесообразно.	НЕ СТРОГАЯ	C-LD	2014-1 Формулиров
10. Краткосрочная умеренная гипервентиляция (целевое напряжение углекислого газа в крови – 30–34 мм рт. ст.) – целесообразное лечение для пациентов с острым тяжелым ухудшением неврологической симптоматики, вызванной отеком головного мозга, в качестве временной меры перед более радикальным лечением.	НЕ СТРОГАЯ	C-EO	Новая реко мендация
12. Для лечения отека головного мозга и повышенного внутричерепного давления, осложняющих течение ишемического инсульта, в связи с отсутствием данных об эффективности и возможностью увеличения риска инфекционных осложнений не должны назначаться кортикостероиды (ни в конвенциональных, ни в больших дозах).	ВРЕД	A	2013-1 Формулиро

Лабеталол 10–20 мг ВВ 1–2 мин, можно повторить 1 раз; или
Никардипин 5 мг/ч ВВ, титрировать по 2.5 мг/ч каждые 5–15 мин, максимальная доза 15 мг/ч; после достижения целевого значения АД отрегулировать для его поддержания в необходимых пределах; или
Клевидипин 1–2 мг/ч ВВ, титрировать, удваивая дозу каждые 2–5 мин до достижения целевого АД; максимальная доза – 21 мг/ч

Вторичная профилактика

1. Рекомендуется назначение аспирина пациентам с острым ишемическим инсультом в течение первых 24-48 часов после начала. Для пациентов, получающих ВВ алтеплазу, назначение аспирина обычно производится по прошествии 24 часов после завершения терапии, однако может рассматриваться при наличии сопутствующих проблем, для которых лечение аспирином, назначаемым в отсутствие алтеплазы ВВ, обеспечивает существенную пользу или отсрочивание такого лечения связано с существенным риском.	СТРОГАЯ	A	2013-1 Пересмотр

5. Для пациентов с малым инсультом 21-дневный курс двойной антиагрегантной терапии (аспирин и клопидогрел), начатой в течение первых 24 часов, может быть полезен для ранней вторичной профилактики инсульта на период до 90 дней с момента появления симптомов.	НЕ СТРОГАЯ	B-R	Новая рекомендация

6. Эффективность использования флуоксетина или иных селективных ингибиторов обратного захвата серотонина для восстановления двигательных функций не изучена должны образом.	СЛАБАЯ	C-LD	2016

Вторичная профилактика

7. Для пациентов с острым ишемическим инсультом и геморрагической трансформацией начало или продолжение антитромботической или антикоагуляционной терапии может рассматриваться в зависимости от клинического сценария и показаний.	СЛАБАЯ	B-NR	2014 Пересм

3. Пациентам с клинически выраженным атеросклеротическим сердечно-сосудистым заболеванием, которым показана высокоинтенсивная терапия статинами, при наличии противопоказаний к ней или предрасположенности к связанным с приемом статинов побочным эффектам, умеренно интенсивное лечение статинами должно использоваться в качестве вторичного варианта, если переносится пациентом.	СТРОГАЯ	A	2013-3

2. For patients who have a noncardioembolic AIS while taking aspirin, increasing the dose of aspirin or switching to an alternative antiplatelet agent for additional benefit in secondary stroke prevention is not well established.	**IIb**	**B-R**

Вторичная профилактика

6.10. Помощь в отказе от курения			
1. Работники здравоохранения должны настойчиво рекомендовать каждому пациенту с острым ишемическим инсультом, курившему в течение последнего года перед заболеванием, отказаться от курения.	СТРОГАЯ	C-EO	2014-3 Формулиров
2. Консультационная помощь, препараты, замещающие никотин, и пероральные средства эффективно помогают курильщику отказаться от курения.	СТРОГАЯ	A	2014-3

6.11. Информация об инсульте			
1. Рекомендуется информировать пациентов об инсульте. Необходимо обеспечивать пациентов информацией о влиянии заболевания на их жизнь, давать им необходимые советы и предоставлять возможность обсуждать эту тему с врачом.	СТРОГАЯ	C-EO	2016

Профилактика осложнений

4.8. Профилактика тромбоза глубоких вен			
1. Для снижения риска тромбоза глубоких вен пациентам, не способным к самостоятельному передвижению после инсульта, в отсутствие противопоказаний и в дополнение к рутинному уходу (аспирин и гидратация) рекомендуется переменная пневмокомпрессия.	СТРОГАЯ	B-R	2016 Пересмотр
2. Польза от профилактических доз подкожного гепарина (нефракционированного либо низкомолекулярного) у пациентов с острым ишемическим инсультом, не способных к самостоятельному передвижению, должным образом не изучена.	СЛАБАЯ	A	Новая рекомендация
3. При профилактическом использовании антикоагулянтов преимущество назначения профилактических доз низкомолекулярного гепарина перед назначением профилактических доз нефракционированного гепарина не очевидно.	СЛАБАЯ	B-R	Новая рекомендация
4. При ишемическом инсульте не должен использоваться эластичный компрессионный трикотаж.	ВРЕД	B-R	2016 Формулиров

Профилактика осложнений

2. The benefit of prophylactic-dose subcutaneous heparin (unfractionated heparin [UFH] or LMWH) in immobile patients with AIS is not well established.	**IIb**	**A**

The most recent and comprehensive meta-analysis of pharmacological interventions for venous thromboembolism prophylaxis in AIS included 1 very large trial (n=14 578) and 4 small trials of UFH, 8 small trials of LMWHs or heparinoids, and 1 trial of a heparinoid.[240] Prophylactic anticoagulants were not associated with any significant effect on mortality or functional status at final follow-up. There were statistically significant reductions in symptomatic pulmonary embolisms (OR, 0.69; 95% CI, 0.49–0.98) and in DVTs, most of which were asymptomatic (OR, 0.21; 95% CI, 0.15–0.29). There were statistically significant increases in symptomatic intracranial hemorrhage (OR, 1.68; 95% CI, 1.11–2.55) and symptomatic extracranial hemorrhages (OR, 1.65; 95% CI, 1.0–2.75). There may be a subgroup of patients in whom the benefits of reducing the risk of venous thromboembolism are high enough to offset the increased risks of intracranial and extracranial bleeding; however, no prediction tool to identify such a subgroup has been derived.[197,198,240]

ГДЕ НАЙТИ?

Эту презентацию
Гайдлайн
Таблицу по применению актилизе

Общебольничная папка – НЕВРОЛОГИЯ - ДОЛГАНОВ – ОТДЕЛЕНИЕ