Ишемический инсульт и транзиторная ишемическая атака

Клинические рекомендации Минздрава России · взрослые, дети · редакция 2024 г., статус «Применяется» на 04.11.2026 · МКБ-10: G45.0, G45.1, G45.2, G45.3, G45.4, G45.8, G45.9, G46.0 · Ассоциация нейрохирургов России, Всероссийское общество неврологов, Национальная ассоциация по борьбе с инсультом

Ишемический инсульт — фокальный инфаркт мозга; ТИА — краткий эпизод очаговой ишемии без острого инфаркта по нейровизуализации. Главное в рекомендации — быстро подтвердить тип ОНМК, не задержать реперфузию, контролировать витальные параметры и рано начать профилактику осложнений.

Главное

- ИИ диагностируют при объективных признаках фокального ишемического повреждения или при очаговой симптоматике ≥24 ч после исключения других причин; ТИА — симптомы ≤24 ч и нет острого инфаркта, включая DWI-МРТ.
- Клиника не отличает ишемический инсульт от геморрагического: всем пациентам с подозрением на инсульт нужна КТ или МРТ головного мозга.
- Взрослым пациентам с признаками ОНМК экстренно проводят бесконтрастную КТ или МРТ головного мозга с получением заключения в течение 40 мин от поступления (УУР А, УДД 1).
- Для внутривенной ТЛТ до начала нужно АД <185/110 мм рт. ст.; в первые 24 ч после ТЛТ — <180/105 мм рт. ст. (УУР А, УДД 2). Без реперфузии АД обычно не снижают, если оно ≤220/120 мм рт. ст. (УУР А, УДД 1).
- Алтеплаза показана пациентам с ИИ с 16 лет в первые 4,5 ч от начала заболевания (УУР А, УДД 1); стандартная доза — 0,9 мг/кг, максимум 90 мг, 10% болюсом за 1 мин, 90% инфузией.
- При неизвестном времени начала или инсульте пробуждения ТЛТ алтеплазой возможна у отобранных пациентов: DWI/FLAIR-несоответствие при МРТ и не более 12 ч от последнего контакта либо перфузионное несоответствие; если показана/планируется тромбэктомия, эти рекомендации не применяют.
- ЦВТ следует подозревать при нетипичной клинике/нейровизуализации, особенно у молодых: новая нарастающая головная боль, усиление лежа/при натуживании, судороги, рвота, зрительные нарушения, отек диска зрительного нерва.

Диагностика

1. Соберите жалобы и анамнез: внезапные очаговые и общемозговые симптомы, точное время дебюта; если неизвестно — время последнего контакта без симптомов. Уточните заболевания, препараты, антикоагулянты и время последнего приема (УУР С, УДД 5).
2. При поступлении оцените дыхательные пути, дыхание, кровообращение и неврологический статус (УУР С, УДД 5); неврологический дефицит оценивают по NIHSS/PedNIHSS, уровень сознания — по шкале Глазго и/или FOUR (для шкал Глазго/FOUR: УУР С, УДД 4). Скрининг глотания выполните до еды и пероральных лекарств в первые 3 ч пребывания в реанимации/ПИТ (УУР С, УДД 5).
3. Сразу определите глюкозу крови: это единственный лабораторный показатель, обязательный перед ТЛТ при наличии показаний. При приеме варфарина оцените МНО, при дабигатране — тромбиновое время; ожидание рутинной коагулограммы без подозрения на коагулопатию нецелесообразно.
4. Выполните бесконтрастную КТ или МРТ головного мозга экстренно; результат у взрослых должен быть готов в течение 40 мин от поступления (УУР А, УДД 1). При КТ используйте ASPECTS для оценки ранних ишемических изменений (УУР С, УДД 4).
5. Если взрослый пациент поступил ≤6 ч, NIHSS ≥6, ASPECTS ≥6 и доинсультная mRS 0–2, выполните КТА или МРА от дуги аорты для поиска окклюзии вне- и/или внутричерепной артерии (УУР В, УДД 2).
6. При ТИА оцените сосуды головы и шеи лучевыми и/или ультразвуковыми методами для выявления стеноза или окклюзии (УУР А, УДД 1).
7. Всем пациентам с ИИ/ТИА зарегистрируйте ЭКГ при поступлении, не задерживая реперфузию; взрослым выполните ЭКГ-мониторинг или Холтер ≥24 ч, а при ESUS с признаками предсердной кардиопатии — Холтер ≥72 ч или петлевой регистратор.

Лечение

- В первые сутки минимум мониторируйте неврологический статус, ЧСС, АД, температуру и SpO2; в исследованиях отделений ОНМК наблюдение проводили минимум каждые 4 ч первые 72 ч (УУР С, УДД 5).
- Кислород давайте только при SpO2 < 94% для поддержания сатурации (УУР А, УДД 1). При снижении сознания или бульбарной дисфункции обеспечьте проходимость дыхательных путей; ИВЛ следует рассмотреть при угнетении сознания, признаках ВЧД, генерализованных судорогах или дислокации.
- АД без реперфузии не снижайте, если оно ≤220/120 мм рт. ст.; при >220/120 мм рт. ст. снижайте примерно на 15% за первые 24 ч. Перед ТЛТ стабилизируйте АД < 185/110 мм рт. ст., далее поддерживайте < 180/105 мм рт. ст.
- Корректируйте гипергликемию с целевым диапазоном 7,8–9,9 ммоль/л; избегайте и немедленно лечите гипогликемию < 3,7 ммоль/л.
- В/в ТЛТ в первые 4,5 ч: алтеплаза с 16 лет (УУР А, УДД 1), рекомбинантный белок со стафилокиназной последовательностью 10 мг у взрослых (УУР С, УДД 2) или тенектеплаза 0,25 мг/кг, максимум 25 мг, однократный болюс 5–10 с как альтернатива алтеплазе (УУР А, УДД 2).
- Если пациент на ПОАК: ТЛТ алтеплазой допустима при последнем приеме >48 ч и клиренсе креатинина по Кокрофту–Голту >80 мл/мин. Для дабигатрана при 12–48 ч/клиренсе креатинина < 80 мл/мин/неизвестном времени ориентируйтесь на тромбиновое время; при его повышении перед ТЛТ вводят идаруцизумаб 5 г. Для ривароксабана/апиксабана нужна отсутствующая анти-Xa-активность; при приеме < 12 ч ТЛТ не проводят.
- После ТЛТ антитромботическую терапию обычно откладывают на 24 ч; раньше — только если отказ создает существенный риск тромбоза/эмболии, с индивидуальной оценкой риска и решением врачебной комиссии.
- У иммобилизованных взрослых профилактику ТГВ/ТЭЛА подбирайте индивидуально: перемежающаяся пневмокомпрессия (УУР В, УДД 2) и/или профилактические дозы НФГ 5000 ЕД подкожно 2–3 раза/сут или НМГ; НМГ предпочтительнее НФГ (УУР А, УДД 1). Компрессионные чулки не используйте (УУР А, УДД 1).

Когда направить и как наблюдать

- Пациента с предполагаемым ОНМК должен осмотреть невролог не позднее 10 мин от поступления в стационар, чтобы не задержать реперфузию и базисную терапию (УУР С, УДД 5).
- При обширном инфаркте и высоком риске злокачественного отека мозга нужен ранний осмотр нейрохирурга для решения вопроса о декомпрессии.
- После ТЛТ и/или механической тромбэктомии при клиническом ухудшении выполните повторную КТ или МРТ через 22–36 ч от начала заболевания; при росте NIHSS ≥4 балла — экстренную повторную КТ.
- При подозрении на ЦВТ первично выполняйте контрастную МР-венографию или КТ-венографию; катетерная ангиография нужна при противоречивых данных, подозрении на артериовенозную фистулу или планировании эндоваскулярного лечения.

Частые вопросы

Чем ТИА отличается от ишемического инсульта?

При ТИА очаговый неврологический дефицит длится ≤24 ч и нет признаков острого инфаркта на нейровизуализации, включая DWI-МРТ. При ИИ есть объективное фокальное ишемическое повреждение или симптомы сохраняются ≥24 ч/до смерти после исключения других причин.

Можно ли начинать ТЛТ до результатов всех анализов?

Перед ТЛТ обязательно знать глюкозу крови. Рутинные МНО, АЧТВ и тромбоциты не должны задерживать тромболизис, если нет подозрения на коагулопатию; исключения — прием варфарина, дабигатрана или ингибиторов Xa.

Какое АД допустимо для внутривенного тромболизиса?

До начала ТЛТ нужно снизить и стабилизировать АД до < 185/110 мм рт. ст. В течение как минимум первых 24 ч после терапии поддерживают < 180/105 мм рт. ст.

Что делать при инсульте пробуждения?

Если время начала неизвестно, но прошло не более 12 ч от последнего контакта, ТЛТ алтеплазой возможна при DWI/FLAIR-несоответствии на МРТ и отсутствии показаний к механической тромбэктомии. Также возможен отбор по перфузионному несоответствию в пределах указанных в рекомендации временных окон.

Когда подозревать церебральный венозный тромбоз?

Подозрение усиливают новая или нарастающая головная боль, усиление лежа, при кашле/натуживании, судороги, изолированная рвота, спутанность, зрительные нарушения, лихорадка, менингеальные признаки или отек диска.

Выжимка сделана по тексту рекомендации и не заменяет его. Полный официальный текст, калькуляторы и сокращённая версия: https://школасеченова.рф/cr/814-ishemicheskij-insult-i-tranzitornaya-ishemicheskaya-ataka. Официальный источник: https://cr.minzdrav.gov.ru/preview-cr/814_1