

## Третя конференція Європейської інсультної організації (16—18 травня 2017 року, Прага, Чехія)

Третя конференція Європейської інсультної організації (ESO), яка проходила 16—18 травня 2017 р. у м. Празі, об'єднала понад 4200 учасників із 100 країн. Напередодні відкриття конференції представники 25 країн Східної Європи зібралися, щоб обговорити результати впровадження програми ESO-EAST. Уперше були представлені та порівняні дані реєстру якості надання допомоги при інсульті RES-Q (Registry of Stroke Care Quality).

На першому пленарному засіданні конференції були презентовані результати шести клінічних досліджень, у чотирьох з яких отримано позитивні результати. Вперше було продемонстровано (дослідження CLOSE та Gore-REDUCE), що закриття відкритого овального вікна дає змогу зменшити ризик повторних інфарктів головного мозку в пацієнтів з інсультом невстановленої етіології. У дослідженні Gore-REDUCE показано зниження на 77 % кількості повторних інсультів та зменшення на 49 % кількості нових «німих» інфарктів головного мозку на магнітно-резонансній томограмі при закритті відкритого овального вікна міжпередсердними оклюдерами GORE, HELEX і CARDIOFORM. Ефективного закриття відкритого овального вікна було досягнуто у 94,5 % пацієнтів. Виявлено незначне підвищення ризику появи фібриляції передсердь при виконанні цієї процедури (6,6 % проти 0,4 %,  $p < 0,001$ ). Проф. Jean-Louis Mas оприлюднив результати дослідження CLOSE. У цьому дослідженні встановлено 5-річне абсолютне зниження ризику повторного інсульту в 4,9 % пацієнтів, яким проведено кризькатетерне закриття відкритого овального вікна, і незначне підвищення ризику розвитку фібриляції передсердь під час виконання цієї процедури. При використанні у пацієнтів не хірургічної, а медикаментозної терапії антикоагулянтами або антиагрегантами ризик повторного інсульту не був суттєвим. Пацієнти, залучені в обидва дослідження, були ретельно відібрані. У них було заперечено іншу кардіальну та судинну патологію, яка могла бути причиною розвитку інсульту. У дослідженні CLOSE були відібрані пацієнти з вираженим право-лівопередсердним шунтом (понад 30 мікробульбашок у лівому передсерді протягом трьох серцевих циклів після контрастування правих відділів серця у стані спокою чи під час проведення провокаційних маневрів при транссторакальній або трансезофагеальній ехокардіографії) чи з передсердною септальною (передньою)

аневризмою. В дослідження Gore-REDUCE були залучені пацієнти з різним об'ємом шунта (у 80 % — помірного або значного ступеня вираження). Отримані дані можуть значно змінити клінічну практику для багатьох пацієнтів з невизначеною етіологією інсульту, які раніше були позбавлені специфічних лікувальних підходів.

У дослідженні DAWN (Clinical Mismatch in the Triage of Wake Up and Late Presenting Strokes Undergoing Neurointervention with Trevo) отримано дані про те, що механічна тромбектомія із застосуванням стент-ретривера Trevo ефективна в пацієнтів, госпіталізованих у терміни від 6 до 24 год від появи перших симптомів інсульту, або для лікування інсульту, симптоми якого розвинулися під час сну. Дослідження було закінчено достроково після досягнення поставлених цілей. У дослідження залучили 200 хворих з оклюзією магістральних церебральних судин. Середня тривалість періоду від появи первинних симптомів становила 13 год. Усім пацієнтам проведено комп'ютерну томографію головного мозку в перфузійному режимі або магнітно-резонансну томографію в дифузійно-зваженому режимі. Критерії залучення варіювали залежно від віку. Так, для пацієнтів віком понад 80 років об'єм інфарктного ядра мав становити 0—21 мл, тяжкість неврологічного дефіциту за шкалою NIHSS  $\geq 10$  балів, для хворих віком менше 80 років — відповідно 0—31 мл та  $\geq 10$  балів або 31—51 мл і  $\geq 20$  балів. Установлено, що у пацієнтів, яким проводили механічну тромбектомію, на 73 % зменшилася залежність у повсякденній активності. Кількість пацієнтів, яких необхідно пролікувати, щоб досягти функціональної незалежності на 90-ту добу, становила 2,8. Тромбектомія поліпшувала сприятливий функціональний наслідок пацієнтів на 35 % (0—2 бали за модифікованою шкалою Ренкіна (МШР) досягнуто у 48,6 % пацієнтів, котрим проводили оперативне втручання, порівняно з 13,1 % осіб, які отримували медикаментозну терапію). Залишається актуальним підхід — що раніше розпочато терапію пацієнтів, то кращим буде клінічний наслідок. Отримані результати вплинуть на проведення наступних клінічних досліджень. Так, проф. Yvo Roos та група дослідників з Амстердама (Нідерланди) планують проведення дослідження MR CLEAN LATE, в яке відбиратимуть пацієнтів для тромбектомії з урахуванням

даних КТ-ангіографії, зокрема з візуалізацією колатерального кровопостачання.

Проф. Sun U Kwon та проф. Eun-Jae Lee з Кореї презентували результати дослідження PICASSO (Prevention of CArdiovascular Events in iSchemic Stroke Patients with High Risk of Cerebral Risk of Cerebral Hemorrhage). Установлено, що застосування пробуколу (препарату з антиоксидантними та ліпідознижувальними властивостями) значно зменшує ризик повторних кардіоваскулярних подій серед пацієнтів з ішемічним інсультом та високим ризиком розвитку геморагічного інсульту (геморагічний крововилив або множинні дрібні крововиливи в анамнезі). Пробукол — це препарат, який володіє плейотропною дією. Окрім зниження біосинтезу та всмоктування холестерину, препарат зменшує запалення, запобігає ендотеліальній дисфункції та руйнуванню гематоенцефалічного бар'єру. Застосування пробуколу (по 250 мг двічі на добу) в лікуванні пацієнтів з атеротромботичним ішемічним інсультом протягом 21 міс спостереження сприяло суттєвому зниженню частоти повторних інсультів, інфаркту міокарда або кардіоваскулярної смерті (відносний ризик — 0,69; 95% довірчий інтервал — 0,50—0,97;  $p = 0,031$ ) порівняно з групою контролю, яка отримувала стандартну терапію. Не виявлено статистично значущої різниці щодо розвитку геморагічних інсультів між групами пацієнтів. Представлені результати є цікавими та обнадійливими, але необхідно провести додаткові дослідження в різних популяціях, які б дали змогу уточнити механізм дії препарату та зрозуміти, чим зумовлена відмінність у клінічних наслідках — безпосередньою дією лікарського засобу чи інтенсивнішим зниженням рівня холестерину та ліпопротеїнів низької густини у цих пацієнтів.

Nicola Logallo з Норвегії оприлюднив результати порівняння застосування тенектеплази (0,4 мг/кг маси тіла) при проведенні внутрішньовенного тромболізу в пацієнтів з ішемічним інсультом (дослідження NOR-TEST) і альтеплази, яка володіє доведеною дією. В дослідження не залучали хворих з підвищеним ризиком геморагічних ускладнень та хворих, у яких бал за МШР до інсульту був  $\geq 3$ . Установлено відсутність статистично значущої різниці між групами щодо функціональної неспроможності протягом 3 міс спостереження та частоти симптоматичних внутрішньомозкових крововиливів. N. Logallo зазначив, що тенектеплаза має декілька фармакологічних переваг над альтеплазою: вища специфічність до фібрину, триваліша дія, може бути призначена як єдина ін'єкція у вигляді болюсу.

Застосування ранньої інтенсивної когнітивної лінгвістичної терапії протягом 4 тиж після інсульту (дослідження RATS-3 (Rotterdam Aphasia Therapy



Делегати країн-учасниць програми ESO-EAST

Study-3)) не продемонструвало статистично значущої ефективності в реабілітації пацієнтів з афатичними розладами.

Проф. Jonathan Coutinho (Амстердам, Нідерланди) представив у своїй доповіді перші результати невеликого дослідження TO-ACT (Thrombolysis or Anticoagulation for Cerebral Venous Thrombosis), присвяченого лікуванню 63 пацієнтів з тяжким церебральним венозним тромбозом. Пацієнти були рандомізовані в групи ендоваскулярного лікування з проведенням тромболізу та/або механічної тромбектомії або застосування лише пероральних антикоагулянтів. Вивчали клінічний наслідок за МШР через рік після розвитку симптомів. Дослідження не продемонструвало переконливої користі від застосування ендоваскулярних методів лікування.

Проф. Valery Feigin (Нова Зеландія) навів цікаві дані про те, що забруднення повітря є новим провідним чинником ризику розвитку інсульту (17% від усіх чинників ризику розвитку інсульту; у країнах, які розвиваються, частка цього чинника ризику дорівнює 30%).

Секційні засідання були присвячені патології церебральних дрібних судин, особливостям чинників ризику ішемічного інсульту в пацієнтів молодого віку, гендерним відмінностям клінічних виявів інфаркту мозку, обговоренню останніх рекомендацій Європейської інсультної організації щодо лікування післяінсультних судом та епілепсії, профілактиці венозних тромбоемболій у пацієнтів з ішемічним інсультом.

Під час конференції було започатковано співробітництво між Європейською інсультною організацією та Європейським інсультним альянсом (ESO-SAFE), що дасть змогу об'єднати зусилля у боротьбі з інсультом в Європі.

Наступна конференція Європейської інсультної організації відбудеться 16—18 травня 2018 р. у м. Гетеборг (Швеція).

Підготувала К. В. Антоненко