

Jakość dowodu	Definicja	Przykłady
Wysoka	Kiedy uznajemy, że oceniony w badaniach efekt interwencji jest bliski rzeczywistemu	Badania kliniczne z randomizacją, bez poważnych ograniczeń; dobrze zaplanowane badania obserwacyjne z bardzo dużymi efektami (lub innymi czynnikami wpływającymi na duże prawdopodobieństwo wiarygodności)
Średnia	Średnie przekonanie co do prawdziwości uzyskanego efektu: prawdopodobnie oceniony efekt interwencji jest bliski rzeczywistemu, lecz istnieje możliwość, że może się znacznie różnić	Badania kliniczne z randomizacją, z poważnymi ograniczeniami; dobrze zaplanowane badania obserwacyjne z dużymi efektami
Niska	Ograniczone przekonanie co do efektu: oceniony efekt interwencji może się znacznie różnić od rzeczywistego	Badania kliniczne z randomizacją, z bardzo poważnymi ograniczeniami; badania obserwacyjne umiarkowanej jakości lub bez poważnych ograniczeń
Bardzo niska	Nie można mieć przekonania co do ocenionego efektu interwencji: możliwe, że oceniony efekt jest znacząco różny od rzeczywistego	Badania kliniczne z randomizacją, z bardzo poważnymi ograniczeniami i niejednorodnymi wynikami; badania obserwacyjne z poważnymi ograniczeniami (np. serie lub opisy przypadków)

- ▶ Nieinwazyjne badanie naczyń mózgowych (angio-TK lub angio-MR) jest zalecane u pacjentów kwalifikowanych do mechanicznej trombektomii (jakość dowodów – wysoka, poziom zalecenia – silny) oraz u pacjentów z podejrzeniem krwotoku z pękniętego tętniaka lub innej malformacji naczyniowej w celu oceny lokalizacji i morfologii zmiany (jakość dowodów – średnia, poziom zalecenia – silny).

Postępowanie ogólne

Bez zmian w porównaniu z poprzednią wersją wytycznych (1) zalecane jest, aby tylko w przypadku skrajnie wysokich wartości ciśnienia tętniczego (skurczowe > 220 mmHg lub rozkurczowe > 120 mmHg) ostrożnie obniżyć jego wartości w pierwszej dobie o ok. 15-25% wartości początkowej, a w kolejnych dniach należy dążyć do stopniowej normalizacji wartości ciśnienia tętniczego (jakość dowodów – średnia, poziom zalecenia – silny)

U pacjentów z UM niedokrwiennym kwalifikowanych do leczenia reperfuzyjnego jest zalecane przed jego rozpoczęciem obniżenie ciśnienia tętniczego do wartości < 185/110 mmHg (tak jak w poprzedniej wersji wytycznych), stosując w tym celu dożylne leki hipotensyjne o krótkim czasie działania (jakość dowodów – wysoka, poziom zalecenia – silny). W przypadku udaru krwotocznego należy stosować leki hipotensyjne (w pierwszej dobie hospitalizacji preparaty o krótkim czasie działania podawane dożylnie) w celu utrzymania wartości skurczowego ciśnienia tętniczego < 180 mmHg (jakość dowodów – średnia, poziom zalecenia – silny).

U pacjentów ze znaczną hiperglikemią należy podawać insulinę, dążąc do uzyskania glikemii w granicach 140-180 mg/dl (jakość dowodów – niska, poziom zalecenia – silny).

Hipoglikemię < 60 mg/dl należy leczyć według ogólnie przyjętych standardów (jakość dowodów – średnia, poziom zalecenia – silny).

Ze względu na możliwość zaburzeń połykania, każdy pacjent przed rozpoczęciem żywienia doustnego powinien być poddany wystandaryzowanej przesiewowej ocenie zaburzeń połykania (jakość dowodów – średnia, poziom zalecenia – silny).

Leczenie reperfuzyjne

Dożylne leczenie alteplazą (0,9 mg/kg rzeczywistej lub ewentualnie szacunkowej masy ciała pacjenta, maksymalnie – 90 mg) powinno być zastosowane u każdego pacjenta z niedokrwiennym UM spełniającego kryteria kwalifikacji (jakość dowodów – wysoka, poziom zalecenia – silny), a pierwszy bolus alteplazy powinien być podany u przynajmniej połowy chorych w ciągu 60 min od dotarcia do szpitala (tzw. „door-to-needle time”), optymalnie w ciągu 45 min (jakość dowodów – bardzo niska, poziom zalecenia – silny). Niestety, zgodnie z danymi z piśmiennictwa zaledwie ~10-12% pacjentów z udarem niedokrwiennym otrzymuje leczenie trombolityczne (9, 10).

Zgodnie z najnowszymi wytycznymi rutynowe stosowanie dożylnego leczenia alteplazą może być stosowane bez górnej granicy wieku (jakość dowodów – wysoka, poziom zalecenia – silny) oraz u chorych zarówno z niewielkim, jak i bardzo ciężkim zespołem neurologicznym – bez górnej granicy w skali oceny udaru Narodowych Instytutów Zdrowia (National Institutes of Health Stroke Scale – NIHSS), o ile jest możliwe jego rozpoczęcie w ciągu pierwszych 3 godz. od zachorowania (jakość dowodów – niska, poziom zalecenia – silny). Leczenie alteplazą może być zastosowane także w przypadku stwierdzenia w TK mózgu wczesnych zmian niedokrwiennych (rozumianych ja-

Poziom zalecenia	Definicja
Silny na korzyść interwencji	Korzyści z interwencji przewyższają niekorzystny efekt
Słaby na korzyść interwencji	Korzyści z interwencji prawdopodobnie przewyższają niekorzystny efekt, lecz istnieje co do tego znacząca niepewność
Słaby przeciwko interwencji	Niekorzystne efekty interwencji prawdopodobnie przewyższają korzyści, lecz istnieje co do tego znacząca niepewność
Silny przeciwko interwencji	Niekorzystne efekty interwencji przewyższają korzyści

Tab. 2. Siła zaleceń (2)

Zalecenie	Jakość dowodu	Poziom zalecenia
Wszystkie działania zmierzające do zapobiegania i leczenia oraz rehabilitacji chorych z UM powinny być zintegrowane w ramach szczegółowo zaplanowanego systemu pomocy i opieki medycznej w UM, przynajmniej na poziomie lokalnym i regionalnym	Średnia	Silny
Chorzy z podejrzeniem UM powinni być traktowani jako wymagający pilnej i specjalistycznej pomocy medycznej	Wysoka	Silny
We wczesnej fazie UM konieczne jest współdziałanie służb medycznych w ramach „łańcucha przeżycia”	Średnia	Silny

Tab. 3. Wytyczne grupy polskich ekspertów dotyczące ogólnych zasad organizacji opieki nad chorymi z udarem mózgu (2)