

Алгоритми дій, мінімальні умови та складові надання якісної медичної допомоги при гострому інсульті

Частка свідомих, критично налаштованих читачів зі своєю сталою точкою зору з питання, яке розглядається, найімовірніше, скептично або негативно сприймуть викладене нижче. Причина полягає у розбіжностях поглядів, а точніше, в різноманітності уявлень про правила та межі їхнього використання. З одного боку – вимоги регуляторних органів, які, на жаль, викладені доволі загально і навіть «жорстко» – тобто робота має проводитися лише (!) на основі даних доказової медицини (evidence-based medicine). З іншого ж, це звична повсякденна практика, сталі уявлення про «добре» і «погано», «ефективно» та «нейтрально», а також так званий промоційний тиск фармкомпаній, що не завжди є коректним.

Преамбула

У такому важливому питанні, як лікування гострого мозкового інсульту особливе місце належить поняттям «стандарту» або «алгоритм дій» у разі першого і негайного контакту з пацієнтом. Термін «стандарт» використовується в даному контексті у значенні принципів надання медичної допомоги та мінімальних вимог до закладу і персоналу, нижче яких її не може бути здійснено якісно. Саме в такому сенсі поняття «мінімально гарантований обсяг надання медичної допомоги» закладено в реформу системи II-III рівня відповідних установ та є основою відшкодування витрат державою через Національну службу здоров'я України (НСЗУ) за «пролікований випадок» згідно з тарифами щодо діагностично-споріднених груп захворювань і станів.

Мінімально гарантований обсяг надання медичної допомоги абсолютно не означає мінімальної допомоги взагалі. Навпаки, це той обсяг, що гарантує у переважній кількості випадків позитивний, успішний результат (з точки зору як пацієнта, так і медичного персоналу, що спроможний професійно оцінити складність проблеми, ризики, очікування та наслідки). Безумовно, всі випадки є відмінними один від одного за сукупністю факторів, які можуть вплинути на перебіг та кінцеві наслідки, тож однаково оцінювати їх нерозумно, та й неможливо. Але існують також ключові моменти ведення хворого, які не можна оминати, пропустити чи замінити чимось іншим (сурогатним) і при цьому твердити, що «ми зробили для хворого все можливе!». Ці основні терапевтичні аспекти, у послідовності часу їхнього застосування, звично викладають у поняття протоколу. Це документальне описання процедур і дій, відповідальності окремих членів команди, персоналу, а також узгоджене (прийняте консенсусом на певний період) «насищення» фармакологічної складової – мінімальний чи розширений перелік припустимих втручань, медикаментів у процесі лікування хворого.

Останнє є чи не найбільшим каменем спотикання і предметом дискусій, конфліктів інтересів тощо. До того ж слід враховувати дещо відмінні позиції (у нових умовах!) адміністрації закладів (намагання мінімізувати видатки) і лікарів, які можуть мати свою думку щодо користі застосування того чи іншого фармакологічного засобу в конкретній ситуації з пацієнтом. Це не стосується абсолютної необхідності використання певної категорії ліків у випадках ускладнень перебігу (наприклад, антибіотики при інфекційних ускладненнях, пресорні агенти при злоякісній гіпотензії тощо). То є відповідальністю лікарні, та хворий не має нести витрат на життєзберігальні втручання. Мова йде про вибір, приміром, стратегії вторинної профілактики – найкращою для пацієнта комбінації антигіпертензивних ліків чи початок антикоагуляційної терапії у разі інсульту, що виник на тлі фібриляції передсердь (емболічний варіант). Така терапія має стартувати ще під час перебування пацієнта у відділенні, під наглядом, але з наступним продовженням в амбулаторних умовах.

Зважаючи на доволі суттєву вартість окремих ліків і короткий термін спостереження (найчастіше 3-6 днів), доцільно було б передбачити партнерську участь хворого та його родичів, а не гарантувати відповідальність закладу. Це, на мій погляд, стосується і контрверсійних рішень лікарів щодо призначення низки препаратів, які входять в поняття цитопротекторної терапії. Їхнє застосування у нашій країні (як, утім, в усьому світі) досягло рівня «сталої звички» скоріше, ніж отримало міцний фундамент доказовості. Але кардинальні зміни, що настали у розумінні та підходах до лікування інсульту, знову виводять ці питання на рівень актуальних.

Під час 10-го круглого столу представників академічної науки та фарміндустрії, звіт про який надруковано у журналі *Stroke* (2019), дійшли висновку, що в еру реперфузійної терапії нагальним є пошук ефективних стратегій та препаратів із цитопротекторним потенціалом [3]. Ніхто не відміняв патологічних процесів ішемічного каскаду, які визначають пошкодження речовини мозку навіть в умовах вдалої реперфузії та тривають певний час вже за відновлення мозкового кровотоку, продовжуючи негативні впливи на мозок і зменшуючи вірогідність найкращого результату, повноцінного функціонального відновлення. Авторі постулювали необхідність повторної перевірки дії кандидатів у цитопротектори саме в нову еру лікування інсульту, адже «старі» дані не відповідають патофізіологічним відносинам, що складаються за цих обставин. Але за відсутності оновленої доказової бази практично всі клінічні рекомендації з терапії інсульту поки що обережно обмежуються констатацією цього факту, лишаючи вибір на розсуд лікарів-практиків (звичай у настановах робиться акцент на тому, що у певних випадках клініцисти можуть не обмежуватись наявними рекомендаціями, а приймати відповідні рішення, керуючись власними міркуваннями та досвідом).

Мотиви

Головним мотивом написання цієї роботи є розуміння того, що система лікування гострого мозкового інсульту не може бути побудована без чіткого плану, структурованого алгоритму дій, викладеного в документальній формі у вигляді протоколу. В умовах, що настають з 1 квітня цього року, протокол має бути локальним, тобто прив'язаним до конкретних умов закладу, який згодиться надавати повноцінну допомогу при інсульті на своїй території відповідальності. На жаль, розробити (чи оновити) більш-менш всеохоплюючий сучасний документ національного рівня, щоб ним могли користуватись більшість установ у своїй роботі, не встигли. Але дії у цьому напрямку вже ведуться (робоча група МОЗ України з питань інсульту).

Мотивом є також розуміння широкого різноманіття ресурсів та умов надання медичної допомоги, якими володіють різні заклади на різних територіях. Особливо слід враховувати, що серед більш ніж 200 установ, які подали пропозиції до НСЗУ щодо контракування (терапії інсульту), понад половина не має достатнього досвіду сучасного лікування та ведення осіб з інсультом. З огляду на мережеве покриття території та забезпечення доступу для пацієнтів до найближчих фахових закладів, це доволі добре – їхня кількість збільшилася майже вдвічі порівняно з попередньою оцінкою спроможних до цього установ. Але ж досвід, фаховість... Ця публікація покликана привернути увагу насамперед тих спеціалістів, які починають роботу в нових умовах і мають зорієнтуватись у доволі великому обсязі різних настанов, клінічних рекомендацій, промоційних публікацій, урних посилів на наукових форумах тощо. Всім цим, безумовно, можна користуватись, проте лише за наявності основи – сукупності принципів, об'єктивних та вивірених часом і досвідом, підтверджених отриманими результатами.

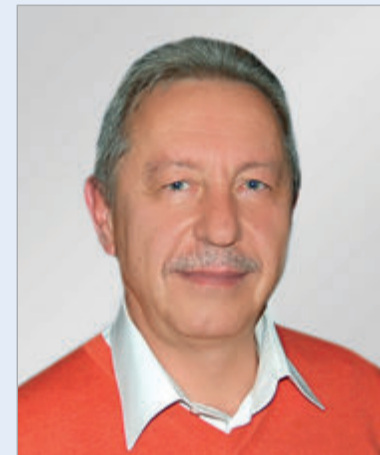
Нарешті, мотивація зумовлена власним досвідом лікування інсульту й організації сучасної структури надання допомоги хворим, що ґрунтується на принципах функціонування інсультного блоку (stroke unit), результатів діяльності якої визнані не тільки в нашій країні, але й фахівцями відомих європейських клінік. До того ж досвід роботи як національного координатора ініціативи Angels протягом останніх трьох років та спілкування із провідними колегами з різних куточків світу остаточно переконали у критичній важливості протокольних підходів до ведення хворих, організації всієї роботи, методів моніторингу, безперервного контролю етапів процесу та конкретних дій кожного із членів команди, об'єктивної оцінки результатів зусиль тощо. Останнє широко відоме як «індикатори якості надання послуг», і принцип їхнього регулярного оприлюднення, закладений у параметри реформи II-III рівня забезпечення допомоги, має слугувати потужним стимулом до розвитку, зростання. Власне, на це й очікують наші пацієнти та суспільство!

Джерела

Викладення принципів організації надання допомоги при інсульті базується на доступних рекомендаціях, розроблених фахівцями провідних країн світу. Наявні настанови доволі незвично відрізняються за суттю, відмінності полягають лише в оцінці рівня доказовості, який шляхом консенсусу групи експертів надається тому чи іншому положенню. Зазвичай експертна група наводить критерії, які використовувала у процесі підготовки документа, серед яких клас (сила рекомендації) [4]:

- I – сильні, що підкріплені фразами «рекомендовано», «показано/корисно/ефективно/успішно», «повинно бути застосовано/використано»; це означає, що перевага значно більша за ризики;
- II – помірної сили, що підкріплено фразами «розумно», «може бути корисним/ефективним/успішним»; це означає, що користь втручання переважає чи, можливо, переважає ризики;
- III – відсутність вигоди, користі або шкідливо, що підкріплено фразами «не рекомендовано», «не показано / не ефективно тощо» або «потенційно шкідливо», «викликає загрозу», «не повинно використовуватись», «асоційоване з підвищеною захворюваністю/смертністю»; це означає, що ризики рівнозначні вигоді від застосування або навіть перевищують її.

Також у критеріях найчастіше наведені рівні (якість) поточних доказів: А (систематичні огляди, метааналіз, кілька однорідних рандомізованих контрольованих досліджень), В (окремі рандомізовані контрольовані дослідження, квазіекспериментальні проекти з великими вибірками та потужністю), С (слабкі докази, експертні висновки, досягнуті шляхом консенсусу) [1, 2]. Позначення рівня доказовості того чи іншого твердження дозволяє користувачеві орієнтуватись в «обсязі докладених зусиль», щоб положення, твердження могли бути сформульовані.



С.П. Московко

При викладенні матеріалу були використані канадські рекомендації щодо лікування гострого інсульту (2018), зокрема, у відповідних місцях вказано рівень доказовості окремих положень, як це наведено в документі [1]. Такий вибір зумовлений тим, що настанови доволі компактні й доступні в українському перекладі в російськомовному виданні *International Journal of Stroke*, тож читач може переконатись у доцільності тих чи інших постулатів в контексті повного документа.

Окрім того, зважаючи на важливість (і корисність!) застосування процедури документального менеджменту осіб з інсультом, рекомендовано звернутись до джерел, які забезпечує Ініціатива Angels в Україні. Це найповніший набір апробованих у найкращих клініках Європи чек-листів, документів контролю дій персоналу, оцінки якості надання допомоги тощо. Їх можна адаптувати до умов і потреб конкретного закладу, а також вони створюють суцільне середовище для злагодженої роботи цілої команди: неврологів, лікарів інтенсивної терапії, радіологів, нейрохірургів, реабілітологів, фахівців мовної терапії, середніх медичних працівників, персоналу невідкладної допомоги. Більшість установ мають інформацію та доступ до консультантів Ініціативи Angels і в найкоротші терміни можуть отримати необхідну допомогу.

Мета

Ключова мета даної публікації – запропонувати зацікавленому читачеві основи створення внутрішнього керівного документа, що регламентує весь процес надання медичної допомоги при гострому інсульті. Це в жодному разі не всеохоплюючий документ, і він не претендує на вичерпність, а лише перший крок у послідовному переході на нову модель організації допомоги, зокрема, з урахуванням фінансових аспектів, оцінки потреб у персоналі, ресурсах тощо.

Базовий крок потрібний для оцінки результатів, ефективності роботи і складання переліку невідкладних змін у перспективі, щоб усунути всі недоліки. Без виміру не може бути оцінки, а без об'єктивного аналізу немає перспектив змін на краще. Надалі передбачається, що процес оновлення та розширення протокольного документа стимулюватиметься визначеними знахідками, недоліками відповідно до оптимальних потреб у досягненні найвищої можливої якості.

Також публікація покликана допомогти у забезпеченні закладів відповідності поточним вимогам НСЗУ до організації лікування інсульту (регуляторний документ!). Слід зазначити, що експертна група виважено мінімізувала вимоги на 2020 р., обмежила їх до абсолютно необхідних, орієнтуючись на базовий (I та II) рівень лікарень невідкладного, інтенсивного лікування. У майбутньому вимоги зростатимуть рік від року таким чином, щоб забезпечити ефективну роботу мережі – від первинних інсультних структур до всеохоплюючих центрів із можливостями проведення ендovasкулярного втручання (ЕВТ), нейрохірургічного лікування за потреби та ранньої інтенсивної реабілітації.

В алгоритмі дій коротко викладені основні складові локального протоколу з доступом до редагування, уточнення чи розширення відповідно до потреб та можливостей конкретного закладу. Необхідні коментарі та клінічні міркування подані курсивом (на кшталт того, як це зроблено в канадських рекомендаціях). Ці клінічні міркування відносяться до тих положень, тез, які ще не набули достатнього рівня доказовості, але активно обговорюються у професійному та експертному середовищах. Зрозуміло, що відповідей на всі запитання надати неможливо (та й не всі наразі сформульовано).

Останнє, що хотілося б підкреслити: ідея, будь-які складові плану дій, зусилля на кожному етапі надання медичної допомоги при інсульті підпорядковані одному модерувальному положенню «час – це мозок!», що має об'єднувати людей і ресурси в єдиний цілісний механізм, забезпечуючи неперервний процес.

Продовження на наст. стор.

Складові алгоритму дії щодо організації надання медичної допомоги при гострому інсульті

Догоспітальна та невідкладна допомога

1. У медичному закладі (...) здійснюється допомога пацієнтам із гострим мозковим інсультом в режимі 24/7.

2. Виявлення осіб із підозрою на інсульт проводять за місцем їхнього перебування (свідки, родичі, медичний персонал амбулаторної мережі). При виявленні випадку одразу ж здійснюється виклик за телефоном екстреної медичної допомоги (103). *Негайне повідомлення диспетчера комунікаційного центру про випадок із підозрою на інсульт має рівень доказовості В, оскільки результатом є прискорення та оптимізація надання медичної допомоги.*

3. При виявленні ознак підозри на інсульт (опитування за елементами тесту FAST) диспетчер комунікаційного центру надає виклику пріоритетного значення для невідкладного транспортування хворого до лікарні з відповідними засобами швидкої діагностики та термінової терапії інсульту (нейровізуалізація та гострий тромболізис), включно із процедурою «код – інсульт» (із попередженням лікарні тощо).

4. Метою допомоги на місці є «виявлення та мобілізація», транспортування у найближчий відповідний медичний заклад, що здійснюється на підставі спеціальної угоди та протоколу дій між службою невідкладної допомоги й медичним закладом.

5. Персонал служби невідкладної допомоги має використовувати валідовані засоби позаликарняної діагностики інсульту, включно з компонентами тестів FAST (обличчя, руки, мовлення, час) або МОЗОК-Час (мовлення, очі/окорохові функції, запаморочення, обличчя, кінцівки – час початку симптомів), про що інформує диспетчера та персонал лікарні (рівень доказовості С).

6. Час перебування пацієнтів із підозрою на інсульт на місці (включно з попередньою діагностикою персоналом екстреної допомоги та з'ясування всіх обставин) має бути якомога коротшим, в ідеалі – менш ніж 20 хвилин до початку транспортування (рівень доказовості С).

7. Початкова оцінка на місці має включати вимірювання рівня глюкози в капілярній крові (рівень доказовості В).

8. Основна інформація, яку запитують диспетчер, персонал екстреної медичної допомоги та передають працівникам закладу: ім'я, дата народження, стать, номер медичної картки (персональні дані не повинні передаватися по системі радіозв'язку!); час початку симптомів інсульту чи час, коли пацієнта бачили востаннє у нормальному стані; ознаки інсульту та попередня оцінка тяжкості, динаміка симптомів впродовж контакту/транспортування, зокрема рівень свідомості, основні вітальні функції, як-то артеріальний тиск (АТ), дихання, пульс; поточна фармакотерапія, якщо відомо (наприклад, застосування антикоагулянтів); попередній функціональний статус/незалежність; додаткові проблеми зі здоров'ям (якщо відомо).

9. Під час транспортування персонал служби екстреної допомоги виконує моніторинг вітальних функцій, реєстрацію електрокардіограми (ЕКГ) – за місцевих умов та можливості, а також забезпечує довірливий доступ (одна лінія). Втручання (особливо відносно артеріальної гіпертензії) здійснюється лише після консультації з персоналом приймаючої лікарні (загалом не рекомендовано знижувати АТ, якщо систолічний не перевищує 220, а діастолічний – 120 мм рт. ст.).

10. Попередження (пренотифікація) приймаючої лікарні здійснюється диспетчером або персоналом екстреної медичної допомоги (виконання процедури «код – інсульт») (рівень доказовості В). Попереднє повідомлення лікарні має відбутися якомога швидше, за спеціальним черговим телефоном, за яким може вестися зв'язок по дорозі (визначення часу прибуття, попередній відбір кандидатів до невідкладної терапії тощо) (рівень доказовості В).

11. Впродовж процедури пренотифікації проводять попередній скринінг потенційних кандидатів на тромболітичну терапію і визначають маршрут пацієнта – одразу на місце проведення нейровізуалізації (КТ або МРТ, найвищий пріоритет). Персонал приймаючої лікарні має зустрічати хворого (за можливості) там, де виконуватиметься процедура нейровізуалізації.

Оцінка та лікування гострого інсульту й транзиторної ішемічної атаки у відповідному медичному закладі

У документі має бути вказано, в яких умовах проводиться прийом пацієнтів з інсультом і лікування – у відділенні невідкладної допомоги (ВНД), неврологічному (спеціалізовані ліжка), нейрохірургічному відділеннях тощо, із вказанням забезпечення медичної допомоги відповідно до вимог НСЗУ.

1. Всі пацієнти, що поступають із підозрою на гострий інсульт або транзиторну ішемічну атаку (ТІА), мають проходити негайну клінічну оцінку та обстеження з метою встановлення діагнозу, виключення імітації інсульту, визначення можливості проведення внутрішньовенної (в/в) тромболітичної терапії та ЕВТ, а також розробки плану наступного лікування, включно з цілями догляду (рівень доказовості А [1]).

2. Пацієнти з підозрою на гострий інсульт повинні пройти швидко початкову оцінку дихальної функції та кровообігу (рівень доказовості А).

3. Слід проводити неврологічне обстеження для визначення локальних неврологічних дефіцитів та аналізу тяжкості інсульту (рівень доказовості А).

4. Потрібно використовувати стандартизовані інструменти для оцінки інсульту, наприклад, шкалу тяжкості інсульту Національного інституту охорони здоров'я США (NIHSS) (рівень доказовості С).

5. Оцінка у гострій фазі має включати такі показники, як частота серцевих скорочень і серцевий ритм, АТ, температура, насичення киснем, стан гідратації, наявність судом (рівень доказовості В).

6. Аналіз крові слід проводити в межах первинної оцінки (рівень доказовості В). Початковий аналіз крові має включати такі показники, як електроліти, рівень глюкози, повний аналіз крові, коагуляційний статус (INR, aPTT) та креатинін.

7. Ці тести не повинні затримувати проведення візуалізації або рішення щодо лікування, а також початок в/в тромболізу та ЕВТ.

8. Судоми, що виникають безпосередньо до або протягом 24 год із моменту початку гострого інсульту, слід лікувати з використанням відповідних препаратів короткої дії (наприклад, діазепаму в/в) за відсутності протипоказань (рівень доказовості С).

9. Окрему минушу судому, що виникає безпосередньо до або протягом 24 год із моменту початку гострого інсульту (вважається «негайною» постінсультною судомою) не слід лікувати протисудомними препаратами тривалої дії (рівень доказовості С).

10. Пацієнтів із негайною постінсультною судомою необхідно контролювати на предмет рецидиву судом під час рутинного моніторингу основних показників життєдіяльності та неврологічного статусу. Повторні судоми в осіб з ішемічним інсультом слід лікувати згідно з рекомендаціями щодо судом при інших неврологічних станах (рівень доказовості С).

11. Профілактичне застосування протисудомних препаратів в осіб із гострим інсультом не рекомендоване (рівень доказовості С).

Зважаючи на важливість та обмеження часу для виконання, перераховані у підрозділі положення при реалізації мають супроводжуватися стандартизованими документами – чек-листами. Це значно скорочує витрати часу, організовує процес, запобігає витоку інформації та забезпечує оптимальне прийняття рішення.

Нейросудинна візуалізація

Нейровізуалізація тканини мозку та судин (за можливості та потреби) – ключовий момент встановлення діагнозу. Хоча слід пам'ятати, що діагноз синдрому інсульту є клінічним (раптовий неврологічний дефіцит, спричинений ішемією або крововиливом у мозок) і не потребує підтвердження (в перші години при ішемії поширені методи візуалізації, такі як неконтрастна КТ, не знаходять відповідних змін). Тому в документі мають бути детально описані умови виконання нейровізуалізації у конкретній установі: де проводиться, на яких підставах (договір із конкретним власником, якщо обладнання належить приватній особі чи іншому закладу, процедура відшкодування тощо), а також деталі маршруту пацієнта й першого контакту з персоналом приймаючої лікарні. У разі розташування апарату нейровізуалізації поза межами приймаючої лікарні і неможливості чергового лікаря бути присутнім на процедурі інсультної служби, має бути налагоджений онлайн-зв'язок між радіологом та інсультною командою, з доступом до негайної передачі даних, зображень і спільного прийняття рішення щодо випадку.

1. Всі пацієнти з підозрою на гострий інсульт повинні проходити візуалізацію мозку та безконтрастну КТ або МРТ (рівень доказовості А).

2. Всі хворі з підозрою на гострий ішемічний інсульт, які поступають протягом 4,5 год та потенційно можуть потребувати проведення в/в тромболізу, мають проходити негайну візуалізацію мозку з безконтрастною КТ без затримки для визначення можливості проведення тромболізу (рівень доказовості А).

3. Розширену КТ-візуалізацію, наприклад КТ-перфузію або багатофазну чи динамічну КТ-ангіографію (для оцінки піальних колатеральних судин), можна проводити в межах початкової візуалізації (рівень доказовості В). Проте це не має суттєво затримувати рішення про проведення в/в тромболізу із застосуванням тканинного активатора плазміногену (альтеплази) або ЕВТ.

Контроль АТ

1. Ідеальний рівень АТ, що має бути досягнутий та підтримуватися в гіпергострій фазі, поки не встановлений. Фармакологічні засоби та шляхи введення слід обирати так, щоб уникнути різкого зниження АТ (рівень доказовості С).

2. В осіб з ішемічним інсультом, яким можна проводити тромболітичну терапію, дуже високий АТ (>185/110 мм рт. ст.) слід лікувати одночасно з тромболізом, щоб знизити ризик геморагічної трансформації (рівень доказовості В). АТ слід підтримувати <185/110 мм рт. ст. до початку терапії альтеплазою, а також <180/105 мм рт. ст. протягом наступних 24 год після її введення (рівень доказовості С).

3. У пацієнтів з ішемічним інсультом, що є непридатними для призначення тромболітичної терапії, лікування гіпертонії при гострому ішемічному інсульті / ТІА зазвичай не проводять (рівень доказовості С).

4. Екстремальне підвищення АТ (наприклад, систолічного >220 мм рт. ст. або діастолічного >120 мм рт. ст.) слід лікувати, щоб знизити приблизно на 15%, але не більш ніж на 25% протягом перших 24 год, із наступним поступовим зменшенням для досягнення цільових показників із метою довготривалої вторинної профілактики інсульту (рівень доказовості С).

5. Слід уникати швидкого або надмірного зниження АТ, оскільки це може загострити наявну ішемію або викликати її, особливо при внутрішньо-/зовнішньочерепній чи артеріальній оклюзії (рівень доказовості С).

Обстеження серцево-судинної системи

1. У хворих із підозрою на ТІА або ішемічний інсульт слід провести ЕКГ у 12 відведеннях для оцінки серцевого ритму та виявлення фібриляції передсердь або підтвердження структурної хвороби серця, наприклад інфаркту міокарда, гіпертрофії лівого шлуночка (рівень доказовості В).

2. Якщо пацієнт не є гемодинамічно нестабільним, ЕКГ не має затримувати оцінки ймовірності проведення в/в тромболізу та ЕВТ та може бути відкладена до прийняття рішення щодо гострої терапії (рівень доказовості С).

3. В осіб із підозрою на гострий емболічний ішемічний інсульт або ТІА невизначеної етіології, в яких початковий короткостроковий моніторинг ЕКГ не виявляє фібриляції передсердь, але є підозра на кардіоемболічний механізм, рекомендоване продовження контролю ЕКГ упродовж принаймні двох тижнів для покращення виявлення пароксизмальної фібриляції передсердь у певній групі пацієнтів віком >55 років, які ще не отримують антикоагулянтної терапії, але можуть бути потенційними кандидатами для її проведення (рівень доказовості А).

4. Ехокардіографію можна виконувати у пацієнтів із підозрою на кардіологічне походження інсульту, зокрема молодих дорослих та дітей з інсультом, а також за підозри на інфекційний ендокардит (рівень доказовості С).

Контроль рівня глюкози у крові

1. В усіх пацієнтів із підозрою на гострий інсульт потрібно проводити перевірку концентрації глюкози у крові після прибуття до ВНД (рівень доказовості В).

2. Гіпоглікемію слід негайно коригувати (рівень доказовості В).

Додаткові міркування щодо лікування у ВНД

1. Рентгенографія органів грудної клітки має бути виконана у разі свідчень про гостре захворювання серця або легенів (рівень доказовості В). Якщо пацієнт не є гемодинамічно нестабільним, процедуру можна відкласти до прийняття рішення щодо призначення гострої терапії, а також вона не повинна затримувати оцінку можливості проведення в/в тромболізу та ЕВТ.

2. Аналіз ковтальної функції пацієнта має виконати якомога швидше підготовлений спеціаліст із використанням валідованого інструменту в межах початкової оцінки, але вона не повинна затримувати визначення можливості проведення лікування гострого інсульту (рівень доказовості А).

3. В ідеалі перевірку ковтальної функції варто провести протягом 24 год із моменту прибуття до лікарні, зокрема в пацієнтів, що отримують лікування гострого інсульту, як-то в/в введення альтеплази та ЕВТ (рівень доказовості С).

4. Необхідно дотримуватися принципу NPO (*nil per os* – нічого не вводити через рот) до завершення перевірки ковтальної функції для безпеки пацієнта (рівень доказовості В).

5. Не слід використовувати пероральні препарати до закінчення оцінки ковтальної функції за допомогою валідованого інструменту і отримання нормальних результатів (рівень доказовості В); під час періоду NPO доцільно застосовувати альтернативні шляхи, наприклад, в/в або ректальне введення.

6. Клінічний стан пацієнта може змінюватися в перші години після інсульту або ТІА; відповідно, потрібно забезпечити моніторинг ковтальної функції пацієнта після початкового скринінгу (рівень доказовості С).

7. Осіб із порушеною ковтальною функцією слід доправити до відповідного спеціаліста для всебічної оцінки (рівень доказовості В).

8. Слід уникати постійного використання уретральних катетерів через ризик розвитку інфекцій сечовивідних шляхів (рівень доказовості А).

9. Введення уретрального катетера можна розглядати для пацієнтів, що проходять ЕВТ, але це не має затримувати досягнення реперфузії. Потребу в катетері слід переглянути після закінчення ЕВТ. Застосування катетера варто припинити, щойно пацієнт буде здатний випорожнитися самостійно (рівень доказовості С).

10. Введення уретрального катетера до в/в тромболізу зазвичай не потрібне, крім випадків значного затримання сечі, коли пацієнт не здатний випорожнитися. У будь-якому разі, використання катетера не має затримувати гостру терапію (рівень доказовості С).

11. За використання катетера потребу в ньому слід переглядати щоденно і видаляти якомога скоріше (рівень доказовості А).

12. Рідинний статус та затримання сечі варто оцінювати в межах аналізу життєво важливих показників (рівень доказовості С).

13. Надійні стратегії профілактики повинні бути впроваджені для мінімізації ризику інфекцій (рівень доказовості С).

14. Слід регулярно контролювати температуру та знижувати, якщо вона перевищує 37,5 °C (рівень доказовості В).

15. Додатковий кисень пацієнтам із нормальним рівнем насичення не потрібний (рівень доказовості С).

Рекомендації щодо гострої антитромбоцитарної терапії

1. Всі пацієнти з гострим інсультом, які ще не отримують антитромбоцитарного засобу та терапії альтеплазою, повинні негайно прийняти принаймні 160 мг ацетилсаліцилової кислоти (АСК)

в одноразовій ударній дозі, після того як шляхом виконання візуалізації мозку було виключено внутрішньочерепний крововилив та внаслідок успішного скринінгу на предмет дисфагії (рівень доказовості А).

2. Слід продовжити застосування АСК у дозі 81-325 мг/добу на невизначений термін або до призначення альтернативного режиму антитромбоцитарної терапії (рівень доказовості А).

3. У пацієнтів із ТІА, схильних до дуже високого ризику, які мають показник >4 за шкалою ризику інсульту (ABCD2), або з незначним інсультом некардіоемболічного походження (NIHSS 0-3), слід застосувати комбінацію клопидогрелю та АСК протягом 21-30 днів, а потім – антитромбоцитарну монотерапію, наприклад, тільки АСК або клопидогрелем (рівень доказовості А). Мінімальну ударну дозу клопидогрелю від 300 мг (визначена у випробуванні CHANCE) до 600 мг (у дослідженні POINT) та АСК 160 мг слід вводити на початку лікування (рівень доказовості А).

4. Подвійну антитромбоцитарну терапію потрібно розпочинати якомога швидше після візуалізації мозку, протягом 24 год із моменту виникнення симптомів, в ідеалі – впродовж 12 год.

5. Подвійну антитромбоцитарну терапію варто розпочинати до виписки із ВНД.

6. Пацієнтів слід повідомляти, що подвійне антитромбоцитарне лікування АСК та клопидогрелем має тривати тільки 21-30 днів. Хворі мають відновити монотерапію після завершення подвійного лікування та продовжувати її протягом необмеженого часу.

7. У пацієнтів, що отримують альтеплазу, початок застосування антитромбоцитарних засобів слід відкласти, доки сканування через 24 год після тромболізу не виключить внутрішньочерепного крововиливу (рівень доказовості В).

8. В осіб із дисфагією АСК (80 мг/добу) та клопидогрель (75 мг/добу) можна вводити через кишковий зонд, АСК – у формі ректальних супозиторіїв (325 мг/добу) (рівень доказовості А).

Основні елементи комплексного догляду при інсульті та нейросудинного лікування

1. Визнається, що не всі лікарні здатні повною мірою забезпечувати елементи інсультного відділення, однак у кожній мають вживатися заходи для встановлення протоколів і процесів догляду. Мета – реалізувати якомога більше елементів для досягнення оптимального рівня допомоги при інсульті з урахуванням географічного розташування, завантаженості, наявності ресурсів (кадрів, обладнання та фінансування).

2. Забезпечення спеціалізованого догляду за пацієнтами з ішемічним інсультом, внутрішньочерепальним крововиливом та ТІА; у деяких установах він може бути розширений для охоплення пацієнтів із субарахноїдальним крововиливом та іншими нейроваскулярними станами.

3. Створення спеціальної інсультної команди з великим досвідом, що має включати неврологів, медсестер, нейрохірургів, фізіотерапевтів, фахівців із реабілітації, фармацевтів тощо.

4. Узгодження об'єднаної моделі, де всі пацієнти з інсультом перебувають в одній палаті зі спеціальними ліжками під наглядом підготовленого та досвідченого персоналу, включно з фахівцями з реабілітації.

5. Забезпечення доступу до цілодобової візуалізації та інтервенційної нейрорадіології.

6. Забезпечення термінового доступу до нейросудинної хірургії.

7. Розробка протоколів лікування гіпергострого та гострого інсульту, послідовні переходи між стадіями догляду (включно з долікарняною допомогою, ВНД та стаціонарним лікуванням).

8. Розробка протоколів скринінгу на предмет дисфагії з метою оцінки всіх пацієнтів з інсультом без тривалих затримок, перш ніж починати пероральне харчування та застосування препаратів.

9. Надання доступу до реабілітаційних послуг після гострого періоду, як-то стаціонарна реабілітація, допомога у громаді та/або рання контрольована виписка тощо.

10. Початок планування виписки якомога швидше після госпіталізації, передбачаючи потреби під час виписки, щоб забезпечити плавні переходи.

11. Обходи (щоденно або двічі на тиждень) мають здійснюватися міждисциплінарною інсультною командою для аналізу випадків, обговорення процесу лікування хворого, питань або потреб, що виникають у сім'ї, та планування виписки (або переходу на наступний етап догляду, обговорення термінів, вимог до переходу).

12. Формальне та координоване навчання пацієнтів та членів сім'ї з урахуванням індивідуальних потреб.

13. Надання паліативної допомоги у разі потреби, в ідеалі – спеціалізованою командою.

14. Постійний професійний розвиток для всіх співробітників: спеціальні знання, науково обґрунтовані передові практики, розвиток навичок, орієнтування стажерів.

Мобілізація

Мобілізація (переглянуто 2018 р. [1]) означає заохочення пацієнта рухатись у ліжку, сидати, вставати та зрештою ходити.

1. Всі пацієнти з гострим інсультом мають проходити початкову оцінку реабілітологом якомога швидше після госпіталізації (рівень доказовості А).

2. Початковий скринінг та оцінку слід розпочинати протягом 48 год із моменту прибуття до лікарні у безпосередньому контакті з пацієнтом (рівень доказовості С).

3. Реабілітаційну терапію доцільно починати якомога швидше, шойно пацієнт визнається медично здатним брати участь у активній реабілітації (рівень доказовості А).

4. Часта коротка фізична активність із підйманням з ліжка, зокрема сидання, стояння та ходьба, що має починатись

протягом 24 год із моменту початку інсульту, рекомендована за відсутності протипоказань (рівень доказовості В). Інтенсивніші навантаження не вважаються корисними. Слід керуватись клінічним висновком.

Прикінцеві положення

Для тих, хто займатиметься оформленням документа, що регламентує роботу місцевої інсультної служби, важливо підкреслити дві речі:

1. Встановлення критеріїв якості. Це можливо із застосуванням розроблених документів обліку відповідності проведених процедур і фіксації наслідків хвороби, наприклад форми RES-Q 2.0 Європейської організації інсульту (програми ESO-EAST), що використовується більшістю медичних установ у Європі (зокрема, у провідних клініках України). Доступ до форми (паперова чи електронна версія) можливий через консультантів Angels, контакти Української асоціації боротьби з інсультом. Важливо, що запалення та ведення такої форми дозволять виконувати якісний аналіз ситуації та її змін із часом у закладі, приймати правильні організаційні та адміністративні рішення. Від себе добавлю рекомендацію включити у форму дані про функціональний стан пацієнта на 90-й день захворювання, які можна отримати в телефонному режимі, опитуючи хворого чи його родичів за простою модифікованою шкалою Ренкіна (mRS). Тільки оцінка віддаленого результату докладених зусиль може продемонструвати їхню дієвість, корисність або висвітлити наявність проблем – від організації до кваліфікації.

2. Не менш важливо прописати основні правила надання паліативної допомоги, адже певна категорія хворих потребуватиме її. Це включає, зокрема, алгоритм спілкування з родичами пацієнтів – прийняття рішення має бути спільним, інформація – доступною і зрозумілою, позиції сторін – відкритими. Тоді можна досягти консенсусу і уникнути прикрих непорозумінь чи критичних конфліктів. Нижче наведені положення з канадських рекомендацій, які регламентують даний процес. Не можна нехтувати цією важливою складовою [1].

Паліативна допомога та догляд у термінальній стадії

Паліативна допомога – це підхід, сфокусований на комфорті та якості життя осіб із захворюванням, що обмежує тривалість життя, наприклад, обширним інсультом напівкулі або серйозним геморагічним інсультом. Він спрямований на запобігання фізичним, соціальним, психологічним або духовним стражданням пацієнтів з інсультом, їхніх сімей та неофіційних доглядачів. Паліативна допомога може доповнювати терапію, спрямовану на життєзабезпечення або модифікацію ходу хвороби після інсульту, та її не слід обмежувати у пацієнтів, чия смерть неминуча.

Паліативний підхід до догляду означає паліативну допомогу, яку забезпечують неспеціалісти, тобто полегшення основних симптомів та основну психосоціальну допомогу, яку всі клініцисти надають пацієнтам та їхнім родинам.

Догляд у термінальній стадії є частиною паліативного підходу та включає догляд за вмираючими пацієнтами і допомогу їхнім сім'ям та неофіційним доглядачам. Термінальна стадія часто передбачає період змін (наприклад, погіршення функціонального стану), а не раптову подію.

Цілі паліативної допомоги

У разі потенційно поганого прогнозу медична команда може розпочати обговорення цілей догляду з пацієнтом та/або іншою особою, уповноваженою приймати рішення. Це спрямовано на узгодження наступного напрямку догляду та включає визначення попередніх побажань хворого / планування подальшого догляду, а також поточного стану й потреб. Деякими потенційними темами для обговорення можуть бути: бажане місце проведення догляду, припинення певних медичних втручань, заходи для забезпечення комфорту, переваги у разі неминучої смерті (наприклад, реанімація). Підсумок обговорення слід включити у письмовий план, призначений для медичного персоналу, з метою своєчасного забезпечення індивідуальної паліативної допомоги. Стан здоров'я може змінюватися з часом, і цей письмовий план слід переглядати разом зі змінами стану або медичної команди. Цілі догляду можуть у будь-який час змінюватись чи переглядатись пацієнтом та/або іншою особою, уповноваженою приймати рішення.

Рекомендації

1. Надання паліативної допомоги слід забезпечувати у разі дуже серйозного інсульту або наявності тяжких супутніх захворювань із метою оптимізації догляду за пацієнтами й допомоги їхнім сім'ям та неофіційним доглядачам (рівень доказовості В).

2. Міждисциплінарна інсультна команда повинна обговорити з пацієнтом та особами, уповноваженими приймати рішення, поточний стан пацієнта, імовірні наслідки інсульту та узгодити загальний напрям догляду: комфорт або ж продовження тривалості життя та покращення функціонального стану (рівень доказовості В).

3. На основі рішень щодо напрямку догляду міждисциплінарна інсультна команда має регулярно контактувати з пацієнтами, особами, уповноваженими приймати рішення, членами сім'ї та неофіційними доглядачами, надавати інформацію/консультації стосовно діагнозу, прогнозу й очікувань щодо прогресувального впливу інсульту, а також лікування з огляду на напрям догляду (див. рекомендацію 2) (рівень доказовості С).

4. Можливі теми для обговорення з пацієнтами, членами родини та неофіційними доглядачами:

- доцільність заходів життєзабезпечення, включно з механічною вентиляцією, парентеральним/внутрішньовенним живленням та в/в введенням рідини (рівень доказовості В);

- перегляд всього медикаментозного лікування та рекомендацій щодо відміни препаратів, в яких більше немає потреби, коли цілі догляду переорієнтовано лише на забезпечення комфорту, наприклад, антиагрегантів, антикоагулянтів, статинів, антигіпоглікемічних засобів (рівень доказовості С);

- припинення регулярних перевірок життєвих показників, аналізів крові та діагностичних тестів (рівень доказовості С);
- догляд за ротовою порожниною (рівень доказовості С);
- оцінка та полегшення болю (рівень доказовості В);
- оцінка та лікування делірію (рівень доказовості С);
- оцінка й терапія респіраторного дистресу та секреції (рівень доказовості В);

- оцінка й лікування нетримання сечі, нудоти, блювання, запору, догляд за шкірою та обробка ран (рівень доказовості С);
- оцінка й терапія судом (рівень доказовості С);
- оцінка та лікування тривоги й депресії (рівень доказовості С);

5. Міждисциплінарна команда повинна мати відповідні комунікативні навички та знання для визначення фізичних, духовних, культурних, психологічних, етичних і соціальних потреб пацієнтів, що отримують догляд у термінальній стадії, їхніх сімей та неофіційних доглядачів. Необхідно регулярно контактувати із хворим, родичами та неофіційними доглядачами, щоб пересвідчуватись у дотриманні цих потреб (рівень доказовості С).

6. Планування наступного догляду має бути задокументованим і регулярно переглядатись медичною командою та іншими особами, уповноваженими приймати рішення (рівень доказовості С).

7. Пацієнти, члени сім'ї, неофіційні доглядачі та медична команда повинні мати можливість консультуватись зі спеціалістами з надання паліативної допомоги, зокрема, щодо симптомів, які нелегко контролювати, важких або конфліктних рішень у термінальній стадії чи складних психосоціальних сімейних проблем (рівень доказовості С).

8. Для впровадження й моніторингу стандартів догляду в термінальній стадії слід розробити формалізовані процеси паліативної допомоги та організувати спеціальну команду, яка забезпечуватиме догляд за пацієнтами після інсульту (особливо медсестринський персонал) (рівень доказовості В).

9. У разі потреби з членами сім'ї та доглядачами слід обговорити можливість донорства органів (рівень доказовості С).

10. Після смерті пацієнта членам родини та доглядачам слід надавати консультації, допомогу в організації похорон та ресурси у зв'язку із втратою близької людини (рівень доказовості С).

Заключення

У вищевикладеному зроблені акценти лише на необхідні компоненти документа, який має описувати процедури діагностики, лікування та догляду за хворими з інсультом. Свідомо використані фрагменти тексту і фразеологія канадських рекомендацій (2018), із вказанням рівнів доказовості щодо кожного положення чи твердження [1].

Але представлена робота не може претендувати на повноту, гарантувати висвітлення всіх аспектів складного процесу медичної допомоги при інсульті. Це завдання для відповідального читача, зацікавленого у створенні найкращих умов у конкретному лікувальному закладі, які мають забезпечити пацієнтам доступ до послуг на рівні доказової медицини і збільшили вірогідність якнайшвидшого відновлення після інсульту, збереження життя та функціональних спроможностей.

Також свідомо не було розглянуто низку питань, зокрема корекцію психічних порушень, профілактичні заходи щодо найпоширеніших ускладнень, комплекс вторинної профілактики та багато іншого. Це предмет окремих публікацій. Сподіваюся, що експертне середовище найближчим часом оприлюднить рекомендації щодо більшості важливих для процесу питань. Запит на це дуже актуальний. Але також маю надію, що розвиток процесу створення мережі надання медичної допомоги при інсульті буде прискорений насамперед спільнотою фахівців, зацікавлених у цьому не менше за самих пацієнтів і суспільство загалом.

Література

1. Boulanger J.M., Lindsay M.P., Gubitz G., Smith E.E. et al. Рекомендації щодо найкращих практик лікування гострого інсульту в Канаді: долікарняна допомога, невідкладна допомога та стаціонарне лікування гострого інсульту, оновлене 6-е видання // International Journal of Stroke. – 2018. – Т. 13 (9). – Р. 949-984.
2. Casaubon L.K., Boulanger J.M., Blacquire D., Boucher S. et al. Canadian Stroke Best Practice Recommendations: Hyperacute Stroke Care Guidelines // International Journal of Stroke. – 2015. – Vol. 10, Issue 6; doi.org/10.1111/ijis.12551.
3. Savitz S.I., Baron J.C., Fisher M.; for the STAIR X Consortium. Stroke Treatment Academic Industry Roundtable X: Brain Cytoprotection Therapies in the Reperfusion Era // Stroke. – 2019. – Vol. 50 (4). – Р. 1026-1031; doi: 10.1161/STROKEAHA.118.023927.
4. Powers W.J., Rabinstein A.A., Ackerson T., Adeoye O.M. et al. Guidelines for the Early Management of Patients with Acute Ischemic Stroke: 2019 Update to the 2018 Guidelines for the Early Management of Acute Ischemic Stroke. A Guideline for Healthcare Professionals from the American Heart Association / American Stroke Association // Stroke. – 2019. – 50; doi: 10.1161/STR.0000000000000211.