

С.П. Московко, д. мед.н., професор, Вінницький національний медичний університет імені М.І. Пирогова

Догляд та лікування в гострому періоді інсульту: необхідне, достатнє та межі дозволеного

Ця публікація містить огляд основних положень для організації догляду за пацієнтами в гострому періоді інсульту, що ґрунтуються на поточних рекомендаціях і найкращому клінічному досвіді. Це є доступним для вивчення в сучасній літературі, обговорюється фахівцями на різноманітних форумах, передається наочно при візитах та навчаннях в успішних центрах тощо. Мета – допомогти новим інсультним центрам в організації процесу ведення хворих, доповнивши документальний супровід (локальний протокол та маршрут пацієнта) ключовими положеннями з догляду для мінімізації ризиків ускладнень і збільшення шансів позитивного наслідку захворювання. В цьому сенсі матеріал відбиває власні особистий досвід та погляди і є продовженням попередньої публікації (Тематичний номер «Неврологія. Психіатрія. Психотерапія», № 1 (52), 2020).

Розуміючи існування проблеми «лікування» інсульту в середовищі фахівців, які цим займаються – в сенсі додаткових терапевтичних втручань протягом перебування пацієнта в стаціонарі – здається доцільним обговорити це питання, принаймні, позначити межі дискусії. Не є секретом надзвичайне і, навіть, катастрофічне різноманіття підходів до супровідного лікування інсульту на теренах України. Це часто зводить нанівець всі зусилля з імплементації основаних на доказах принципів ведення хворих та має негативні наслідки як для здоров'я пацієнтів, так і для їхнього матеріального становища. З іншого боку, було б зарозумілим вперто відстоювати позицію негативізму (нігілізму!) стосовно фармакологічного втручання, ґрунтуючись лише на тезі, що в діючих клінічних настановах існує невизначеність у цьому питанні, та загальна рекомендація на даний час – не застосовувати тих чи інших втручань, бо не існує достатніх доказів...

Натомість, не слід заперечувати клінічний досвід фахівців, які ґрунтують свою позицію на результатах практичної роботи. Хоча можна стверджувати, що «прийняття рішення за подібністю попереднього результату» є хибним і недостатньо доказовим за наявними правилами. Однак це потребує обговорення...

Питання догляду в гострому періоді інсульту

Після визначення стратегії лікування (тромболітична терапія за можливості або звичайне ведення хворого, що потрапив до лікарні за межами «терапевтичного вікна», чи у пацієнта визначили геморагічний характер інсульту) і відповідних початкових дій настає період, який найбільшою мірою можна охарактеризувати як «догляд». У цьому терміні, насправді, криється достатньо глибокий сенс: по-перше, мається на увазі, що процес гострого пошкодження тканини мозку практично завершився (за основним механізмом – ішемія або крововилив у речовину), і далі маємо справу із залишковими явищами та резидуальними реакціями цілого організму. Тобто всі зусилля логічно мають бути спрямовані на підтримання фізіологічних функцій організму в умовах знерухомення пацієнта та його неспроможності до самообслуговування і попередження (чи боротьби) вторинних ускладнень ситуації, що склалася.

Однак насправді патологічний процес пошкодження не обмежується терміном 4-6 год. Він продовжується за рахунок численних процесів, які ініціюються критичною ішемією – від цитотоксичного та вазогенного набряку мозку, цитокінового, перекисного і вегетативного стресу до процесів запалення, медіаторного і йонного дисбалансу до процесів апоптозу і відстроченого некрозу тканини мозку. Згадані патофізіологічні процеси (далеко не повний перелік) розтягнуті у часі та займають період від годин до тижнів захворювання. До того ж не слід забувати про те, що практично паралельно з ними починаються процеси відновлення тканини та функцій – регенерація, компенсація й адаптація. Все це стимулює пошук засобів впливу за рахунок додаткової терапії в госпітальному періоді, але це питання залишається дуже контроверсійним на рівні визнання доказової бази та включення у поточні рекомендації. У більшості останніх (2017-2019) навіть не передбачено такого розділу, і автори не переймаються дискусією на подібні теми. Не вважаю, що це розумно та доцільно...

Проте давайте спершу подивимось, що рекомендують сучасні керівництва у сенсі ведення періоду «догляд». Нижче викладене дуже важливе у тому сенсі, що перелік заходів із догляду органічно входить до мінімальних вимог ведення хворих на інсульт та є обов'язковим компонентом локальних протоколів/маршрутів пацієнта – документального супроводу. Це має бути цілісний комплекс заходів та дій, не обраних випадково, й уособлювати в собі мінімальні гарантії якісної допомоги.

У цій публікації використані посилання на канадські рекомендації з лікування гострого ішемічного інсульту (2018), настанови Американської асоціації серця та Американської асоціації з вивчення інсульту (AHA/ASA, 2019), останнє повне керівництво із проблеми інсульту під редакцією M. Brainin та W.-D. Heiss (2019), а також настанови з надання допомоги при інсульті Університетської клініки м. Берн (Швейцарія), люб'язно перекладені українською доктором Д. Лебединцем [1, 2]. Рекомендації щодо найкращих практик лікування гострого інсульту в Канаді: долікарняна, невідкладна допомога та стаціонарне лікування (оновлене 6-те видання, 2018) доступні також українською мовою у регіональній версії *International Journal of Stroke* (2018; T. 13 (9): 949-984). Необхідні в контексті коментарі будуть виділені курсивом.

Перший блок у глобальному процесі догляду за хворим є *діагностичним*: вимір та моніторинг змін в основних фізіологічних параметрах – вітальних функціях, як-то артеріальний тиск (АТ), частота і параметри пульсу, частота дихання, температура тіла; додається контроль за виділеннями й обсягом спожитого

харчування та рідини. Це звичайний набір процедур у стаціонарі, але в умовах спостереження за пацієнтом з інсультом кожен компонент має особливе значення – за змістом і прогностичними властивостями.

АТ, що зазвичай підвищений з моменту початку мозкової катастрофи як реакція організму на ішемію мозку, не потребує втручання. За виключенням таких обставин: у разі геморагічного характеру інсульту (встановленого при нейровізуалізації) агресивне утримання тиску в межах >140 мм рт. ст. (при масивних геморажах рекомендовано навіть >130 мм рт. ст.) є єдиною можливістю зменшити ризик експансії гематоми в перші 24-48 год.

При ішемічному характері процесу показаннями для дій вважаються рівні >220/110-120 мм рт. ст. По-перше, це привід для невідкладного втручання у найгострішому періоді, в межах «терапевтичного вікна», для можливості розглянути питання про процедуру тромболізу (мета – не більш ніж 180/110 мм рт. ст. при старті процедури) [2]. По-друге, при пізніших термінах стоїть питання про стійкість індивідуальних механізмів авторегуляції, ймовірність їхнього зриву тотально, а не тільки в зоні ішемії, а також неконтрольованої гіперперфузії мозку (мозковий криз). До того ж слід брати до уваги, особливо в осіб старшого віку та з анамнезом серцевих проблем, ризики тривалої гіпертензії щодо серця і судин (серцева аневризма, гостра лівошлункочкова недостатність, диссекція аорти або преєклампсія/еклампсія тощо). Загальна рекомендація: якщо є потреба чи обґрунтоване рішення знижувати тиск, це слід робити в межах не більш ніж 15% від висхідного рівня. Стрімкіший розмах зменшення тиску може призвести не тільки до значного зниження перфузії у зоні ішемії, але й зриву авторегуляції в цілому мозку.

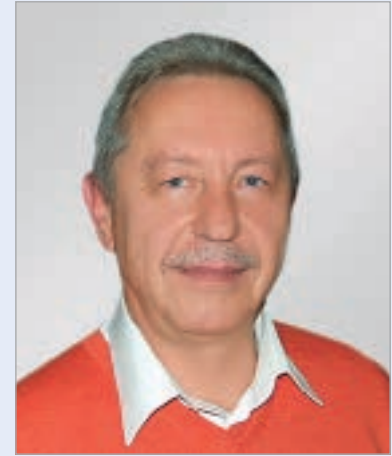
Предиктором негативного віддаленого (90-й день) наслідку інсульту, як і предиктором ускладненого перебігу гострого періоду є значні коливання тиску (варіабельність) – великий розмах, що фіксується протягом коротких проміжків часу – 12-24-72 год (власні результати і відповідна література останніх років). Цей фактор має звертати на себе увагу і бути додатковим приводом для щонайшвидшого відновлення або імплементації антигіпертензивної терапії (з пролонгованою дією препаратів на заміну короткочасних втручань). Слід пам'ятати, що так звана вегетативна нестабільність (коливання АТ, пульсу, ритму та частоти дихання, підвищення температури, пітливість тощо), особливо в поєднанні з навіть незначними змінами свідомості чи загальної активності (пригнічення уваги до оточуючого, пасивність, сонливість тощо) є ранніми ознаками прогресуючого набряку мозку, гравітаційного перерозподілу тиску в порожнині черепа з тиском на серединні та стовбурові структури. Це визначає необхідність ретельного спостереження за станом хворого в перші 72 год – кожні 4-6 год має бути свідчення про оцінку стану. Також повинні бути передбачені спеціальні форми для медсестринського персоналу (на кшталт SNOBS чи подібних, які надаються ініціативою Angels, українською мовою).

Але головною визначеною моніторинговою тріадою є температура, рівень цукру в крові та дослідження функції ковтання [1]. Ці положення об'єднані у протоколі FeSS (Fever, Sugar, Swallowing: лихоманка, цукор, ковтання), розробленому в Сестринському дослідному інституті та низці провідних клінік Австралії (проект QASC, що працює в Україні).

Існує достатньо доказів негативного впливу на перебіг та наслідки інсульту підвищення температури (незалежно від джерела її походження), рівня цукру в крові (як в осіб зі встановленим цукровим діабетом, так і в ситуації реактивної гіперглікемії). Це підвищує ризик негативних наслідків інколи вдвічі. Тому в разі виявлення загрозливих відхилень ($t^0 > 37,5^{\circ}\text{C}$ чи цукор крові вищий за 8-10 ммоль/л), необхідні невідкладні втручання: застосування антипіретиків (парацетамол) і підшкірні ін'єкції простого інсуліну, дробно, під контролем аналізів, щоб уникнути небезпечної раптової гіпоглікемії. На подібні дії має бути розроблений чіткий протокол – як спостереження, так і втручання.

Надзвичайно важливою є вчасна діагностика розладів ковтання, які зустрічаються майже в 37-78% випадків інсульту [2]. Хоча в останніх американських рекомендаціях (2019) наголошено на недостатній кількості наявних доказів про те, що імплементація протоколу скринінгу дисфагії знижує ризик смерті та залежності (?), вони одночасно наводять дані про більший відсоток розвитку пневмонії у пацієнтів, в яких скринінг не проводили: 13,1% проти 1,9% (!). Правило «*Nil per os*» в перші 24-48 годин, поки не буде проведений скринінг дисфагії, здається апіорі розумним і може знизити ризик аспіраційної пневмонії суттєво.

Сама процедура може бути доволі простою у виконанні (ковтання води з 1 чайної ложки – ковтання води з 5 чайних ложок послідовно – пиття з чашки, послідовними ковтками), але надає цінну інформацію не тільки щодо дисфагії як такої (попирхування, зниження звучності голосу), але й інтимних механізмів її розвитку,



С.П. Московко

наприклад апраксії акту ковтання (затримка рідини у роті, відсутність ініціації ковтання, ігнорування необхідності ковтання тощо; часто поєднується з неспроможністю за командою висунути язика з рота). В цьому розумінні непересічною є допомога фахового логопеда, тренування в галузі розладів ковтання – діагностики та лікуванні/реабілітації. Просте очікування відновлення ковтання – не найкраща стратегія. Діагностика й розуміння інтимних механізмів дисфагії у конкретного хворого має стимулювати процедури ранньої реабілітації цього розладу.

Натомість, виявлення порушень ковтання сприяє прийняттю рішення забезпечити харчування та підтримання водного балансу за допомогою гастрального зонду. Його встановлення через ніс і розміщення не надто комфортні для більшості пацієнтів (часто є джерелом дискомфорту, негативізму щодо персоналу тощо), проте переваги контролю за станом хворого і зменшення ризику аспіраційної пневмонії не викликають сумніву з точки зору повсякденної практики.

Немає сенсу детально обговорювати процедури гігієнічного догляду (піклування за шкірою, уникнення будь-яких подразнень чи тертя, зокрема з «благородною» метою масажу), але буває дуже прикро, коли нехтування елементарними правилами впливає на перебіг захворювання вельми негативним чином (мацерації шкіри, пролежні, інфекційні ускладнення тощо). Гігієнічні процедури мають бути розписані в протоколі догляду за часом, частотою і щодо тяжкості стану хворого [1].

Внутрішньогоспітальна профілактика та контроль ускладнень, спричинених інсультом

Незважаючи на найкращий догляд, пацієнти з інсультом мають надзвичайно високу ймовірність розвитку тих чи інших ускладнень внаслідок інсульту – ризик хоча б одного з них оцінюється від 25 до 85%, що призводить до підвищення смертності, пролонгації госпіталізації та збільшення витрат [1]. Найчастіше згадуються інфекції сечових шляхів, пневмонія, лихоманка та тромбоз глибоких вен (ТГВ) кінцівок. Вірогідність цього слід передбачати у кожного пацієнта, хоча, безумовно, фактор віку, ожиріння, цукрового діабету та низки супутніх захворювань збільшують ризики, але не роблять цих хворих особливо цільовою когортою для уваги.

Рання мобілізація пацієнтів залишається предметом дискусій та суперечностей. У канадській настанові з найкращої клінічної практики наголошено, що за результатами дослідження AVERT рання мобілізація знижувала вірогідність сприятливих наслідків: оцінка через три місяці, відношення шансів 0,73; 95% довірчий інтервал 0,59-0,90; $p=0,004$ [1]. Разом із тим аналіз показав, що короткі, але частіше процедури мобілізації в ранньому періоді після інсульту асоційовані з покращенням прогнозу, хоча збільшення хвилин активності на день має тенденцію до його погіршення. Тобто краще «частіше, але коротше!» Власне, така стратегія відповідає комплексу завдань – запобігти *втомленню*, що виникає швидко при спробах виконати «незвичні» дії в умовах інсульту, *психологічному стресу*, коли пацієнт переконується у своїй неспроможності робити, здавалося, елементарні речі й відчуває всю катастрофічність раптової залежності від оточуючих, пом'якшити розмах *вегетативних реакцій*, особливо ортостатичних, що часто розвиваються після 3-5-денного лежання. З іншого боку, частий контакт команди із хворим стимулює когнітивну активність – запоруку переходу до свідомого етапу реабілітації.

Практична рекомендація: при перших спробах перевести пацієнта в положення сидячи, особливо перших вертикалізаціях, необхідно протокольно проводити ортостатичний тест (виміряти АТ у положенні лежачи і потім – через 3 хв сидіння або стояння). Будь-які тенденції до зниження АТ, не кажучи вже про критеріальні порogi зниження на 20 мм рт. ст., мають привести до прийняття рішення з надзвичайною обережністю продовжувати активізацію хворого. Частота цього феномена значно вища, ніж вважають. Корисним є одночасне використання портативних пульс-оксиметрів, які дозволяють стежити за швидкими реакціями пульсу під час процедури.

Закінчення на наст. стор.

Рання активізація хворого є наріжним каменем профілактики ускладнень — пневмонії, інфекцій сечовидільної системи, ТГВ кінцівок, пролежнів тощо. Але вона можлива лише у разі стабілізації стану хворого — за повного відновлення свідомості, нормалізації гіперактивності вегетативної та серцево-судинної систем, клінічної стабілізації соматичного й неврологічного стану. Дуже рання та інтенсивна активізація, навіть у випадках інсульту легкої чи середньої тяжкості, в межах перших 24–48 год, не вітається у більшості сучасних рекомендацій. По-перше, наголошується на необхідності попередньої оцінки ситуації реабілітаційним професіоналом (у перші 24–48 год), початку активності лише у разі відсутності протипоказань (*рівень доказовості B*). По-друге, реабілітаційну терапію слід починати якомога раніше, щойно встановлено медичну спроможність пацієнта брати активну участь у реабілітації (*рівень доказовості A*) [1]. Клінічне рішення має бути прийняте індивідуально.

Профілактику венозного тромбоемболізму доцільно розглядати для всіх пацієнтів. Високий ризик визначають у тих, хто не може рухати однією чи обома кінцівками, нездатний до мобілізації самостійно, має попередню історію тромбоемболізму, в дегідратованих пацієнтів чи за наявної коморбідності, наприклад онкопатології [1].

Профілактичні заходи варто починати невідкладно, якщо немає протипоказань (системних чи внутрішньочерепних кровотеч). Відсутні сталі докази на користь переваги застосування інтермітуючої пневматичної компресії спеціальними пристроями над фармакологічною профілактикою (низькомолекулярні гепарини або нефракціонований гепарин в осіб із нирковою недостатністю). Тривалість заходів визначають індивідуально, але для іммобілізованих пацієнтів — зазвичай не більш ніж 30 днів. Дуже важливими моментами залишаються рання активізація та адекватна гідратація.

Використання постійного катетера для контролю виділень має бути обережним через ризик розвитку інфекції сечового тракту (*рівень доказовості A*). Катетер потрібно піддавати щоденній ревізії та видаляти так швидко, як тільки можливо (*рівень доказовості A*) [1]. Безумовно, використання катетера значно полегшує роботу персоналу з догляду, що часто є мотивом для проведення процедури. Але ризики інфекції, травматизації сечовидільних шляхів, міхура і тривалої відсутності довірливої активності з контролю сечовипускання («детренованість») мають бути враховані та збалансовані з перевагами полегшення догляду. Одним із важливих діагностичних моментів є застосування ультразвукових методик для неінвазивного контролю залишкової сечі, запобігання умов розвитку міхурової інфекції. Це доступний метод, і його слід використовувати на постійній основі.

Одним із контроверсійних питань гострого періоду в практичній площині лишаються судоми, що зазвичай сприймаються як серйозний прогностичний фактор, який потребує втручання. Однак більшість судомних епізодів, особливо на початку розвитку симптоматики інсульту, є одиничними і не повторюються в майбутньому. Втручання, особливо із «профілактичними» намірами, не потрібні й навіть можуть змінювати стан свідомості, деформуючи діагностичну кваліфікацію стану хворого. Тільки у разі повторних епізодів судом необхідно призначити супутнє лікування за принципами щодо вторинної судомної активності, не відмінне від інших симптоматичних судом при неврологічних захворюваннях.

Делірій є розладом свідомості зі змінами у когнітивній сфері, пов'язаною порушень у сприйнятті, що розвивається в короткі терміни, демонструє виразні флуктуації протягом дня і не може бути пояснений попередньо наявною деменцією. Делірій часто ускладнює перебіг гострого інсульту — в 10–48% випадків [3]. Оцінка деліріозного стану ґрунтується на методи дослідження сплутаності (CAM) [4]. Він включає фіксацію гострого початку розладу, оцінку неухватності, дезорієнтованого мислення, порушення рівня свідомості (нормальна активність, підвищена пильність та збудливість, летаргічність — сонливість, але легко активується, ступорозність — трудно активуватися і важко повернути увагу або кома — непробудний стан), дезорієнтованості в місці та часі, зниження пам'яті на поточні події, порушення сприйняття (галюцинації, ілюзії), наявного психомоторного збудження або, навпаки, психомоторної ретардації та розладів циклу сну — неспання.

Суккупність кваліфікацій за цими пунктами дозволяє визначити делірій і спрямувати зусилля на його усунення. Стандартним є застосування подвійної чи потрійної дози вітаміну B₁ внутрішньовенно (априорі передбачається можливість алкогольного делірію) та седативних препаратів, як-то бензодіазепін (у разі алкогольного) чи нейролептики в малих або помірних дозах (Кветіапін по 12,5 мг поступово / максимальна доза — 800 мг/добу; Рисперидон по 2x0,5 мг/добу, максимальна доза — 16 мг/добу; Галоперидол по 0,5–1 мг поступово, максимальна доза — 60 мг/добу). Якщо ситуація не стабілізується — потрібне переведення у відділення інтенсивної терапії для перфузійного тривалого введення Дексмедетомідину або Пропофолу.

Кардіоваскулярне спостереження є неодмінною частиною догляду та діагностики, моніторингу стану в гострому періоді інсульту. По-перше, серцево-судинна система найбільш очевидним чином реагує на мозкову катастрофу — як змінами тиску, так і порушеннями ритму серця та навіть гострим коронарним синдромом. Це загрозливі стани, які самі по собі потребують моніторингу та відповідного втручання. Проте особливим завданням спостереження є скринінг і діагностика можливих раптових порушень ритму серця з метою встановлення їхнього вірогідного відношення до генезу інсульту (кардіоемболічний підтип). Підтвердження цього факту значно впливає на прийняття рішення щодо застосування програми вторинної профілактики у конкретного пацієнта — вибору антиагрегантної чи антикоагулянтної терапії. Оптимальним зазвичай є холтерівський моніторинг ритму — у настановах рекомендовано проводити його принаймні три доби посліп. За наявності приліжкового індивідуального монітора (особливо з функцією пам'яті) достовірну інформацію може отримати медичний персонал блоку

інтенсивного спостереження, з фіксацією в документах наявних епізодів, їхньої тривалості та характеристик.

Щоденний контроль стану хворих з інсультом включає звичайні процедури і хворобоспецифічні моменти. Прикладом є рекомендації з настанов щодо надання допомоги при інсульті Університетської клініки м. Берн (Швейцарія).










Щоденний контроль стану пацієнтів з інсультом

- Неврологічна оцінка**
Оцінка за шкалою NIHSS та симптомно-орієнтоване функціональне обстеження (результати фізіо-, ерготерапії, логопедії)
Депресія? Розлади режиму сну?
- Клінічна оцінка функції внутрішніх органів**
Компенсація функції серця
Легені
Органи черевної порожнини
Лихоманка?
- Моніторинг**
Значущі порушення серцевого ритму (із визначенням причини, серцевої патології)
Цільові показники АТ? Фактичні показники АТ?
- Мобілізація?**
- Харчування, дисфагія?**
- Лабораторні аналізи**
Зокрема електrolіти, параметри запального процесу, функція нирок, гемостаз
- Медикаментозне лікування**
Антитромботична терапія?
Профілактика ТГВ?
Антигіпертензивна терапія?

Як бачимо, основна увага приділяється моніторингу (зокрема лабораторному) основних функцій та гомеостазу. Проте важливими для щоденної оцінки та інтерпретації є обговорення процесу активізації та мобілізації, харчування і стану дисфагії, профілактики ТГВ і перебігу сприйняття призначеної вторинної профілактики. Час перебування у стаціонарі має бути ефективно використаний для впевненості у сприятливій переносимості комплексу вторинної профілактики інсульту, що є запорукою достатнього комплаєнсу пацієнта після виписки.

Також у згаданих настановах наводиться алгоритм оцінки при погіршенні неврологічного стану. Це перелік найчастіших можливих причин погіршення, які слід розглянути для визначення подальшої тактики дій.

Неврологічне погіршення

-  Повторний інфаркт
 -  Локалізація інфаркту: наприклад, вторинне інфарктування частіше в області внутрішньої капсули або мосту головного мозку
 -  Гемодинамічний інфаркт: пов'язаний з АТ? Із мобілізацією?
 -  Крововилив
 -  Підвищення внутрішньочерепного тиску
 -  Епілептичний напад
 -  Інфекційні ускладнення
 -  Седация
 -  Психогенні чинники
- ...та інші менш часті причини

Щодо кожного з перерахованих сценаріїв розвитку подій необхідно мати попередньо розроблений і прописаний у протоколі алгоритм з огляду на місцеві обставини та ресурси. Але передбачати таку можливість слід безумовно.

Як щодо лікування — у сенсі додаткових препаратів, спрямованих передусім на збереження життєздатності пошкодженої частини мозку, зони пенумбри чи стимуляції процесів репарації тканини мозку тощо? Те, що прийнято розглядати в межах концепцій «нейропротекції» чи «цитопротекції» (останнє, на думку фахівців, є більш прийнятним терміном)? Де межі допустимого, необхідного та дозволеного?

Це питання і досі відноситься до найбільш контроверсійних. Зазвичай використовується риторика на кшталт того, що «в сучасних настановах про це нічого не сказано», або ж є фраза про відсутність поточної інформації та доказів на користь ефективності застосування препаратів із такою потенційною спроможністю. Можна було б пристати на таку позицію, але якість та сила подібних рекомендацій є під великим сумнівом (принаймні на мою думку).

Наприклад, в останній американській настанові (2019) не рекомендоване фармакологічне чи нефармакологічне лікування з потенційно нейропротективною дією [2]. Зокрема, тут наведені дані дослідження магнєзії у підвищених дозах, інфузія якої відбувається якомога раніше після початку симптомів (FAST-MAG, 2015), випробування ефективності та безпеки альбуміну при гострому шемічному інсульті (ALIAS, 2013–2016) та кокранівського метааналізу досліджень із гемодилуції з початком терапії в межах 72 год (2014). Результати наведених робіт не підтвердили припущень про ефективність, тому їхнє застосування на практиці не рекомендоване. І це все! Зважаючи на те що з попередньої редакції рекомендацій (2013) пройшло немало часу, видається дивною повна відсутність огляду досліджень та подій, що відбувалися у цій царині за останнє десятиліття. Просто автори (експертна група) вирішили не розглядати це питання...

Одночасно у даній настанові вказується, що вони «забезпечують загальні рекомендації, які ґрунтуються на поточних доступних

доказах...», а також є дуже знакове уточнення: «*Ці керівництва... не має застосовуватися для всіх пацієнтів. Локальні ресурси й досвід, специфічні клінічні обставини та уподобання (вибір) хворого, а також докази, опубліковані після виходу даних рекомендацій, є додатковими факторами, які слід брати до уваги при прийнятті рішення про індивідуальну допомогу (догляд) пацієнтові. Стосовно багатьох питань існують тільки обмежені дані, що демонструє невідкладну необхідність продовжувати дослідження з лікування гострого шемічного інсульту» [2].*

Цей висновок фактично позначає вільний вибір лікаря, який можливо обґрунтувати клінічною необхідністю, власним досвідом чи патофізіологічною інтерпретацією подій, що відбуваються впродовж перебігу інсульту в конкретного хворого. Відповідальність та добросовісність клініциста є головним критерієм для прийняття рішень подібного гатунку. Якщо ми виходимо з цієї концепції та маємо довіру до лікаря, мусимо погоджуватися із його правом. В іншому випадку, недовіри та сумнівах у добросовісності намірів треба йти шляхом обкладення діяльності клініциста низкою обмежень, передусім адміністративних.

Інша площина проблеми — ціна питання — для лікарні та пацієнта, а також «моральна» сторона відносин державної медицини і населення (для приватної гілки медичних послуг воно просто опускається). Насправді, все викладене у даній публікації стосується якраз мінімального переліку гарантій, що мають надавати у вигляді послуг медичні заклади відповідно до наявних рекомендацій, поточної доказової бази та консенсусних рішень провідних світових спеціалістів-експертів... *Мінімально необхідних* для забезпечення якісного догляду і часто *достатніх*. Але не в усіх випадках.

Чи виникає потреба у додатковому лікуванні, призначенні препаратів, які не увійшли в більшість поточних рекомендацій і не мають, на думку експертів, достатнього рівня доказів своєї користі, безпеки та нешкідливості? Так, виникає, і реальна клінічна практика демонструє це. Інше питання: чи завжди це виправдано і доцільно? Який відсоток складає відверта поліпрагмазія? І за чий рахунок усе відбувається (хто платить за додаткове лікування)? Відповіді на ці запитання є надзвичайно складними, навіть з огляду на відсутність достовірної інформації щодо стану справ.

Далі представлена виключно власна позиція, яка ґрунтується на системі поглядів, що склалися, та досвіді практичної клінічної діяльності. Цю позицію можуть не підтримати інші фахівці, але мушу наголосити, що висновки стосовно того чи іншого підходу, методології чи препарату підтверджені публічними, відкритими даними аналізу, які головним чином базуються на оцінці віддаленого результату — через три місяці після мозкової події. Маю переконання, що такий підхід, прийнятий загалом у світі, являє собою єдиний доказовий, і намагаючись поширити таку практику як *обов'язковий стандарт* звітності щодо інсульту. Далі все доволі просто — накопичення стандартизованих даних про віддалені наслідки лікування інсульту в поєднанні з результатами використаних впродовж терапії препаратів дозволять зробити прозорі, незангажовані *власні* висновки про користь, безпеку, фінансову доцільність тощо...

Про те, хто платить... У ситуації обмеження фінансових спроможностей закладів і особливо беручи до уваги концепцію *мінімальних гарантій надання допомоги*, а також право на *вибір* у пацієнта (чи його родичів — як на місце лікування, так і на його склад), не бачаю проблеми з партнерською участю пацієнтської сторони стосовно обсягу лікувальних впливів. У світі розвивається і поширюється стратегія *спільного прийняття рішення* (sharing decision making), коли спеціальна модель спілкування, з висвітленням імовірних переваг і ризиків застосування того чи іншого засобу, приводить до прийняття консенсусного рішення і вважається за легітимну можливість відхилитися в окремих випадках від наявних рекомендацій, протоколів, настанов.

Наостанок, щоб не обмежуватися лише загальними міркуваннями, поділюсь, як прикладом, своїми уподобаннями щодо можливості додаткового лікування або застосування деяких препаратів (хоча розумію, що навіртя на себе додаткову критику в заангажованості та конфлікті інтересів).

Вважаю за доцільне, зважаючи на передбачені цілі та механізми дії, в гострому періоді інсульту середньої та виразної тяжкості зважати на наявні результати досліджень щодо застосування *едаравону* (препарату *Ксаєрон*[®]). Достатній досвід використання з оцінкою безпосереднього та віддаленого результатів вказує на можливий сприятливий ефект такого підходу. Для підтвердження даних наразі проводиться програма мультицентрового спостереження за спеціально розробленим протоколом (відкриті дослідження «випадок — контроль»), результати якої, маю сподівання, будуть оприлюднені восени. Призначення препарату стосується випадків із проведенням тромболізісу, а також у пацієнтів, що не потрапили в конвенційне «терапевтичне вікно».

Друге уподобання — раннє призначення *Церебраліну*[®] внутрішньовенно (у дозі 30 мл щоденно протягом щонайменше 10 діб), як після завершення процедури тромболізісу (протягом однієї години), так і у випадках звичайного лікування та догляду (яких, насправді, більшість). Існують переконливі докази міжнародних спостережень, які підтверджуються результатами власного аналізу, щодо прискорення процесу відновлення функцій, зокрема на тлі продовженого реабілітаційного процесу.

Обидва препарати мають задовільні переносимість та профіль безпеки, а головне — дозволяють обмежитися їхнім прийманням і не наражатися на поліпрагмазію на основному підґрунті — достатньо та повноцінно організованій системі догляду.

Уподобання можуть бути різними, не заперечую. Але суть полягає в тому, чи спроможні ви відстоювати свою позицію, обґрунтувати її та дотримуватися правил добросовісності при прийнятті рішень. Маю надію, що даний матеріал буде корисним для лікарів, які займаються організацією догляду та лікування інсульту, особливо для тих, хто почав робити це нещодавно, та їхній шлях досвіду лише на початку!..

Список літератури знаходиться в редакції