

## СТВОРЕННЯ ІНСУЛЬТНИХ ЦЕНТРІВ ЗАЛИШАЄТЬСЯ ПРОБЛЕМОЮ № 1 У БОРОТБІ З МОЗКОВИМИ ІНСУЛЬТАМИ

**Резюме.** В статті автори подають аналіз літературних даних щодо думки міжнародної наукової спільноти про питання надання допомоги при гострому мозковому інсульті та необхідності створення інсультних центрів, наводять приблизний опис інсультних центрів, які рекомендуються для впровадження у м. Києві та Україні. Опис складається із загальних положень, основних завдань центру, функцій, керівництва центром, рекомендацій для спеціалізованих центрів з лікування інсультів (невідкладної діагностики, загального догляду та лікування ускладнень інсульту).

**Ключові слова:** інсульт, інсультний центр, надання невідкладної допомоги.

### Актуальність

Щорічно в світі реєструється понад 15 млн випадків інсульту, причому 6 млн серед них із летальним кінцем. Рівень смертності, асоційований з цією патологією, постійно зростає. Так, у 2013 р. цей показник становив 5,7 млн, у 2015 р. — 6,5 млн, а на 2030 р. прогнозується 7,8 млн. Інвалідами внаслідок перенесеного інсульту стало 102 млн людей. В нашій країні щорічно спостерігається від 100 до 120 тис. мозкових інсультів. Якщо такі тенденції буде збережено, то кожен п'ятий українець може померти від інсульту (протягом першого року відсоток померлих становитиме 40–50 %), а кожен п'ятий серед тих, хто не загинув, — стане інвалідом. Тому слід постійно проводити удосконалення засобів боротьби з інсультом, глибокий аналіз модифікабельних і немодифікабельних факторів ризику інсульту з метою запобігання виникненню хвороби, введення реєстру інсульту та його моніторинг на регіональному й національному рівнях, широке впровадження новітніх технологій і стратегій у клінічну практику, використання розроблених клінічних протоколів, відкриття спеціалізованих інсультних центрів (ІЦ). Дуже важливим є впровадження новітніх технологічних процесів і в першу чергу тромболітичної терапії при ішемічному інсульті та за умови необхідності — надання нейрохірургічної допомоги. Для впровадження цих технологій повинна бути налагоджена діагностика за сучасними європейськими стандартами.

Сьогоднішні дослідження переконливо показали, що спеціалізована неврологічна допомога може істотно вплинути на якість лікування пацієнтів із гострим мозковим інсульту. За даними рандомізованого дослідження (1995) [1], проведеного іспан-

ською групою дослідження інсульту, рання медична неврологічна допомога в перші години від появи патологічної симптоматики давала найкращий результат з позитивним функціональним прогнозом і скороченням перебування у стаціонарі [2]. Цими дослідниками було встановлено, що мультидисциплінарний підхід є основним щодо надання допомоги за умови гострих інсультів, проте головну роль у ньому повинні відігравати саме неврологи. Фактично у багатьох країнах Європи інсультні центри сформовані переважно на базі неврологічних відділень [3]. Окремо виділяються серед персоналу таких центрів інсультні бригади (ІБ) як приклад мультидисциплінарної команди, в які повинні входити один або два неврологи, кардіолог, реаніматолог, спеціаліст з фізичної терапії і реабілітації (ерготерапевт), медичні сестри, спеціально треновані для надання допомоги хворим із гострим мозковим інсульту.

Існують дані, що ІБ можуть бути створені і на базі неспеціалізованих інсультних відділень [4], але вони повинні підтримувати зв'язок зі спеціалістами ІЦ.

Важливим є питання про те, який саме контингент хворих підлягає госпіталізації в інсультні від-

Адреса для листування з авторами:  
Волосовець Антон Олександрович  
Кафедра медицини невідкладних станів  
НМАПО імені П.Л. Шупика,  
вул. Дорогожицька, 9, м. Київ, 04112, Україна  
E-mail: healermaster@gmail.com

© Зозуля І.С., Зозуля А.І., Волосовець А.О., 2016

© «Медицина невідкладних станів», 2016

© Заславський О.Ю., 2016

ділення. У зв'язку з тим, що доступність ліжкового фонду в інсультних відділеннях обмежена, необхідно сформулювати пріоритети для відбору тих пацієнтів з інсультами, для яких лікування в інсультному відділенні буде найбільш корисним. До цього часу госпіталізація у подібні відділення обґрунтовувалась тяжкістю мозкового інсульту, віком пацієнтів, наявністю супутніх захворювань та підтипом інсульту.

На думку різних авторів, тяжкий стан хворих із гострим порушенням мозкового кровообігу (ГПМК), наявність геміплегії, старечий вік — все це є факторами, що можуть прогнозувати високий рівень летальності та інвалідизації, і тому такі пацієнти повинні госпіталізуватися вибірково. Вплив віку залежить від часу, за який цей вплив оцінюється. Тип інсульту не впливає на показання до госпіталізації в ІЦ, а пацієнти з транзиторною ішемічною атакою (ТІА) або лакунарним інсультом лише виграють від перебування в ІЦ, що проявляється зниженням частоти ускладнень, скороченням ліжкодня, адекватним функціональним відновленням хворих [1, 2].

Щодо пацієнтів з геморагічним інсультом, то госпіталізація в ІЦ, де таким хворим надається спеціалізована терапевтична та хірургічна допомога, супроводжувалася зниженням показників летальності за період 30 днів та протягом року [5]. В обговоренні результатів автори доходять висновку, що в усіх хворих із гострим інсультом незалежно від віку, тяжкості наявності супутніх захворювань і підтипу інсульту є покращення прогнозу внаслідок надання допомоги в стінах ІЦ.

Важливим елементом для аналізу є і соціальні фактори мозкового інсульту, які дозволять своєчасно передбачити особливості перебігу хвороби і визначити лікувальну тактику після госпіталізації пацієнта в ІЦ. Крім того, диспансеризація груп населення згідно з такими факторами надасть можливість більш чітко визначити групи ризику та можливу завантаженість ІЦ, а значить, покращити ефективність роботи мультидисциплінарних бригад ІЦ [17].

Аналіз питання економічної ефективності з точки зору економіки охорони здоров'я протягом останнього часу показав, що впровадження в практику ІЦ супроводжується зростанням витрат через збільшення видатків на персонал, лабораторні та інструментальні методи дослідження та сучасні методи лікування. Ці витрати сягають 7 % вартості перебування у лікарні та 15,6 %, беручи до уваги вартість перебування у неврологічному відділенні. Проте лікування в ІЦ є економічно більш вигідним, ніж лікування у неврологічних відділеннях навіть із залученням ІБ, оскільки дає можливість досягти кращого відновлення стану, а відтак і нижчого рівня інвалідизації пацієнтів, що значно зменшує фінансовий тягар для суспільства.

Ці дані мали підтвердження і серед дослідників у Франції [6], де було показано, що лікування в ІЦ більш ефективно та зменшує показники летальності за період протягом п'яти років від перенесеного ін-

сульту. До того ж відношення вартості та ефективності лікування в ІЦ набагато краще за пороговий рівень ефективності, прийнятий науковою спільнотою.

Міжнародні дослідження [7] вказують на добрі результати лікування в ІЦ не тільки в гострому періоді, але й протягом наступного спостереження за пацієнтами. Доведено, що результатом є зниження летальності та частоти виникнення тяжкої інвалідизації.

Слід зауважити, що у 1995 р. Всесвітня організація охорони здоров'я й Європейський комітет інсульту прийняли Гельсінську декларацію, метою якої у 2005 р. було забезпечення всіх хворих із гострим мозковим інсультом ранньою та спеціалізованою діагностикою й лікуванням в ІЦ. У переглянутій Гельсінській декларації (2006) було відзначено, що до 2015 р. в Європі всі хворі з інсультом будуть мати доступ до цілісного комплексу надання допомоги — від організації лікування в інсультних відділеннях у гострому періоді інсульту до ефективних реабілітаційних заходів і шляхів вторинної профілактики [8]. Наукові неврологічні асоціації та товариства наполягають на необхідності створення ІЦ у більшості багатопрофільних лікарень (і тільки як залишкова альтернатива — використання ІБ) [9].

Defensor del Pueblo [10] заявив у своїх рекомендаціях, що офіційні органи охорони здоров'я Іспанії повинні приділити увагу ранньому спеціалізованому наданню допомоги хворим з інсультом, створити систему спеціалізованих ІЦ для охоплення всього населення країни.

Варто зазначити, що ІЦ є найбільш ефективною моделлю надання допомоги пацієнтам з гострим мозковим інсультом, оскільки вони дієві й економічно вигідні в подовженій перспективі. А якщо взяти до уваги суспільну користь різних конкретних лікувальних підходів, то ІЦ мають більшу популярність і можуть бути більш корисними щодо зниження смертності та економічного тягара інвалідизації. Отже, ІЦ — необхідний та економічно вигідний компонент надання допомоги хворим з інсультом.

**Метою** даної роботи було провести аналіз поглядів міжнародної спільноти щодо стану та перспектив надання допомоги хворим з мозковим інсультом, переваг застосування системи ІЦ, висвітлення основних положень для створення системи таких закладів в Україні та рекомендації надання допомоги хворим на гострий інсульт.

Наразі в Україні стоїть питання щодо створення нейросудинних центрів у великих містах, обласних центрах для надання висококваліфікованої, спеціалізованої допомоги хворим з гострими мозковими інсультами (ішемічними, геморагічними, ТІА) з використанням мультидисциплінарних бригад (неврологи, реаніматологи, кардіологи, нейрохірурги, функціоналісти, реабілітологи), укомплектованих спеціально підготовленим медичним персоналом. У центрі цілодобово повинні працювати нейровізуалізуючі методи дослідження, блок інтенсивної терапії, операційна [11–13].

## 1. Загальні положення

1.1. Інсультний центр (далі — Центр) є комплексним лікувальним закладом, що передбачає надання спеціалізованої медичної допомоги в умовах консультативно-діагностичного центру та цілодобового стаціонару дорослим з гострими станами при цереброваскулярних хворобах, що потребують інтенсивного лікування та догляду і госпіталізації для планового та раннього відновного лікування, є організаційно-методичним центром з питань профілактики, раннього виявлення, диспансеризації, в тому числі первинної медико-санітарної допомоги, закріпленої для обслуговування території [11].

1.2. Центр та адміністративна територія, що ним обслуговується, визначається органом управління охорони здоров'я, якому Центр підпорядковується, залежно від потреб населення в даному виді медичної допомоги, чисельності населення, зони обслуговування [13].

1.3. Центр розміщується в спеціально забудованих або пристосованих будівлях, які за набором та площею службових приміщень відповідають чинним санітарно-гігієнічним і будівельним нормам, вимогам техніки безпеки та пожежної безпеки.

Центр може входити до складу медичної установи як підрозділ.

1.4. Центр може бути юридичною особою, користуватися правом оперативного управління щодо закріплення майна, мати штамп, печатку, статут, що затверджується згідно з чинним законодавством України, поточні та інші рахунки у фінансованих установах, здійснювати бухгалтерські та первинні статистичні обрахунки.

1.5. Надання медичної допомоги всім, хто її потребує в Центрі, здійснюється незалежно від громадянства, місця проживання, роботи тощо.

1.6. У своїй діяльності Центр керується Конституцією України, актами Президента України та Кабінету Міністрів України, нормативно-правовими актами Міністерства охорони здоров'я України та іншими нормативно-правовими актами щодо специфіки діяльності Центру.

1.7. Керівництво Центром здійснює головний лікар (директор), що призначається на посаду і звільняється з посади в установленому законодавством порядку, який в своїй діяльності керується відповідними чинними положеннями про головування лікаря (директора).

1.8. Центр може бути клінічною та навчальною базою ВМНЗ, медичних факультетів, вищих медичних закладів післядипломної освіти та науково-дослідних закладів.

## 2. Основні завдання Центру

2.1. Цілодобове надання інтенсивної медичної допомоги хворим при цереброваскулярних хворобах, що загрожують життю і при яких раптово погіршується стан здоров'я.

2.2. Цілодобове надання інтенсивної медичної допомоги відповідно до показань хворим із гострим

та хронічним перебігом цереброваскулярних хвороб, при станах, що не загрожують життю, але потребують інтенсивного лікування.

2.3. Надання в повному обсязі інтенсивної, спеціалізованої стаціонарної і консультативної спеціалізованої медичної допомоги на території обслуговування з цереброваскулярними хворобами відповідно до вторинного рівня у структурних підрозділах Центру.

2.4. Своєчасне та якісне проведення планового, інтенсивного та відновного лікування із використанням комплексу необхідних і доступних методів і засобів лікування хворих з цереброваскулярними хворобами із забезпеченням принципів безперервності, послідовності та етапності індивідуального підходу в організації та здійсненні лікування.

2.5. Надання консультативно-діагностичної медичної допомоги пацієнтам, які звернулись за направленням лікарів загальної практики — сімейної медицини, екстреної медичної допомоги, лікарів інших закладів охорони здоров'я території обслуговування.

2.6. Проведення необхідних консультацій та обстежень для підтвердження діагнозу, визначення тяжкості стану пацієнтів та місця лікування, за необхідності — направлення пацієнтів на госпіталізацію в стаціонарні відділення Центру.

2.7. Забезпечення наступності в наданні медичної допомоги хворим між іншими закладами охорони здоров'я первинного, вторинного (спеціалізованого) та третинного (високоспеціалізованого) рівнів.

2.8. Забезпечення та контроль якості медичної допомоги хворим у межах затверджених МОЗ України клінічних протоколів.

2.9. Участь у розробці пропозицій з удосконалення організаційних форм, методів діагностики і лікування хворих із цереброваскулярними хворобами на догоспітальному та госпітальному етапах.

2.10. Організація підготовки, перепідготовки та підтримання кваліфікаційного рівня медичного персоналу Центру.

## 3. Функції Центру

3.1. Цілодобовий прийом хворих, які доставляються бригадами екстреної (швидкої) медичної допомоги та іншими транспортними засобами або звертаються безпосередньо у приймальне або консультативно-діагностичне відділення, в тому числі за направленнями діагностично-консультативного відділення Центру або інших закладів охорони здоров'я.

3.2. Організація та проведення невідкладних лікарських оглядів і відповідно до стану пацієнтів, що звернулись до приймального відділення (відділення невідкладної допомоги), їх діагностичне обстеження, а також госпіталізація за показаннями.

3.3. Забезпечення пацієнтів інтенсивною, в тому числі нейрохірургічною, медичною допомогою відповідно до встановленого діагнозу та стану пацієнта в умовах цілодобового стаціонару.

3.4. Для забезпечення оперативного використання ліжкового фонду Центр має право переводити хворих, які потребують додаткового лікування або відновного лікування, до інших лікувально-профілактичних закладів території обслуговування.

3.5. Надання телемедичної консультативної допомоги іншим закладам охорони здоров'я на території обслуговування з питань медичної допомоги при цереброваскулярних хворобах.

3.6. Впровадження в роботу Центру ефективних методів діагностики та лікування, в тому числі нейрохірургічних, при цереброваскулярних захворюваннях.

3.7. Використання відновного лікування при гострому порушенні мозкового кровообігу, починаючи з ранніх стадій розвитку хвороби, з активним використанням спеціалізованих відділень відновного лікування пацієнтів з цереброваскулярними хворобами.

3.8. Ведення затвердженої в установленому порядку облікової та звітної документації, проведення постійного моніторингу якості надання медичної допомоги та складання звітів за затвердженою формою.

3.9. Забезпечення прав пацієнтів і конфіденційності інформації про них.

3.10. Проведення профілактичної та санітарно-просвітницької роботи серед населення з питань профілактики та надання першої допомоги при цереброваскулярних хворобах.

## 4. Керівництво Центром

4.1. Керівництво діяльністю Центру здійснює головний лікар (директор), який є лікарем — організатором охорони здоров'я і має кваліфікаційну категорію, не нижчу від першої.

4.2. Головний лікар (директор) Центру працює на умовах контракту, в якому прописано строк найму, права, обов'язки, відповідальності, умови його матеріального забезпечення тощо.

4.3. Головний лікар Центру:

— діє без довіреності від імені Центру, представляє його інтереси в органах виконавчої влади, інших організаціях, у відносинах з юридичними особами та громадянами, формує адміністрацію Центру і вирішує питання діяльності Центру у межах та у визначеному законодавством порядку;

— розпоряджається коштами та майном Центру відповідно до чинного законодавства України;

— укладає договори (у тому числі щодо надання спеціалізованої медичної допомоги), видає довіреності, відкриває рахунки в органах Державної казначейської служби, установах банків в установленому порядку;

— призначає своїх заступників та розподіляє обов'язки між ними;

— визначає організаційну структуру Центру, граничну чисельність працівників, штатний розклад;

— вирішує інші питання діяльності Центру відповідно до чинного законодавства.

## 5. Рекомендації для спеціалізованих Центрів з лікування інсультів

### Рекомендації класу I (14–16)

1. Створення первинних інсультних центрів (ПІЦ) залежить від можливостей. Оптимальною є організація кількох спільних ПІЦ, які забезпечують первинну допомогу і взаємодіють з високоспеціалізованими інсультними центрами (ВСІЦ) (клас I, рівень доказовості B).

2. Створення високоспеціалізованих ІЦ (ВСІЦ) (клас I, рівень доказовості B).

3. Сертифікація ІЦ незалежними організаціями (Об'єднаною комісією акредитації закладів охорони здоров'я (клас I, рівень доказовості B)).

4. Пацієнтів з підозрою на інсульт не доставляють в центри, що не мають можливості для лікування інсульту, а направляють у найближчі спеціалізовані заклади (ВСІЦ) (клас I, рівень доказовості B).

## 6. Рекомендації з невідкладної оцінки діагностики гострого ішемічного інсульту

### Рекомендації класу I

1. Створення протоколу для невідкладної оцінки пацієнта з підозрою на інсульт. Мета протоколу — закінчити оцінку і визначити лікування протягом 60 хв. Також рекомендована організація ланки, що складається з лікаря, медсестер і персоналу діагностичних відділень (мультидисциплінарна бригада). Пацієнти з інсультом повинні бути всебічно клінічно обстежені, включаючи неврологічний (за необхідності нейрохірургічний) огляд (клас I, рівень доказовості B).

2. Використання шкал для оцінки інсульту — NIHSS (клас I, рівень доказовості B).

3. Проведення відповідної кількості гематологічних, коагуляційних і біохімічних досліджень для невідкладної оцінки стану пацієнта (клас I, рівень доказовості B).

— усім пацієнтам проводиться: КТ/МРТ головного мозку без контрасту; визначення рівня глюкози в крові (електроліти сироватки/ниркові функціональні пласти); ЕКГ; маркери ішемії серця; розгорнутий аналіз крові (тромбоцити; протромбінний час/міжнародне нормалізаційне співвідношення (INR); час часткової активації тромбопластину; сатурація киснем);

— відібраним пацієнтам проводять печінкові проби; токсикологічний скринінг; визначення рівня алкоголю в крові; тест на вагітність; визначення газів крові (у випадку гіпоксії); рентген грудної клітки (у разі підозри на хворобу легень); люмбальну пункцію (у разі підозри на субарахноїдальний крововилив, але на КТ без ознак наявності крові); ЕЕГ (у випадку підозри на епіпади).

4. Пацієнту з клінічними або іншими симптомами гострого захворювання серця або легень призначають рентгенологічне обстеження (клас I, рівень доказовості B).

5. Обов'язкове проведення електрокардіограми (ЕКГ), оскільки у пацієнтів з інсультами часто зустрічаються серцеві захворювання (клас I, рівень доказовості B).

### Рекомендації класу III

1. Більшість пацієнтів з інсультом не потребує рентгенограми грудної клітки при первинному огляді (клас III, рівень доказовості B).

2. Для більшості пацієнтів з інсультом немає необхідності в обстеженні цереброспинальної рідини. Цінність методів нейровізуалізації дуже висока в діагностиці внутрішньочерепних крововиливів. Клінічна картина САК або інфекційних захворювань ЦНС відрізняється від клініки ішемічного інсульту. Дослідження цереброспинальної рідини може бути показано лише тоді, коли інсульт розвинувся після інфекційного захворювання (клас III, рівень доказовості B).

3. Всім пацієнтам бажано пройти скринінг для оцінки соціальних факторів інсульту з метою визначення індивідуальних особливостей перебігу інсульту (клас III, рівень доказовості C).

## 7. Рекомендації щодо загального догляду та лікування гострих ускладнень у пацієнтів із ГПМК

### Рекомендації класу I

1. Забезпечення прохідності верхніх дихальних шляхів і їхня вентиляція рекомендовані для лікування пацієнтів із гострим інсультом, зі зниженим рівнем свідомості або бульбарними порушеннями, що викликають порушення дихання (клас I, рівень доказовості C).

2. Пацієнти з інсультом і гіпоксією повинні отримувати кисень (клас I, рівень доказовості C).

3. Існує загальна згода, що лихоманка повинна бути пролікована антипіретиками для зниження температури тіла у пацієнтів з інсультом (клас I, рівень доказовості C).

4. Загальна думка підтверджує використання кардіального моніторингу для виявлення фібриляції передсердь та інших потенційно небезпечних кардіальних аритмій, що потребують негайних серцевих інтервенцій. Кардіальний моніторинг повинен проводитися протягом перших 24 годин від початку інсульту (клас I, рівень доказовості B).

5. Рекомендації з лікування артеріальної гіпертензії залишаються дискусійними. У більшості пацієнтів з інсультом спостерігається спонтанне зниження артеріального тиску (АТ) протягом доби від початку інсульту. Пацієнти, що мають інші медичні показання до агресивного лікування артеріальної гіпертензії, повинні пройти відповідне лікування (клас I, рівень доказовості C).

6. Пацієнти з високим АТ, але таким, які підлягають лікуванню РА, необхідно знизити АТ (систолический тиск) до значення < 185/105 мм рт.ст. і діастолічний тиск (ДТ) — менше ніж 110 мм рт.ст. до початку тромболітичної терапії.

7. До того, як стануть відомі інші дані, існує консенсус про необхідність дотримуватися раніше описаних рекомендацій, пов'язаних з артеріальною гіпертензією у пацієнтів, яким проводять інші невідкладні інтервенції із реканалізації оклюзованих судин, включаючи інтраартеріальний тромболізис (клас I, рівень доказовості C).

8. Пацієнти зі значним АТ повинні проходити лікування щодо його зниження. Консенсусна мета — зниження на 15 % протягом першої доби. Рівень АТ, при якому необхідно починати лікування, невідомий, але на цей випадок є домовленість у разі САТ — більше ніж 220 мм рт.ст., або ДАТ — більше ніж 120 мм рт.ст. (клас I, рівень доказовості C).

9. У разі артеріальної гіпотензії гострий інсульт повинен бути виключений. Ізотонічний розчин використовують для корекції гіповолемії. Необхідна корекція кардіальних аритмій, що можуть знижувати серцевий викид. Суть зміни серцевого викиду і використання медикаментів для збільшення АТ з метою лікування ішемічного інсульту дискутуються (клас I, рівень доказовості C).

10. Гіпоглікемія повинна корелюватися у пацієнтів з гострим ішемічним інсультом. Мета — досягти нормального рівня глюкози в крові. Необхідно уникати значного її підвищення в крові пацієнта (клас I, рівень доказовості C).

### Висновок

Впровадження у практичну діяльність лікувально-профілактичних закладів ІЦ дасть позитивний результат у діагностиці та наданні невідкладної медичної допомоги хворим із цереброваскулярною патологією та, зокрема, з інсультом.

### Список літератури

1. Kaste M., Palomani H., Sarna S. Where and how should elderly stroke patients be treated? A randomized trial // *Stroke*. — 1995. — 26. — P. 249-253.
2. Davalos A., Castillo O., Martinez-Vila E. Delay in neurological attention and stroke outcome // *Cerebrovascular diseases Study Group of the Spanish Society of Neurology: Stroke*. — 1995. — 26. — P. 2233-7.
3. Brainin M., Borustein N., Boysen G., Demarin V. Acute neurological stroke in Europe: results of the European stroke care inventory // *Eur. J. Neurol*. — 2000. — 7. — P. 5-10.
4. Alvarez Sabin J., Alonso de Lecinana M., Gallego J et al. Plan for stroke healthcare delivery // *Neurologia*. — 2006. — 21. — P. 717-26.
5. Ronning O.M., Guldvog B., Stavem K. The benefit of an acute stroke unit patients with intracranial haemorrhage: a controlled trial // *Neurol. Neurosurg. Psychiatry*. — 2001. — 70. — P. 631-4.
6. Moodre M., Cadiemae D., Pearce D et al. For the Scope's study group: Economic evaluation of Australian Stroke Services: a prospective multicenter study comparing stroke units with other care modalities // *Stroke*. — 2006 — 37. — P. 2790-5.
7. Langhorne P., Dennis M. *Stroke Unit in evidence-based approach*. — London: BMJ Books, 1998. — 240 p.
8. Kiehlstorm T., Norrving B., Schatchcuta A. *Helsingborg Declaration 2006 on European Stroke Strategies* // *Cerebrovasc. Dis.* — 2007. — 23. — P. 231-41.
9. Hacke W., Kaste M., Bogousslavsky J. et al. *European Stroke Initiative Recommendations for Stroke Management — Update 2003* // *Cerebrovasc. Dis.* — 2003. — 16. — P. 311-37.
10. *Defensor del Pueblo. Dano cerebral Sobvenido en Espana. Un acercamiento epidemiologi y sociosanitario. Available at: http://*

[www.defensordelologico.es/documentation/informesmonograficos/informedanion.zip](http://www.defensordelologico.es/documentation/informesmonograficos/informedanion.zip).2005

11. Зозуля А.І., Зозуля І.С. Визначення концептуальних підходів до створення сучасної системи спеціалізованої допомоги при цереброваскулярних хворобах в умовах реформування // Актуальні питання медицини невідкладних станів. Міжнародний науковий симпозиум, 1–2 квітня, 2014. — С. 45-47.

12. Зозуля А.І., Зозуля І.С. Проблема цереброваскулярних захворювань в Україні та світі і її перспективи // Збірник наукових праць співробітників НМАПО імені П.Л. Шупика. — К., 2014. — Вип. 27, кн. 1. — С. 417-432.

13. Зозуля А.І. Характеристика оптимізованої системи комплексної медичної допомоги при судинній патології головного мозку // Український медичний часопис. — № 6(92). — С. 103-108.

14. Зозуля І.С., Головченко Ю.І., Онопрієнко О.П. Інсульт. Тактика, стратегія ведення, профілактика, реабілітація та прогнози. — К.: Світ, 2010. — 220 с.

15. Гуляєва М.В., Поліщук М.Е. Стандартизація надання медичної допомоги пацієнтам з інсультом: крок вперед // Судинні захворювання головного мозку. — 2012. — № 1. — С. 2-5.

16. Мищенко Т.С. Современные возможности профилактики и лечения мозговых инсультов // Новости медицины и фармации. — 2011. — № 37. — С. 22-25.

17. Волосовець А.О. Особливості впливу патофізіологічних та медико-соціальних факторів ризику на час виникнення мозкового ішемічного інсульту // Збірник наукових праць співробітників НМАПО ім. П.Л. Шупика. — 2015. — С. 82-91.

Отримано 15.10.16 ■

Зозуля І.С., Зозуля А.І., Волосовець А.А.

Национальная медицинская академия последипломного образования имени П.Л. Шупика, г. Киев, Украина

### СОЗДАНИЕ ИНСУЛЬТНЫХ ЦЕНТРОВ ОСТАЕТСЯ ПРОБЛЕМОЙ № 1 В БОРЬБЕ С МОЗГОВЫМИ ИНСУЛЬТАМИ

**Резюме.** В статье авторы представляют анализ литературных данных относительно мысли международного научного сообщества по вопросу оказания помощи при остром мозговом инсульте и необходимость создания инсультных центров, приводят примерное описание инсультных центров, рекомендуемых для внедрения в Киеве и Украине. Описание

состоит из общих положений, основных задач центра, функций, руководства центром, рекомендаций для специализированных центров по лечению инсультов (неотложной диагностике, общему уходу и лечению осложнений инсульта).

**Ключевые слова:** инсульт, инсультный центр, оказание неотложной помощи.

Zozulya I.S., Zozulya A.I., Volosovets A.O.

P.L. Shupyk National Medical Academy of Postgraduate Education of the Ministry of Healthcare of Ukraine, Kyiv, Ukraine

### CREATION OF STROKE CENTERS REMAINS A PROBLEM № 1 IN STRUGGLE WITH CEREBRAL STROKES

**Summary.** In the article, the authors present an analysis of published data on international scientific community thought about the issue of care for acute stroke and the need for stroke centers, suggest an approximate description of stroke centers that are recommended for introduction in Kyiv and Ukraine. Description

consists of the general provisions, the main tasks of the center, functions, center management, recommendations for specialized centers for the treatment of stroke (emergency diagnostics, general examination and treatment of complications of a stroke).

**Key words:** stroke, stroke center, first aid.