

# Ішемічний інсульт. Спеціалізована допомога

Протокол при ішемічному інсульті для неврологів, нейрохірургів, анестезіологів у стаціонарі.

**Дії лікаря-невролога, нейрохірурга, анестезіолога при ішемічному інсульті на госпітальному етапі**

## Діагностика ішемічного інсульту

1. Нейровізуалізацію головного мозку виконують усім пацієнтам із гострим порушенням мозкового кровообігу (ГПМК) у першочерговому порядку (в межах 24 год від початку симптомів).

2. Пацієнти, які є кандидатами для проведення системного тромболізу, проходять нейровізуалізацію позачергово!

3. Лабораторні та інструментальні обстеження проводять для уточнення клінічного стану пацієнта, призначення лікування, а також для виявлення підтипу інсульту для призначення диференційної вторинної профілактики інсульту (детальну класифікацію підтипів інсульту наведено в адаптованих клінічних настановах).

4. Пацієнтам з інсультом і транзиторною ішемічною атакою (ТІА) рекомендоване 24-годинне холтерівське моніторування електрокардіограми (ЕКГ) після гострого періоду інсульту за наявності аритмії та невідновленого підтипу інсульту.

Доведено, що:

1. Важливим фактором для вибору тактики лікування пацієнта з ГПМК є невідкладне проведення діагностики та визначення типу інсульту.

2. Діагностична нейровізуалізація (комп'ютерна томографія (КТ) або магнітно-резонансна томографія (МРТ)) — метод, який дозволяє провести диференційну діагностику (у тому числі ранню) та визначити тип ГПМК (ішемічний чи геморагічний інсульт). У більшості випадків початковим нейровізуалізаційним методом є безконтрастна спіральна КТ.

3. Попереднє повідомлення лікувального закладу та належне сполучення з відділенням радіології (рентгенодіагностичним відділенням) полегшує доступ до методів діагностичної нейровізуалізації та зберігає час для надання подальшої медичної допомоги.

4. Пацієнти з ГПМК, які перебувають у межах вікна терапевтичних можливостей, повинні мати пріоритет перед іншими пацієнтами при проведенні методів нейровізуалізації, оскільки час має вирішальне значення для проведення ефективного лікування.

5. Обстеження пацієнтів з ТІА має також бути терміновим (у межах 48 год), оскільки до 10% цих пацієнтів переносять інсульт у межах наступних 2–7 днів.

6. Патологія серця, часто наявна у пацієнтів з інсультом, може бути причиною виникнення ГПМК.

### Дії лікаря

#### Невідкладні

1. Збір анамнезу.

1.1. Збір анамнезу захворювання.

- Лікар, який оглядає пацієнта, зобов'язаний точно визначити час початку захворювання (якщо очевидців розвитку симптомів інсульту немає, часом розвитку інсульту слід вважати той час, коли пацієнта востаннє бачили у звичайному стані — без симптомів інсульту). Необхідно визначити, чи є пацієнт потенційним кандидатом на проведення системного тромболітичного лікування.
- У разі виявлення пацієнта, який є кандидатом для проведення системного тромболітичного лікування, подальші дії медичного персоналу регламентуються Уніфікованим клінічним протоколом медичної допомоги (УКПМД) «Системний тромболізіс при ішемічному інсульті (екстрена, вторинна спеціалізована) медична допомога».
- Скарги та клінічний перебіг симптомів захворювання.

1.2. Збір анамнезу життя.

Виявлення судинних факторів ризику (ФР) виникнення інсульту (ТІА), таких як артеріальна гіпертензія (АГ), порушення ритму серця, захворювання серця, цукровий діабет (ЦД), інфаркт міокарда чи ГПМК, в минулому.

1.3. Сімейний анамнез.

1.4. Медикаментозний анамнез.

Перелік лікарських засобів, які приймає пацієнт (пероральні антикоагулянти; нестероїдні протизапальні засоби (НСПЗЗ), антигіпертензивні засоби тощо).

1.5. Наявність/відсутність алергії на лікарські засоби.

1.6. Перенесені травми, оперативні втручання.

1.7. Шкідливі звички (тютюнопаління, зловживання алкоголем, вживання наркотиків).

2. Фізичне обстеження.

2.1. Вимірювання артеріального тиску (АТ) на обох руках (у разі, якщо наповнення пульсу на променевих артеріях відрізняється).

Якщо АТ на руках істотно відрізняється (на >10–15 мм рт. ст.), це може свідчити про диссекцію аорти, оклюзійно-стенотичні ураження підключичних артерій, брахіоцефального стовбура, хворобу Такаюсу.

2.2. Вимірювання частоти серцевих скорочень (ЧСС).

2.3. Вимірювання температури тіла.

2.4. Вимірювання частоти дихання (ЧД).

2.5. Визначення маси тіла.

2.6. Вимірювання зросту, окружності талії (ОТ).

3. Огляд за органами та системами.

Під час огляду необхідно приділити особливу увагу:

3.1. Огляду голови та шиї (ознаки травми).

3.2. Огляду язика (прикуси).

3.3. Огляду ніг (набряки).

3.4. Огляду кольору шкіри (жовтяниця, синці, петехії, ціаноз).

3.5. Аускультатії серця та сонних артерій (аритмія, шуми).

3.6. Пальпації пульсу на артеріях стоп.

4. Неврологічне обстеження.

Необхідно проводити в повному обсязі, але не займаючи багато часу. Найважливішою ознакою ГПМК та ішемічного інсульту є вогнищеві неврологічні симптоми, які виникли гостро (впродовж хвилин, годин).

4.1. Особливості проведення неврологічного обстеження.

Визначення тяжкості інсульту проводять за допомогою Шкали тяжкості інсульту (NIHSS).

### Шкала тяжкості інсульту

#### Національних інститутів

#### здоров'я США (NIHSS)

#### із рекомендаціями

#### РЕКОМЕНДАЦІЇ

• Оцінюйте всі розділи шкали інсульту в наведеному порядку і відразу запишіть оцінку в кожному розділі.

• Не повертайтеся до попередніх розділів і не змінюйте оцінок.

• Дотримуйтеся рекомендацій щодо кожного огляду. Оцінки мають відображати те, що хворий насправді зробив, а не те, що, на Вашу думку, він може зробити.

• Записуйте оцінки під час огляду та працюйте швидко.

• Окрім зазначених випадків, не навчайте хворого (зокрема не наполягайте, щоб він докладав якомога більше зусиль).

#### ОЦІНЮВАННЯ

#### 1А. РІВЕНЬ СВІДОМОСТІ

Якщо такі фізичні перешкоди, як інтубація трахеї, мовний бар'єр, пошкодження/пов'язка на обличчя чи трахеї, унеможливають повне оцінювання, оцінюйте на власний розсуд. Оцінку «3» слід вибирати лише у тому разі, якщо хворий не реагує рухами (крім рефлекторних) на больові подразники.

#### Шкала: її визначення (пояснення)

**0: притомний**, реагує швидко.

**1: оглушення**, сонливий, але можна опритомнити легкими подразниками, і тоді виконує накази, відповідає, реагує.

**2: напівпритомний**, реагує повільно, потребує повторної стимуляції до участі, оглушений і потрібні сильні чи больові подразники, щоб викликати рухи (не шаблонні).

**3: непритомний (кома)**, реагує лише рефлекторними рухами чи вегетативними проявами або зовсім не реагує, має низький тону м'язів, рефлекси відсутні.

**ОЦІНКА** \_\_\_\_\_

**1Б. РІВЕНЬ СВІДОМОСТІ: ЗАПИТАННЯ**

Запитайте хворого, який зараз місяць та скільки йому років. Відповідь має бути точною — не давайте частину балів за приблизну відповідь. Хворі з афазією чи значним порушенням свідомості, які не розуміють запитання, отримують оцінку «2». Хворі, які не можуть говорити через інтубацію трахеї, пошкодження/пов'язку на обличчя чи трахеї, тяжку дизартрію (з будь-якої причини), мовний бар'єр чи іншу проблему, яка не спричинена афазією, отримують «1». Важливо оцінювати тільки першу відповідь і не допомагати хворому будь-якими словами чи діями.

**Шкала: її визначення**

**0:** правильно відповів на обидва запитання.

**1:** правильно відповів на одне запитання.

**2:** не дав жодної правильної відповіді.

**ОЦІНКА** \_\_\_\_\_

**1В. РІВЕНЬ СВІДОМОСТІ: КОМАНДИ**

Попросіть хворого розплющити й заплющити очі та стиснути в кулак і розігнути пальці менш ураженої руки. Якщо пальці використати неможливо, віддайте інший наказ, що передбачає одну дію. Коли спроба була чіткою, але її не завершено через слабкість м'язів, бал за неї нараховується. Якщо хворий не розуміє словесного наказу, покажіть завдання (мовою жестів) і оцініть відповідь (не виконав жодної, виконав обидві чи одну з команд). Хворому з фізичними ушкодженнями, ампутацією руки чи іншими вадами віддайте інший простий однодійний наказ. Оцінюйте лише першу спробу.

**Шкала: її визначення**

**0:** правильно виконав обидві команди.

**1:** правильно виконав одну команду.

**2:** не виконав жодної з команд.

**ОЦІНКА** \_\_\_\_\_

**2. РУХИ ОЧЕЙ**

Оцінюйте лише горизонтальні рухи очей. Виставляйте оцінку за довільні або рефлекторні (окулоцефальний рефлекс) рухи очей, без калоричних проб. Якщо очні яблука хворого парно відхилені вбік, але при довільних чи рефлекторних рухах їх положення змінюється, оцінка «1». Якщо у хворого периферичне ураження черепного нерва, який забезпечує рухи очного яблука (III, IV чи VI), оцінка «1». Оцінюйте рухи очей в усіх хворих з афазією. У хворого із травмами ока, пов'язками, сліпотю та іншими порушеннями гостроти чи полів зору слід перевірити рефлекторні рухи — вибір залишається за клініцистом. Інколи рухи в один і в інший бік від хворого зі збереженням контакту між очима дозволяють виявити частковий параліч погляду.

**Шкала: її визначення**

**0:** норма.

**1:** парез погляду; рухи одного чи обох очей порушені, але немає тонічного відведення очей чи повного паралічу погляду.

**2:** тонічне відведення очей або повний параліч погляду, які зберігаються під час перевірки окулоцефального рефлексу.

**ОЦІНКА** \_\_\_\_\_

**3. ПОЛЯ ЗОРУ**

Оцінюйте верхні та нижні квадранти полів зору за допомогою конфронтаційної проби (підрахунок пальців або, якщо це неможливо, погрожуючі рухи в бік ока). Можете заохочувати хворого, але якщо хворий дивиться в бік пальця, що рухається, оцініть це як норму. Якщо одне око сліпе чи видалене, оцінюйте поля зору іншого ока. Оцінка «1» ставиться тільки у разі чіткої асиметрії полів зору, включаючи квадрантанопсію. Якщо хворий сліпий (з будь-якої причини), оцінка «3». Відразу зробіть одночасну подвійну стимуляцію. За наявності вибіркового браку уваги нарахуйте хворому 1 бал і врахуйте це в розділі 11.

**Шкала: її визначення**

**0:** поля зору збережені.

**1:** часткова геміанопсія.

**2:** повна геміанопсія.

**3:** двобічна геміанопсія (сліпота, включаючи кіркову сліпоту).

**ОЦІНКА** \_\_\_\_\_

**4. СЛАБКІСТЬ М'ЯЗІВ ОБЛИЧЧЯ**

Попросіть (або заохотьте жестиами), щоб хворий показав зуби, підняв брови та міцно заплющив очі. У хворих із порушеною свідомістю або тих, хто не розуміє мови, оцінюйте симетричність гримас та реакцію на больові подразники. Якщо обличчя не видно (через пошкодження/пов'язку, інтубацію трахеї чи інші причини), усуньте всі перешкоди, наскільки це можливо.

**Шкала: її визначення**

**0:** нормальна симетрична міміка.

**1:** легкий парез

(згладженість носогубної складки, асиметрична посмішка).

**2:** помірний парез (повний чи майже повний параліч нижніх мімічних м'язів — центральний тип).

**3:** повний одно- чи двобічний параліч (без міміки у верхній та нижній ділянках обличчя — периферичний тип).

**ОЦІНКА** \_\_\_\_\_

**5. СЛАБКІСТЬ РУК**

Оцінюйте кожну кінцівку по черзі, починаючи з менш ураженої. Надайте руці хворого початкове положення: випростайте руку хворого (долонею донизу) під кутом 90° до тіла (якщо хворий сидить) або 45° до тіла (якщо хворий лежить) і попросіть, щоб він так її утримував. Під опусканням розуміють рух руки донизу у перші 10 с. Хворого з афазією заохотьте владним голосом і жестиами, але не завдавайте болю. Тільки у разі ампутації чи анкілозу плечового суглоба зазначте, що цей розділ неможливо оцінити (Н/О), і надайте чітке письмове пояснення.

**Шкала: її визначення**

**0:** опускання немає, рука утримується у початковому положенні протягом 10 с.

**1:** опускання; рука спочатку утримується у початковому положенні (90° або 45°), але починає рухатися донизу протягом перших 10 с, не торкаючись ліжка чи іншої опори.

**2:** окремі спроби подолати силу тяжіння, хворий не може самостійно по-

ставити руку в початкове положення чи утримувати її в цьому положенні, і рука опускається на ліжку, але є певні зусилля проти сили тяжіння.

**3:** немає спроб подолати силу тяжіння, рука одразу падає.

**4:** відсутні будь-які рухи. Неможливо оцінити (Н/О) — поясніть: ампутація, анкілоз суглоба, інше \_\_\_\_\_

**ОЦІНКА** \_\_\_\_\_

**5а: ліва рука** \_\_\_\_\_

**5б: права рука** \_\_\_\_\_

**6. СЛАБКІСТЬ НІГ**

Оцінюйте кожну кінцівку по черзі, починаючи з менш ураженої (завжди в положенні горілиць). Надайте нозі хворого початкове положення: під кутом 30° до ліжка і попросіть, щоб він її так утримував. Під опусканням розуміють рух ноги донизу в перші 5 с. Хворого з афазією заохотьте владним голосом і жестиами, але не завдавайте болю. Тільки у разі ампутації чи анкілозу кульшового суглоба зазначте, що цей розділ неможливо оцінити (Н/О), і надайте чітке письмове пояснення.

**Шкала: її визначення**

**0:** опускання немає, нога утримується під кутом 30° протягом 5 с.

**1:** опускання, нога починає рухатися донизу впродовж перших 5 с, але не торкається ліжка.

**2:** окремі спроби подолати силу тяжіння, нога падає на ліжку протягом перших 5 с, але з певними зусиллями проти сили тяжіння.

**3:** немає спроб подолати силу тяжіння, нога одразу падає на ліжку.

**4:** відсутні будь-які рухи. Неможливо оцінити (Н/О) — поясніть: ампутація, анкілоз суглоба, інше \_\_\_\_\_

**ОЦІНКА** \_\_\_\_\_

**6а: ліва нога** \_\_\_\_\_

**6б: права нога** \_\_\_\_\_

**7. АТАКСІЯ В КІНЦІВКАХ**

У цьому розділі виявляють ознаки однобічного ураження мозочка. Попросіть хворого, щоб під час огляду не заплющував очей. У разі зорових порушень проведіть пробу у збереженому полі зору. Виконуйте проби «палець — ніс — палець» та «п'ята — коліно» з обох боків; нараховуйте бали за атаксію лише тоді, коли атаксія більша за слабкість. Якщо хворий не розуміє мови або паралізований, атаксії немає (оцінка «0»). Лише у разі ампутації чи анкілозу суглоба зазначте, що цей розділ неможливо оцінити (Н/О), і запишіть чітке пояснення.

**Шкала: її визначення**

**0:** немає.

**1:** є в одній кінцівці.

**2:** є у двох кінцівках.

**Неможливо оцінити (Н/О)** — поясніть: ампутація, анкілоз суглоба, інше \_\_\_\_\_

**ОЦІНКА** \_\_\_\_\_

**8. ЧУТЛИВІСТЬ**

Оцінюйте чутливість або гримаси хворого під час уколів одноразовою голкою чи ухилення від больових подразників (у разі значного порушення свідомості чи афазії). Враховуйте лише втрату чутливості від інсульту. Перевіряйте пильно в різних ділянках тіла (руки, але не кисті, ноги, тулуб, обличчя), щоб надійно виключити ге-

мігпестезію. Оцінку «2» ставте лише тоді, коли немає сумнівів, що у хворого наявна дуже значна чи повна втрата чутливості. Тому хворому з порушенням свідомості або з афазією поставте оцінку «1» або «0». Хворому зі стовбуровим інсультом та двобічною втратою чутливості поставте оцінку «2». Якщо хворий не відповідає і має тетраплегію, поставте оцінку «2». Хворому в комі (оцінка «3» в підрозділі 1А) в цьому розділі відразу поставте оцінку «2».

#### Шкала: її визначення

**0: норма;** втрати чутливості немає.

**1: легка чи помірна втрата чутливості;** на ураженому боці пацієнт відчуває дотик як менш гострий чи тупий; або хворий не відчуває болю, але відчуває, коли до нього доторкаються.

**2: тяжка чи повна втрата чутливості;** хворий не відчуває дотиків на обличчі, руці та нозі.

#### ОЦІНКА \_\_\_\_\_

#### 9. МОВА

Багато відомостей щодо розуміння мови ви вже отримали під час попередніх оглядів. Попросіть хворого описати, що зображено на запропонованому малюнку, назвати зображені речі та прочитати речення. Оцінюйте розуміння мови на підставі отриманих відповідей, а також виконання наказів під час загального неврологічного огляду. Якщо розлади зору заважають огляду, попросіть хворого назвати речі, які кладуть йому в руку, повторювати фрази та говорити. У разі інтубації трахеї попросіть хворого написати. Хворий у комі (оцінка «3» в підрозділі 1А) в цьому розділі відразу отримує оцінку «3». Якщо у пацієнта порушена свідомість або він не може співпрацювати, оцініть хворого на власний розсуд, але оцінку «3» ставте лише тоді, коли хворий німий і не виконує жодного наказу.

#### Шкала: її визначення

**0: афазії немає;** норма.

**1: легка чи помірна афазія;** є деякі чіткі ознаки втрати плавності чи розуміння мови, але без значних обмежень у висловлюванні думок. Порушення мовлення та/чи розуміння мови ускладнюють або унеможливають розмову про те, що намальовано. Однак ви можете зрозуміти з відповідей хворого, що зображено на малюнку, і назви зображених предметів.

**2: тяжка афазія;** спілкування обмежується уламками фраз. Необхідно здогадуватися, що хворий має на увазі, та/чи перепитувати. Обсяг інформації, якою можна обмінятися, дуже обмежений; тягар спілкування покладено на слухача. З відповідей хворого ви не можете зрозуміти, що зображено на малюнку і назви зображених предметів.

**3: німота, повна афазія;** немає ані змістовного мовлення, ані розуміння мови.

Пацієнти в комі автоматично отримують оцінку «3». При порушенні свідомості оцінку визначає дослідник, але оцінку «3» ставлять лише при аутизмі та повному ігноруванні простих команд.

#### ОЦІНКА \_\_\_\_\_

#### 10. ДИЗАРТРИЯ

Не інформуйте пацієнта, що ви збираєтесь оцінювати. При нормальній артику-

ляції пацієнт говорить розбірливо, у нього немає труднощів при вимовлянні складних звуків та словосполучень, скоромовок. При тяжкій афазії оцінюється вимовляння окремих звуків та фрагментів слів; при аутизмі ставиться оцінка «2».

Якщо тест провести неможливо (інтубація трахеї, травма обличчя), цей розділ помічається Н/О (неможливо оцінити) та надається пояснення причин.

Коли значних порушень немає, оцініть вимову хворого, попросивши його прочитати й повторити слова та словосполучення, наведені в табл. 1. Якщо у хворого наявна тяжка афазія, оцініть чіткість вимови та довільного мовлення. Тільки у разі інтубації чи інших фізичних перешкод для мовлення зазначте, що цей розділ неможливо оцінити (Н/О), і надайте чітке письмове пояснення. Не пояснюйте хворому, що саме ви оцінюєте.

#### Шкала: її визначення

**0: норма.**

**1: легка чи помірна дизартрія;** хворий «змазує» деякі слова й іноді буває складно його зрозуміти.

**2: тяжка дизартрія;** вимова настільки спотворена, що пацієнта неможливо зрозуміти (афазії немає чи її ступінь значно поступається дизартрії), чи хворий зовсім не говорить (німота).

**Неможливо оцінити (Н/О)** — поясніть: інтубація, фізична перешкода, інше \_\_\_\_\_

#### ОЦІНКА \_\_\_\_\_

#### 11. ВИКЛЮЧЕННЯ АБО БРАК УВАГИ (інші можливі назви синдрому ГЕМІІГНОРУВАННЯ, НЕГЛЕКТ)

Під **сенсорним геміігноруванням** розуміють порушення сприймання на одній половині тіла (зазвичай зліва) при нанесенні подразнень одночасно з обох боків (при відсутності геміігпестезії).

Під **візуальним геміігноруванням** розуміють порушення сприймання об'єктів у лівій половині поля зору при відсутності лівобічної геміанопсії.

Під час попередніх оглядів ви могли отримати досить інформації щодо браку уваги чи вибіркового сприйняття. Якщо одночасна подвійна стимуляція неможлива через значне звуження полів зору (геміанопсію), а чутливість шкіри збережена, виберіть оцінку «0». Якщо хворий з афазією звертає увагу на подразники з обох боків — оцінку «0». Якщо наявний брак зорової уваги до частини простору чи анозогнозія, це підтверджує порушення. Оскільки ці порушення оцінюються лише у разі їх наявності, цей розділ ніколи не буває таким, що неможливо оцінити.

#### Шкала: її визначення

**0: порушень немає.**

**1: брак уваги** до зорових, дотикових, слухових, просторових чи тілесних подразників або виключення (вибіркове сприйняття) подразників однієї сенсорної модальності; при одночасному нанесенні подразників з обох боків вони сприймаються лише з одного боку.

**2: тяжкий брак уваги** або виключення (вибіркове сприйняття) подразників більше ніж однієї модальності (наприклад не впізнає власної руки або орієнтується у просторі лише з одного боку).

#### ОЦІНКА \_\_\_\_\_

Таблиця 1

<b>Словосполучення</b> до оцінювання афазії (до п. 9. <b>МОВА</b> )	Ти знаєш як. Вниз до землі. Я повернувся додому з роботи. Поблизу столу у віталні. Вони чули його виступ по радіо минулого вечора
<b>Слова для оцінки</b> дизартрії (до п. 10. <b>ДИЗАРТРИЯ</b> )	МАМА ТІК-ТАК ВРЕШТІ-РЕШТ СКЛИКАННЯ СТУДЕНТСЬКИЙ ФУТБОЛІСТ
Загальна кількість балів при оцінці пацієнта	
<b>ВИЗНАЧЕННЯ ТЯЖКОСТІ ІНСУЛЬТУ ЗА БАЛАМИ згідно з NIHSS</b>	
≤5 БАЛІВ	ЛЕГКИЙ ІНСУЛЬТ
6–13 БАЛІВ	ІНСУЛЬТ СЕРЕДНЬОЇ ТЯЖКОСТІ
14–20 БАЛІВ	ТЯЖКИЙ ІНСУЛЬТ
>20 БАЛІВ	ДУЖЕ ТЯЖКИЙ ІНСУЛЬТ

4.2. Повторні оцінки неврологічного стану за допомогою Шкали тяжкості інсульту (NIHSS) проводять через 3 та 6 год з моменту прибуття пацієнта до відділення, далі — щоденно. Оцінка динаміки допомагає у діагностиці крововиливу у мозок (особливо у разі неможливості нейровізуалізації). Бали тяжкості інсульту вносять до історії хвороби згідно з табл. 2.

4.3. Усім пацієнтам із ГПМК проводять скринінг на виявлення порушення ковтання (дисфагія).

5. Інструментальні дослідження.

*Обов'язкові терміни:*

5.1. Нейровізуалізаційне дослідження головного мозку (КТ/МРТ).

5.2. ЕКГ.

5.3. Пульсоксиметрія (моніторинг).

6. Лабораторні дослідження.

*Обов'язкові терміни:*

6.1. Визначення рівня глюкози.

7. Диференційну діагностику проводять з урахуванням клінічних симптомів, даних лабораторних та інструментальних методів дослідження.

7.1. Діагноз «інсульт» може бути сумнівний у разі тяжких загальномозкових симптомів (кома) чи наявності ізольованих неврологічних порушень, таких як вестибулярні розлади (запаморочення, нудота, блювання), розлади ходи (атаксія), порушення мовлення (дизартрія), за відсутності інших вогнищевих симптомів.

7.2. При сумнівності діагнозу ішемічного інсульту необхідно виключити такі захворювання:

- геморагічний інсульт (внутрішньочерепний крововилив);
- черепно-мозкова травма;
- метаболічні розлади (гіпо- чи гіперглікемія, електролітні розлади, уремія);
- пухлинні ураження головного мозку;
- ідіопатична невротія лицьового нерва (параліч Белла);
- коми різної етіології;
- гостра інтоксикація (лікарські препарати, алкоголь наркотичні засоби, інші токсини);
- інфекційно-запальні захворювання головного мозку та/чи його оболонок;

**Таблиця 2** Шкала тяжкості інсульту Національних інститутів здоров'я США (NIHSS), форма для історії хвороби

1А. Рівень свідомості	0, 1, 2, 3
1Б. Відповіді на запитання	0, 1, 2
1В. Виконання команд	0, 1, 2
2. Окоузові реакції	0, 1, 2
3. Зір	0, 1, 2, 3
4. Парез лицьових м'язів	0, 1, 2, 3
5. Рухи у верхній кінцівці	- ліва рука - права рука 0, 1, 2, 3, 4
6. Рухи у нижній кінцівці	- ліва нога - права нога 0, 1, 2, 3, 4
7. Атаксія в кінцівках	0, 1, 2
8. Чутливість	0, 1, 2
9. Мова	0, 1, 2, 3
10. Дизартрія	0, 1, 2
11. Виключення чи брак уваги (ігнорування, неглект)	0, 1, 2

**Сума балів**  
Дата обстеження                      Час обстеження                      Лікар (ПІБ) підпис

**ВИЗНАЧЕННЯ ТЯЖКОСТІ ІНСУЛЬТУ ЗА БАЛАМИ згідно з NIHSS**

≤5 балів	Легкий інсульт
6–13 балів	Інсульт середньої тяжкості
14–20 балів	Тяжкий інсульт
>20 балів	Дуже тяжкий інсульт

- гостра периферична вестибулопатія;
- вогнищевий неврологічний дефіцит після епілептичного нападу (параліч Тода);
- синкопальний стан;
- транзиторна глобальна амнезія;
- вторинні неврологічні розлади на фоні соматичної патології (пневмонія, серцева недостатність, печінкова та ниркова недостатність).

7.3. При виявленні симптомів порушення мозкового кровообігу, які зберігаються кілька хвилин чи годин, необхідно на підставі клінічних проявів та результатів додаткових досліджень (МРТ, ультразвукова доплерографія (УЗДГ), ЕКГ, ехокардіографія — ехоКГ) виключити або підтвердити діагноз ТІА. У разі виключення діагнозу ТІА необхідно розглянути можливі причини минулих неурдинних неврологічних порушень (транзиторної неврологічної атаки), зокрема еквіваленти мігрені.

8. Ургентна консультація нейрохірурга показана у гострий період ішемічного інсульту у таких випадках:

- у разі виявлення при нейровізуалізації ознак внутрішньочерепного крововиливу;
- при гострій тромботичній оклюзії магистральних церебральних артерій у екстра- та інтракраніальних ділянках;
- при інфаркті мозочка, масивному інфаркті в басейні середньої мозкової артерії (СМА) із прогресуючим дислокаційним синдромом.

**Дії лікаря при діагностиці ішемічного інсульту**  
**Планові**

1. Консультації суміжних спеціалістів.
  - 1.1. Консультацію кардіолога проводять для виявлення серцево-судинної патології та призначення додаткових лабораторних та діагностичних втручань.
  - 1.2. Консультація окуліста.
  - 1.3. Консультацію нейрохірурга проводять:
    - При виявленні на УЗДГ судин шії стенозу каротидних артерій >70% для вирішення питання проведення хірургічного лікування.

- При ТІА, при малому інсульті (повне відновлення вогнищевих неврологічних порушень у термін до 3 тиж), за умов стабільного неврологічного статусу після ішемічного інсульту зі збереженням залишкової функції в уражених кінцівках та за наявності нижченаведених критеріїв після проведення неінвазивної інструментальної діагностики (УЗДГ, МР/КТ-ангіографія): стеноз внутрішньої сонної артерії (ВСА) >50%, тромбоз однієї ВСА і стенотичне ураження протилежної ВСА, ознаки стенотичного ураження мозкових артерій в інтракраніальних ділянках, стенотичне ураження хребтових артерій (ХА) чи основної артерії з відповідною симптоматикою недостатності кровообігу у вертебробазиллярному басейні (ВББ).
- Пацієнтам із безсимптомним стенозом ВСА >60%, виявленим при скринінговому обстеженні або випадково (УЗДГ, МР-/КТ-ангіографія).

1.4. Консультацію логопеда проводять для виявлення порушень мовлення (афазії, дизартрії) та/чи ковтання (дисфагії), виявлення супутніх порушень (дискалькулії, диспраксії, дискоординації), профілактики виникнення вторинних відхилень мовлення, надання першочергової логопедичної допомоги у разі виникнення мовленнєвих порушень, підбору необхідного комунікативного засобу для подальшого спілкування з пацієнтом у разі виявлення афазії.

1.5. Консультацію фахівця з фізичної реабілітації проводять для призначення: рухового режиму в іммобілізованого пацієнта для профілактики утворення пролежнів, правильного позиціонування уражених кінцівок та профілактики утворення патологічних поз, проведення реабілітаційного обстеження та призначення індивідуальної програми ранньої реабілітації (ІРП).

2. Лабораторні дослідження: розгорнутий загальний аналіз крові з визначенням числа тромбоцитів, міжнародного нормалізованого відношення (МНВ), активованого часткового тромбoplastинового часу, електролітний склад сироватки крові, рівень

глюкози (в динаміці), ниркові проби (креатинін та сечовина в сироватці крові), ліпідограма.

3. Інструментальні методи: ЕКГ у 12-відведеннях, рентгенографія легень, ультразвукове дуплексне сканування магистральних судин голови і шиї (обов'язково при ішемічному інсульті в каротидному басейні).

4. Додаткові методи обстеження (за показаннями): ехоКГ (трансторакальна чи трансезофеагальна), ультразвукове дослідження органів черевної порожнини, люмбальну пункцію проводять при підозрі на субарахноїдальний крововилив за відсутності відповідних даних на КТ.

4.1. Проведення ехоКГ рекомендується лише в окремих випадках, а саме:

- За наявності у пацієнтів серцевої патології в анамнезі, виявленої при об'єктивному обстеженні та за даними ЕКГ.
- У пацієнтів із підозрою на кардіальне джерело емболії (при церебральних інфарктах в різних судинних басейнах).
- У пацієнтів із підозрою на патологію аорти.
- У пацієнтів із підозрою на парадоксальну емболію.
- У пацієнтів із невстановленою причиною інсульту.

**Бажані додаткові методи обстеження (в окремих пацієнтів)**

- Консультації суміжних спеціалістів: судинного хірурга, ендокринолога, гінеколога, уролога, психіатра.
- Лабораторні дослідження: рівень С-реактивного протеїну, загальний аналіз сечі, токсикологічний скринінг (за показаннями).
- Інструментальні методи: МР-/КТ-ангіографія.

**Лікування при ішемічному інсульті на госпітальному етапі**

Лікування пацієнтів включає:

**I. Базисну терапію** (в тому числі інтенсивну терапію осіб, які перебувають у критичному стані), яка включає:

Підтримку дихальної функції та захист дихальних шляхів.

- Підтримку серцево-судинної функції.
- Корекцію АТ.
- Інфузійну терапію.
- Корекцію рівня глюкози.
- Корекцію температури тіла.

**II. Специфічну (диференційну) медикаментозну терапію**, яка включає:

- Тромболітичну терапію.
- Антитромбоцитарну терапію.
- Лікування при набряку головного мозку та корекцію внутрішньочерепного тиску (ВЧТ) (медикаментозна терапія, проведення хірургічної декомпресії).

**III. Хірургічне лікування пацієнтів із ішемічним інсультом.**

**IV. Лікування у разі ускладнень:**

- Соматичних.
  - Неврологічних.
- Доведено, що:
1. Надання медичної допомоги пацієнтам у гострий період ішемічного інсульту на засадах доказової медицини запобігає

**Скринінг на порушення функції ковтання**« \_\_\_\_\_ » \_\_\_\_\_ 20 \_\_\_\_\_ р. \_\_\_\_\_ год \_\_\_\_\_ хв  
ПІБ \_\_\_\_\_ Вік \_\_\_\_\_ років.

I/x № \_\_\_\_\_

ПОПЕРЕДНЄ ОЦІНЮВАННЯ (тільки хворі, які реагують, оцінювати в положенні сидячи)

**Рівень свідомості** ясна  сопор  оглушення  кома**Стиснення губ** нормальне  неповне**Голос** нормальний  слабкий/хриплий  
 «вологий»  відсутній**Довільний кашель** нормальний  слабкий  
 відсутній**ЕТАПИ ОЦІНЮВАННЯ****Якщо на будь-якому з етапів 1, 2 чи 3 складається враження, що ковтання є небезпечним → оцінювання необхідно припинити та перейти до Етапу 5.****ЕТАП 1****У положенні сидячи дайте хворому тричі по 1 чайній ложці води та пальпуйте рухи щитоподібного хряща****Рухи щитоподібного хряща при ковтанні**

Спроба 1	Спроба 2	Спроба 3
<input type="checkbox"/> Нормальні	<input type="checkbox"/> Нормальні	<input type="checkbox"/> Нормальні
<input type="checkbox"/> Сповільнені	<input type="checkbox"/> Сповільнені	<input type="checkbox"/> Сповільнені
<input type="checkbox"/> Відсутні	<input type="checkbox"/> Відсутні	<input type="checkbox"/> Відсутні

**Кашель під час або після ковтання (більше одного разу)** Немає + €  Немає + €  Немає + €**«Вологий» або змінений голос після ковтання ложки води** Немає + €  Немає + €  Немає + €**Повільне витікання води з рота** Немає + €  Немає + €  Немає + €

Якщо є хоча б один результат +, → СТОП (нічого через рот) та замовити консультацію логопеда для оцінювання ковтання. Якщо ковтання виявилось безпечним, перейти до Етапу 2.

**ЕТАП 2****Якщо ковтання на Етапі 1 виявилось безпечним, попросіть пацієнта випити близько 50 мл води зі склянки****Кашель під час або після ковтання (більше одного разу)**

Спроба 1	Спроба 2	Спроба 3
<input type="checkbox"/> Немає + €	<input type="checkbox"/> Немає + €	<input type="checkbox"/> Немає + €
<input type="checkbox"/> Немає + €	<input type="checkbox"/> Немає + €	<input type="checkbox"/> Немає + €
<input type="checkbox"/> Немає + €	<input type="checkbox"/> Немає + €	<input type="checkbox"/> Немає + €

**«Вологий» або змінений голос після ковтання води** Немає + €  Немає + €  Немає + €**Повільне витікання води з рота** Немає + €  Немає + €  Немає + €

Якщо є хоча б один результат +, → СТОП (нічого через рот) та повторити Етап 2 через 24 год. Якщо ковтання виявилось безпечним, перейти до Етапу 3.

**ЕТАП 3****Спостерігати хворого, який їсть йогурт або сирний десерт**

Їжа падає з рота?	<input type="checkbox"/> Ні	+ Так
Накопичення/залишки їжі в роті?	<input type="checkbox"/> Ні	+ Так
Кашляє/давиться?	<input type="checkbox"/> Ні	+ Так
Хворий повідомив про труднощі з ковтанням?	<input type="checkbox"/> Ні	+ Так

Ковтання вільне та безпечне?

 Так  Ні, утруднене

Якщо є хоча б один результат +, → СТОП (нічого через рот) та замовити консультацію логопеда для оцінювання ковтання. Якщо ковтання виявилось безпечним, перейти до Етапу 4.

**ЕТАП 4****Спостерігати хворого, який їсть овочеве чи картопляне пюре**

Їжа падає з рота?	<input type="checkbox"/> Ні	+ Так
Накопичення/залишки їжі в роті?	<input type="checkbox"/> Ні	+ Так
Кашляє/давиться?	<input type="checkbox"/> Ні	+ Так
Хворий повідомив про труднощі з ковтанням?	<input type="checkbox"/> Ні	+ Так

Ковтання вільне та безпечне?

 Так  Ні, утруднене

Якщо є хоча б один результат +, → СТОП (нічого через рот) та замовити консультацію логопеда для оцінювання ковтання. Якщо ковтання виявилось безпечним, м'яка дієта.

**ЕТАП 5****Спостерігати хворого, який їсть м'яку дієту**

Їжа падає з рота?	<input type="checkbox"/> Ні	+ Так
Накопичення/залишки їжі в роті?	<input type="checkbox"/> Ні	+ Так
Кашляє/давиться?	<input type="checkbox"/> Ні	+ Так
Хворий повідомив про труднощі з ковтанням?	<input type="checkbox"/> Ні	+ Так

**ВИСНОВОК**

Ковтання вільне та безпечне?

 Так  Ні, утруднене

Якщо є хоча б один результат +, → СТОП (нічого через рот) та замовити консультацію логопеда для оцінювання ковтання. Якщо ковтання виявилось безпечним, погодити з логопедом призначення звичайного харчування.

Скринінг проводив (ПІБ) \_\_\_\_\_

розвитку ускладнень, знижує інвалідизацію та смертність.

2. При застосуванні кожного лікарського засобу лікар зобов'язаний визначити користь від його застосування та негативні наслідки, які можуть виникнути при необґрунтованому застосуванні лікарського препарату.

3. При лікуванні пацієнтів у гострий період ішемічного інсульту не рекомендується застосовувати лікарські засоби, ефективність і безпеку яких не доведено в рандомізованих клінічних дослідженнях, та які не входять до міжнародних клінічних настанов і стандартів.

4. Не рекомендується для лікування пацієнтів у гострий період інсульту застосування лікарських засобів, що можуть спричинити негативні наслідки або негативно вплинути на клінічний перебіг гострого періоду ішемічного інсульту, а саме:

- Розчинів глюкози.
- Діуретиків (осмотичних у формі розчинів та фуросеміду).
- Колоїдних розчинів для гемодіалізу.
- Вазоактивних препаратів (препарати барвінку, пентоксифіліну).
- Препаратів блокаторів кальцієвих каналів короткої дії для корекції системного АТ (ніфедипін) та корекції внутрішньомозкової гемодинаміки в гострий період ішемічного інсульту (німодипін).

5. Не підтверджена в гострий період ішемічного інсульту клінічна ефективність застосування спазмолітиків, антиоксидантів, препаратів, які впливають на метаболізм (мілдронат), препаратів бурштинової кислоти, токоферолу, ноотропних засобів, глюкокортикоїдів, нейропротекторів.

**1. Базисна терапія при ішемічному інсульті**

Базисна терапія — сукупність лікувальних стратегій, спрямованих на стабілізацію стану тяжких пацієнтів та корекцію тих порушень, які можуть ускладнити відновлення неврологічних функцій.

**Підтримка функції серцево-судинної системи та корекція АТ**

1. Для нормалізації кровообігу в головному мозку важливо підтримувати оптимальний рівень АТ, ЧСС, серцевого викиду та об'єму циркулюючої крові (ОЦК) (уникати гіповолемії).

2. Не рекомендується рутинне зниження АТ в гострий період ішемічного інсульту, якщо реєструється систолічний АТ (САТ) не вище 220 мм рт. ст. та/чи діастолічний АТ (ДАТ) не вище 120 мм рт. ст. У багатьох випадках спостерігається спонтанне зниження АТ впродовж 1-ї доби.

3. У разі артеріальної гіпотензії (АТ &lt; 100/70 мм рт. ст.) необхідно встановити причини її виникнення та усунути її за допомогою відповідних втручань. Основними чинниками можуть бути: гіповолемія, диссекція аорти, кровотеча та зменшення серцевого викиду внаслідок серцевої недостатності, ішемії міокарда чи аритмії.

Доведено, що у 75% пацієнтів у гострий період ішемічного інсульту виникає підвищення АТ, яке в більшості випадків не потребує спеціального лікування. Високий АТ у більшості пацієнтів з ішемічним інсультом

є компенсаторним механізмом. У ділянці пенумбри, де наявне порушення авторегуляції, об'єм кровотоку залежить від системного АТ.

**Дії лікаря при проведенні базисної терапії ішемічного інсульту**

**1. Моніторинг ЕКГ.**

1.1. Проводити моніторинг ЕКГ впродовж перших 24–48 год.

1.2. У пацієнтів із підтвердженою причиною інсульту (атеросклеротичний, лакунарний) від моніторингу ЕКГ при госпіталізації можна утриматися за відсутності змін на ЕКГ та захворювань серця в анамнезі.

1.3. У разі супутніх захворювань серця, змін на ЕКГ або підвищеного рівня тропонінів слід призначити консультацію кардіолога.

**2. Корекція АТ.**

2.1. Корекцію АТ проводять в нижче наведених випадках (табл. 3).

2.2. Знижувати АТ необхідно повільно, контролювано.

2.3. У разі проведення процедури внутрішньовенного (в/в) тромболізу, АТ слід підтримувати на рівні <185/110 мм рт. ст. перед проведенням процедури та впродовж 24 год після неї (див. УКПМД «Системний тромболізис при ішемічному інсульті (екстрена, вторинна (спеціалізована) медична допомога)»).

2.4. Дозування антигіпертензивних засобів: лабеталол (болюсно 10–20 мг в/в, за потреби — подальше введення по 10 мг в/в через 10–20 хв або інфузійно зі швидкістю 2–8 мг/хв), урапідил (1,25–2,5 мг в/в болюсно з подальшою інфузією 5–40 мг/год), есмолол (250–500 мг в/в болюсно з подальшою інфузією 50–100 мкг/кг маси тіла за 1 хв), еналаприл (0,625–1,25 мг в/в струминно впродовж 5 хв).

У пацієнтів з ДАТ >140 мм рт. ст. може бути застосований нітрогліцерин (інфузія 20–400 мкг/хв) або нітропрусид (0,5–8,0 мкг/кг/хв).

Слід враховувати, що нітрати підвищують ВЧТ, тому їх рекомендовано застосовувати лише в крайніх випадках короткочасно.

2.5. У пацієнтів з АГ в анамнезі, які до виникнення симптомів інсульту застосовували антигіпертензивні засоби, слід поновити таке лікування після 1-ї доби від початку захворювання за умови стабільності неврологічного дефіциту.

**Підтримка функції дихання та захист дихальних шляхів при ішемічному інсульті**

1. У разі гіпоксії, коли SpO<sub>2</sub> <92%, пацієнтам слід призначити інгаляцію зволоженого кисню (зі швидкістю 2–6 л/хв).

2. Пацієнти без ознак гіпоксії (SpO<sub>2</sub> не менше 95%) не потребують додаткової оксигенотерапії.

У пацієнтів із гострим ішемічним інсультом необхідно забезпечити достатній рівень оксигенації крові (SpO<sub>2</sub> не менше 95%).

**Дії лікаря**

1. Забезпечення адекватної функції зовнішнього дихання.

1.1. Пацієнти з гострим ішемічним інсультом мають перебувати під пульсоксиметричним моніторингом.

1.2. Слід враховувати, що показники SpO<sub>2</sub> під час сну можуть істотно погіршуватися.

1.3. У разі гіпоксії, коли SpO<sub>2</sub> <92%, пацієнтам слід призначити інгаляцію зволоженого кисню (зі швидкістю 2–6 л/хв) та/чи бронхолітики (у разі необхідності).

2. Забезпечення прохідності дихальних шляхів.

У пацієнтів із порушенням свідомості (сопор, кома) та/чи бульбарними порушеннями слід забезпечити прохідність верхніх дихальних шляхів. Для профілактики аспірації слід виконати назотрахеальну інтубацію.

**Корекція рівня глюкози при ішемічному інсульті**

• Гіпоглікемія <3 ммоль/л потребує негайної корекції.

• Гіперглікемія >10 ммоль/л потребує моніторингу та корекції.

• Гіпер- чи гіпоглікемія можуть погіршувати результати лікування ішемічного інсульту.

**Дії лікаря**

1. Гіпоглікемію (рівень глюкози крові <3 ммоль/л) необхідно усунути якомога швидше шляхом в/в введення 40–60 мл 20% розчину глюкози. При підозрі на дефіцит вітаміну В<sub>1</sub> (алкоголізм, тривала мальнутриція, енцефалопатія Верніке) перед введенням розчину глюкози слід ввести в/в 100 мг тіаміну.

2. При рівні глюкози >10 ммоль/л слід розпочати моніторинг глікемії (кожні 4 год). Рівень глюкози необхідно знижувати повільно за допомогою інсуліну короткої дії. Введення значних кількостей/доз інсуліну може призвести до гіпокаліємії, тому перед або разом з інсуліном слід в/в вводити розчини, які містять калій.

3. При усуненні значної гіперглікемії у пацієнта може виникнути гіповолемія, тому слід підтримувати достатній ОЦК шляхом введення 1–2 л розчину натрію хлориду або розчину Рінгера на добу.

**Інфузійна терапія при ішемічному інсульті**

1. У пацієнтів із гострим ішемічним інсультом введення рідини має становити не менше добової потреби для збереження загального водно-електролітного балансу та кровотоку в головному мозку.

2. Пацієнти похилого віку, у яких відзначається схильність до дегідратації, становлять групу ризику розвитку водно-електролітних розладів.

3. Зменшення ОЦК та підвищення гематокриту веде до погіршення реологічних властивостей крові.

Доведено, що:

1. Виходячи з позиції доказової медицини, тактику обмеження введення рідини і проведення дегідратації у пацієнтів з ГПМК слід вважати неприпустимою.

2. Від'ємний баланс рідини в перші 3 доби лікування знижує виживаність пацієнтів з інсультом.

3. Для корекції водно-електролітного балансу не використовують розчини, які містять глюкозу: гіперглікемія посилює ацидоз в ішемізованих ділянках мозку, розчини глюкози є джерелом вільної рідини, яка може спричиняти набряк мозку.

**Дії лікаря**

1. Необхідно підтримувати нормоволемію.

2. Введення рідини не менше добової потреби.

3. Якщо при госпіталізації у пацієнта наявні ознаки гіповолемії (низький АТ, підвищений гематокрит, сухість слизової оболонки) і немає протипоказань (некомпенсована серцева недостатність), інфузійна терапія може бути призначена в об'ємі 1000–1500 мл 0,9% розчину хлориду натрію або розчину Рінгера.

4. Для проведення інфузійної терапії у непритомних пацієнтів рекомендоване встановлення центрального венозного катетера, що дозволяє проводити моніторинг центрального венозного тиску, який бажано підтримувати на рівні 8–10 мм вод. ст.

**Корекція температури тіла при ішемічному інсульті**

1. Гіпертермія виникає у 25–60% пацієнтів у перші 48 год від початку ішемічного інсульту.

2. У разі тривалої лихоманки слід виключити бактеріальну інфекцію.

Гіпертермія погіршує результати лікування інсульту, тому у разі підвищення температури тіла до рівня ≥37,5 °С слід вжити заходів для її зниження.

**Дії лікаря**

1. Для зниження температури тіла застосовують парацетамол (3–4 г/добу перорально або ректально), фізичне охолодження.

2. Ефект фізичного охолодження може підсилитися у разі застосування вазодилаторів.

**II. Специфічна терапія при ішемічному інсульті**

Специфічна (диференційована) терапія при ішемічному інсульті включає:

1. Системний тромболізис — лікування, спрямоване на відновлення мозкового кровотоку (реперфузія) в інфарктзалежній артерії шляхом в/в введення рекомбінованого тканинного активатора плазміногену (регламентується УКПМД «Системний тромболізис при ішемічному інсульті (екстрена, вторинна (спеціалізована) медична допомога)»).

2. Антитромбоцитарну терапію.

3. Лікування у разі набряку головного мозку та підвищеного ВЧТ.

3.1. При відсутності об'ємного внутрішньочерепного процесу, який потребує невідкладного оперативного втручання, зниження ВЧТ проводять консервативними методами.

3.2. Хірургічна декомпресія впродовж 48 год від початку симптомів рекомендуєть-

Таблиця 3

Показання до корекції АТ

Показники АТ	Мета терапії	Препарати вибору	Нерекомендовані препарати
САТ >220 мм рт. ст. ДАТ >120 мм рт. ст.	Знизити САТ: за 2–3 год на 10–15% за 24 год — на 15–25%	Лабеталол, урапідил	Нітропрусид, ніфедипін

ся пацієнтам віком до 60 років з ознаками «злоякісного інфарктування» в басейні СМА.

Доведено, що:

1. Набряк головного мозку, який загрожує життю пацієнта, найчастіше розвивається між 2-ю та 5-ю добою після початку інсульту.

2. У ½ пацієнтів набряк головного мозку може розвинути в перші 24 год після виникнення інсульту.

3. При підозрі підвищення ВЧТ діагностичні зусилля необхідно спрямувати на встановлення його причини (неврологічне обстеження, КТ, МРТ) та уточнення ступеня.

4. Дієвою та ефективною корекція внутрішньочерепної гіпертензії може бути лише за умови наявності моніторингу ВЧТ.

5. Найбільш дієвими засобами зниження ВЧТ вважають осмотично активні препарати, зокрема манітол та гіпертонічний розчин натрію хлориду (10%).

6. Планове профілактичне призначення манітолу за відсутності внутрішньочерепної гіпертензії несе в собі більший ризик поглиблення ішемічних розладів мозкового кровообігу, ніж потенційну користь.

7. На сьогодні фурсосемід не входить до протоколів корекції ВЧТ і застосовується перш за все при серцевій недостатності та набряку легень.

8. На сьогодні не існує нейропротекторної програми, яка продемонструвала б достовірний вплив на покращення результатів лікування в гострий період інсульту.

#### Дії лікаря

#### Антитромбоцитарна терапія при ішемічному інсульті

Усім пацієнтам з ішемічним інсультом відразу, не пізніше 48 год від початку захворювання, має бути призначена ацетилсаліцилова кислота в дозі 160–325 мг (за відсутності дисфагії — перорально, у разі дисфагії — в назогастральний зонд, внутрішньом'язово (в/м) або ректально).

#### Контроль ВЧТ при ішемічному інсульті

Показання для контролю ВЧТ:

- Пацієнти з ГПМК, в яких тяжкість стану за шкалою ком Глазго <8 балів.
- Пацієнти із внутрішньомозковими гематомами, за даними КТ-дослідження, якщо вирішується питання про доцільність оперативного втручання (контроль динаміки збільшення інсульт-гематоми).
- Пацієнти з КТ-ознаками внутрішньочерепної гіпертензії, в яких неможливо оцінити неврологічний статус внаслідок проведення глибокої седації та нервово-м'язової блокади. Корекцію ВЧТ проводять згідно з нижченаведеним алгоритмом.

#### Алгоритм корекції

#### внутрішньочерепної гіпертензії

Алгоритм використовують у пацієнтів зі встановленим контролем наддихальними шляхами (інтубація чи трахеостомія), які перебувають на штучній вентиляції легень і в яких виключена можливість неврологічного погіршення внаслідок гіпоксії, гіперкапнії, артеріальної гіпотензії та гострого внутрішньочерепного об'ємного процесу, що потребує хірургічного втручання. Кожний

наступний крок алгоритму здійснюють у разі неефективності попереднього.

#### Крок 1

- Піднімання головного кінця ліжка на 20–30°.
- Помірна седація — фентаніл 0,5 мкг/кг/год (0,7 мл/год 0,005% розчину), бензодіазепіни 0,04 мкг/кг/год (0,6 мл/год 0,5% розчину).
- Помірна гіпервентиляція (PaCO<sub>2</sub> 30–35 мм рт. ст.).
- Вентрикулярний чи люмбальний дренаж.
- Манітол до 1 г/кг/добу (струминно по 0,25–0,5 г/кг за інфузію) або 10% розчин натрію хлориду (2–3 болюси по 50 мл).

#### Крок 2

- Глибока седація — фентаніл 1 мкг/кг/год (1,4 мл/год 0,005% розчину), бензодіазепіни 0,1 мкг/кг/год (1,5 мл/год 0,5% розчину).
- Манітол до 2 г/кг/добу (струминно по 0,5 г/кг за інфузію) або 10% розчин натрію хлориду (3–4 болюси по 50 мл).
- Гіпервентиляція (PaCO<sub>2</sub> 25–30 мм рт. ст.) під контролем сатурації крові у внутрішній яремній вені.

#### Крок 3

- Вазопресори (норепінефрин, допамін) для підтримки САТ ≥120 мм рт. ст. і центрального перфузійного тиску ≥70 мм рт. ст.
- Барбітурова кома.
- Декомпресивна краніотомія.

Ефективність протоколу, перш за все, залежить від проведення інвазивного моніторингу ВЧТ.

#### III. Хірургічні методи лікування та нейроендоваскулярні втручання у пацієнтів з ішемічним інсультом

1. У пацієнтів із визначеними причинами оклюзійно-стенотичного ураження магістральних церебральних артерій проведення ревааскуляризаційних нейрохірургічних втручань впродовж перших 2 тиж після початку захворювання має найвищу ефективність у запобіганні повторним ішемічним порушенням мозкового кровообігу.

2. «Злоякісне інфарктування» при оклюзійних ураженнях СМА та при мозочковому інфаркті за рахунок прогресуючого цитотоксичного набряку зазвичай призводить до фатальних наслідків у результаті дислокації та вклинення мозкових структур.

3. Своєчасне виконання декомпресивної краніотомії дозволяє знизити рівень летальності та ступінь інвалідизації у цієї категорії пацієнтів за рахунок запобігання незворотним стовбуровим порушенням внаслідок дислокаційних явищ.

До екстрених нейрохірургічних втручань у гострий період ішемічного інсульту, відповідно до Клінічного протоколу надання нейрохірургічної допомоги пацієнтам із ішемічним інсультом (наказ МОЗ України від 13.06.2008 р. № 317) відносять:

1. Ендоваскулярні операції (селективний інтраартеріальний тромболізис, тромбектомія, ангіопластика і стентування), які можна виконувати в період до 6 год з моменту початку захворювання у спеціалізованих судинних нейрохірургічних центрах при:

1.1. Тромбоемболії мозкових артерій (біфуркація ВСА, стовбура СМА та її гілки, передньої мозкової артерії та її гілки, основної артерії та її гілки).

1.2. Гострий тромботичний оклюзії (інтракраніальний сегмент ВСА, СМА, сегмент V4 ХА, основна артерія).

2. Прямі операції (декомпресивна трепанація — півкульна, задня черепна ямка), які можна виконувати при розвитку дислокаційних порушень внаслідок вираженого ішемічного набряку головного мозку у закладах охорони здоров'я (ЗОЗ), що надають вторинну медичну допомогу.

Показання до ревааскуляризаційних хірургічних втручань (тромбектомія, тромб-ендартеректомія, ендартеректомія), які виконують у спеціалізованих судинних нейрохірургічних центрах у гострий період ішемічного інсульту (перші 2 тиж):

- гостра тромботична оклюзія екстракраніального сегмента ВСА;
- стенотичне ураження екстракраніального сегмента ВСА атеросклеротичного генезу зі звуженням просвіту >70%;
- тромбоформування («флотуючий» тромб) у ділянці стенотичного ураження.

Показання до нейроендоваскулярних втручань, які виконують у спеціалізованих судинних нейрохірургічних центрах у гострий період ішемічного інсульту (перші 2 тиж):

- артеріальна диссекція (ВСА, ХА) з проявами гемодинамічно залежної мозкової гіперперфузії;
- стенотичне ураження екстракраніальних сегментів ВСА ІХА (звуження >70%) у пацієнтів із підвищеним ризиком при прямому хірургічному втручанні;
- стенотичне ураження інтракраніальних сегментів мозкових артерій (ВСА, СМА, сегмент V4 ХА, основна артерія).

#### IV. Лікування у разі виникнення ускладнень при ішемічному інсульті

##### Соматичні ускладнення

##### Аспіраційна пневмонія

1. Профілактичне застосування антибіотиків не рекомендується, але можливе використання антибактеріальної терапії у пацієнтів із дуже високим ризиком інфекційних ускладнень (ознаки аспірації, тривала катетеризація сечового міхура, глибокі пролежні).

2. Лікування при аспіраційній пневмонії здійснюють відповідно до медико-технологічних документів (МТД), що регламентують надання медичної допомоги при цьому захворюванні.

Доведено, що:

1. Рання мобілізація пацієнтів після інсульту запобігає розвитку таких ускладнень, як аспіраційна пневмонія, тромбоз глибоких вен, тромбоемболія легеневої артерії (ТЕЛА), пролежні.

2. Аспіраційна пневмонія — причина смерті 15–20% пацієнтів з інсультом. Більшість випадків аспіраційної пневмонії пов'язані з невиявленими або некоригованими випадками порушення ковтання (дисфагією).

#### Дії лікаря

У разі розвитку аспіраційної пневмонії необхідно призначити емпіричну антибіо-

тикотерапію, що включає 2–3 засоби (де-ексклаційна схема).

**Тромбоз глибоких вен і ТЕЛА при ішемічному інсульті**

1. Лікування із застосуванням еноксапарину безпечно впродовж 10–40 днів, після чого слід перевести пацієнта на пероральні антикоагулянти (варфарин під контролем МНВ).

2. Нефракціонований гепарин не поступається гепаринам низької молекулярної маси за ефективністю, але менш безпечний (вищий ризик виникнення кровотеч, тромбоцитопенії).

3. Для діагностики тромбозів глибоких вен використовують ультразвукове дослідження вен кінцівок або МР-венографію.

Доведено, що:

1. Своєчасно розпочата адекватна гідратація сприяє запобіганню не лише тромбоемболічним, але й численним іншим ускладненням у гострий та підгострий періоди інсульту.

2. Рання мобілізація доцільна у всіх пацієнтів із не надто тяжким інсультом і сприяє запобіганню не лише тромбоемболічним, але й численним іншим ускладненням у гострий та підгострий періоди інсульту.

3. Підшкірне введення антикоагулянтів рекомендоване у лікуванні лежачих пацієнтів та за наявності додаткових ФР тромбоемболічних ускладнень.

4. Ацетилсаліцилова кислота може бути застосована для запобігання тромбозу глибоких вен, але менш ефективна, ніж антикоагулянти.

5. Використання пристроїв для переміжного пневматичного стискання рекомендоване для лікування пацієнтів, у яких не можна застосувати антикоагулянти.

**Дії лікаря**

1. Діагностику ТЕЛА виконують за допомогою мультиспіральної КТ органів грудної клітки з контрастом.

2. Застосування антикоагулянтів не має бути рутинним у всіх пацієнтів з інсультом.

3. У пацієнтів, схильних до високого ризику виникнення тромбоемболічних ускладнень, слід оцінити доцільність та оптимальні способи профілактичного лікування.

4. Проведення медикаментозної профілактики тромбозу глибоких вен у пацієнтів із тяжким інсультом:

- 5000 ОД нефракціонованого гепарину 2–3 рази на добу підшкірно; або
- 40 мг еноксапарину 1 раз на добу підшкірно до відновлення ходи.

5. У пацієнтів із дуже високим ризиком виникнення тромбозу глибоких вен слід проводити активний моніторинг глибоких вен за допомогою ультразвуку кожні 2–4 дні.

**Порушення ковтання (дисфагія) у хворих на ішемічний інсульт**

1. Впродовж 1-ї доби після госпіталізації необхідно провести оцінку наявності порушень ковтання, рівня гідратації та нутритивного статусу пацієнта.

2. Скринінг на дисфагію (Скринінг на порушення функції ковтання) необхідно виконувати одразу після госпіталізації.

3. Пацієнтам із порушенням ковтання впродовж 1-ї доби необхідно встановити

назогастральний зонд і ввести тестову дозу ентерального харчування.

4. Пацієнтам із порушенням харчування при госпіталізації, а також пацієнтам із тяжким інсультом порушенням свідомості ентеральне харчування мають проводити кваліфіковані спеціалісти, які пройшли відповідну підготовку.

5. Об'єм ентерального харчування та дози його компонентів мають бути ретельно розраховані, а під час проведення харчування слід монітувати толерантність до нього і у разі необхідності — вчасно вносити корекцію.

6. Пацієнти зі стійкою втратою маси тіла та рецидивною інфекцією органів грудної клітки мають бути негайно повторно обстежені на наявність дисфагії.

Доведено, що:

1. Орофарингеальна дисфагія розвивається у >50% пацієнтів з ішемічним інсультом.

2. Прийом їжі через рот можливий лише у пацієнтів, які можуть ковтати маленькі порції води за командою і в яких збережений кашльовий рефлекс.

3. Комбінація приліжкових скринінгових тестів із контролем сатурації кисню підвищує чутливість зазначених ковтальних тестів (87–100%).

4. Пацієнти з німою/прихованою аспірацією можуть успішно виконувати тест з водою, хоча аспірація у них відбуватиметься, тому необхідно щоденно проводити моніторинг порушень ковтання впродовж усього періоду госпіталізації.

**Дії лікаря**

1. Пацієнт з інсультом не має їсти, пити та приймати через рот лікарські засоби (нічого через рот — НЧР), доки не буде встановлено, що ковтання є безпечним.

2. Скринінг на порушення функції ковтання проводить лікуючий лікар або інший підготовлений медичний персонал (див. розділ «Діагностика»).

3. Усім пацієнтам, в тому числі й тим, які успішно пройшли скринінг дисфагії, необхідно щоденно проводити моніторинг порушень ковтання впродовж усього періоду госпіталізації, оскільки порушення ковтання може розвинути у відтермінований період.

4. За результатами скринінгу лікар або дозволяє приймати їжу через рот, або визначає інші способи харчування пацієнта.

5. У разі заборони прийому їжі через рот весь персонал, який працює з пацієнтом, а також його родичі мають бути повідомлені про таку заборону. Біля ліжка пацієнта необхідно розмістити позначку НЧР.

6. Пацієнти з дисфагією мають проходити щоденний моніторинг впродовж перших 2 тиж після виникнення інсульту для визначення покращення. Пацієнтам із порушенням ковтання рекомендоване раннє встановлення назогастрального зонда (впродовж перших 48 год з моменту виникнення інсульту).

7. Якщо дисфагія виражена і триватиме >6 тиж, може бути показана гастростома чи єюностома, проте вони не рекомендовані в перші 2 тиж після виникнення інсульту.

8. У подальшому оцінку довготривалих порушень ковтання необхідно проводити кожні 2–3 міс впродовж 1-го року, потім — кожні 6 міс.

9. Скринінг дисфагії проводиться біля ліжка пацієнта і полягає в оцінці рівня свідомості хворого та його здатності взяти участь в обстеженні, оцінці ступеня постурального контролю (пацієнт здатний сидіти у вертикальному положенні — за підтримки чи самостійно). Порушення свідомості й постурального контролю унеможливають подальший скринінг, пацієнта необхідно годувати не пероральним методом до наступного скринінгу.

10. Якщо пацієнт здатний активно брати участь в обстеженні й може за підтримки сидіти у вертикальному положенні, процедура також має включати:

- спостереження за гігієною ротової порожнини, контроль слиновиділення;
- спостереження за проявами порушень ротоглоткової фази ковтання (задуха, кашель, «вологий» голос тощо);
- оцінка якості голосу пацієнта, функції м'язів ротової порожнини, чутливості ротової порожнини та початкових відділів глотки, а також здатності кашляти;
- за необхідності (для перевірки аспіраційного ризику) — проводять тести з водою для перевірки функції ковтання. Виконання тесту із трьома чайними ложками води.

**Тест із трьома чайними ложками води**

Пацієнту пропонують випити по черзі три чайні ложки води і після кожної випитої ложки спостерігають за появою ознак аспірації (кашель, зміна звучання голосу тощо). Якщо ознаки аспірації не проявилися — пропонують випити воду зі склянки, далі — спробувати проковтнути їжу різної текстури. Чутливість цього тесту >70% і специфічність 22–66% у виявленні аспірації.

**Харчування пацієнтів з інсультом**

1. По можливості необхідно проводити ентеральне харчування, яке розпочинається у ранній період (2-га–3-тя доба захворювання) з обов'язковим включенням до раціону вітамінів, мікроелементів, ненасичених жирних кислот.

2. Пацієнтам з інсультом необхідний контроль маси тіла та нутритивного статусу. Випадки недостатнього харчування відзначають у 50% пацієнтів з ішемічним інсультом.

**Дії лікаря**

1. Задовольнити добову потребу пацієнта в рідині.

Добова потреба пацієнта у рідині становить 30–35 мл/кг маси тіла (без врахування патологічних втрат, наприклад у разі гіпертермії, блювання, діареї тощо).

2. Задовольнити добову потребу пацієнта в калоріях та поживних речовинах.

Добову потребу в калоріях розраховують за формулою:

$$1,2(655,1 + 9,56 \text{ масу тіла (кг)} + 1,85 \text{ зріст (см)} - 4,68 \text{ вік (років)}),$$

що приблизно становить 30–35 ккал/кг/добу. Споживання білків має становити 1–1,2 г/кг/добу.

3. Моніторинг нутритивного статусу пацієнтів, які перебувають у тяжкому стані,



необхідно контролювати за допомогою оцінювання показників крові (рівень альбуміну та преальбуміну, кількості лімфоцитів).

4. Медикаментозне лікування проводиться згідно з відповідними МТД. При порушенні моторики травного каналу можна застосовувати домперидон, метоклопрамід тощо. У разі запору слід призначати препарати лактулози (20–80 мл/добу), проносні засоби та очисні клізми.

#### Профілактика та лікування при пролежнях

В усіх медичних закладах мають бути впроваджені заходи щодо зниження ризику пролежнів, які включають чіткі рекомендації щодо оцінювання ризику з урахуванням особливостей пацієнтів, які перебувають у цьому закладі.

1. В усіх медичних закладах необхідно запровадити систему оцінювання ризику пролежнів у пацієнтів з інсультом.

2. Для документування тяжкості пролежнів необхідно використовувати класифікацію з підтверженою валідністю.

#### Міжнародна класифікація пролежнів за тяжкістю

Міжнародну класифікацію пролежнів запропоновано у спільних настановах щодо профілактики та лікування пролежнів Європейської експертної комісії з пролежнів та Національної експертної комісії з пролежнів (E&NPUAP, 2009). Автори настанов досягли згоди щодо виокремлення чотирьох рівнів пошкодження тканин, які позначаються як стадії (I, II, III або IV). Стадії пролежнів визначають, виходячи з уявлення, що прогресування відбувається в напрямку від стадії I до стадії III або IV, хоча на практиці так буває не завжди.

#### Стадія I: стійке почервоніння ділянки шкіри

Цілісність шкіри не порушено, але на ній є обмежена ділянка стійкого почервоніння (еритема), яке найчастіше знаходиться над виступаючою кісткою. Ця ділянка може бути болючою, твердішою чи м'якшою, теплішою чи прохолоднішою за оточуючі ділянки шкіри. Поява такої ділянки зазвичай свідчить про високий ризик пролежнів.

#### Стадія II: часткова втрата товщини шкіри

Часткова втрата товщини шкіри, яка виглядає як плоска відкрита виразка з вологим або сухим рожевим дном рани без некротичних мас та ознак ураження більш глибоких тканин. Також може мати вигляд пухиря, заповненого серозною чи серознокров'янистою рідиною. Цю категорію не слід використовувати для описання розривів шкіри, опіків, дерматиту, мацерації чи саден.

#### Стадія III: повна втрата товщини шкіри

Ураження всієї шкіри (дерма та підшкірна жирова тканина). Глибина рани залежить від анатомічних особливостей частини тіла, де вона розміщена (наприклад пролежні на вухах, потилиці або щиколотках можуть бути плоскими, а на сідницях — дуже глибокими). В рані можна побачити підшкірний жир, але не видно і не відчужуються на дотик кістки, сухожилля чи м'язи. Можуть бути кишени й тунелі та/чи некротичні маси, але останні дозволяють бачити глибину ушкодження шкіри.

#### Стадія IV: глибоке ураження тканин (видно м'язи або кістки)

Ураження тканин таке глибоке, що можна побачити (або відчутти на дотик) кістки й сухожилля та/чи м'язи. Можуть бути некротичні маси або струп, часто бувають кишени й тунелі. Глибина рани залежить від анатомічних особливостей ділянок тіла, де вона розміщена, зокрема там, де немає підшкірної (жирової) клітковини, рани можуть бути неглибокими. Поширення на м'язи, сухожилля, фасції різко підвищує ризик виникнення остеомиєліту.

3. Слід використовувати комплексний підхід до оцінювання ризику (з урахуванням оцінки за шкалою Браден) (табл. 4), проводити його після госпіталізації та повторювати так часто, як це необхідно, відповідно до стану пацієнта.

4. Необхідно розробити та запровадити окремий локальний протокол медичної допомоги пацієнтам із високим ризиком розвитку пролежнів.

5. Доведено, що недостатня маса тіла пацієнта є модифікованим ФР пролежнів, тому в кожного пацієнта з підвищеним ризиком виникнення пролежнів слід оцінити нутритивний (харчовий) стан та ризик недостатності харчування і за необхідності — надати нутритивну допомогу: більш детальне обстеження із залученням дієтолога, оцінювання харчових потреб, усунення браку нутрієнтів, моніторинг та повторне оцінювання статусу харчування.

6. Сильний тиск на кісткові виступи впродовж нетривалого часу та несильний тиск впродовж тривалого часу — однаково шкідливі, тому слід приділяти увагу як силі, так і тривалості тиску.

#### Дії лікаря

1. Оцінювання ризику розвитку пролежнів.

1.1. Навчити всіх медичних працівників розрізняти пролежні та інші види ран (венозні, артеріальні чи нейропатичні виразки, розриви шкіри, інтертриго), а також належним чином використовувати класифікацію пролежнів різної локалізації, оцінювати ризик пролежнів (за шкалою Браден) та документувати результати оцінювань (табл. 5).

1.2. Оцінити ризик пролежнів та визначити тяжкість пролежнів за їх наявності (Міжнародна класифікація, див. табл. 5).

1.3. Під час оцінювання ризику слід враховувати ФР, які можуть суттєво впливати на утворення пролежнів, зокрема:

- нутритивний стан (рівень гемоглобіну та преальбуміну, харчування, маса тіла);
- кровообіг у тканинах (ЦД, нестабільність гемодинаміки, низький АТ погіршують мікроциркуляцію та оксигенацію);
- зволоженість шкіри (сухість та надмірна вологість підвищують ризик виникнення пролежнів);
- тяжкість стану, супутні захворювання, похилий вік; порушення чутливості й температури тіла.

2. Догляд за шкірою.

2.1. Повертайте пацієнта таким чином, щоб він не лежав на тій ділянці тіла, де виникає почервоніння шкіри.

2.2. Не використовуйте масаж для профілактики пролежнів, а також уникайте

сильного тертя шкіри, яке може викликати мікротравми та/чи запалення.

2.3. Суха шкіра є ФР розвитку пролежнів. Щоб знизити ризик пошкодження шкіри, не протирайте шкіру спиртовими розчинами, які містять камфору, діамантовий зелений, борну кислоту тощо та роблять шкіру сухою.

2.4. Використовуйте засоби для пом'якшення та зволоження шкіри, такі як олії, креми, лосьйони.

2.5. Уникайте надмірного зволоження та перегріву ділянок шкіри, оскільки ці чинники погіршують захисні властивості рогового шару.

3. Харчування пацієнтів із пролежнями.

3.1. Оцінювати нутритивний статус пацієнта з пролежнями необхідно на початку лікування та повторювати оцінювання в подальшому, особливо за відсутності позитивної динаміки щодо пролежнів.

3.2. З метою оцінювання нутритивного статусу та визначення необхідних втручань пацієнта з пролежнями, по можливості, має оглянути дієтолог.

3.3. Оцінювання нутритивного статусу включає визначення маси тіла та її втрати (>5% за 30 днів або >10% за 180 днів), можливості їсти самостійно, адекватності харчування та можливості для усунення дефіциту нутрієнтів.

3.4. Пацієнтам із поганим нутритивним станом та ризиком виникнення пролежнів щоденно рекомендується споживати:

- не менше 30–35 ккал на 1 кг маси тіла;
- білка 1,25–1,5 г/кг;
- 1 мл рідини на 1 споживану ккал.

3.5. Якщо харчові потреби пацієнта з поганим нутритивним станом та ризиком виникнення пролежнів неможливо забезпечити при звичайному харчуванні, слід розглянути використання змішаних харчових добавок із високим вмістом білка та інших цінних нутрієнтів (зокрема через назогастральний зонд чи гастростому) між прийомами їжі.

4. Положення тіла пацієнта у ліжку.

4.1. Необхідно уникати перебування пацієнта в положенні, при якому є прямий тиск на пролежні.

4.2. Для пацієнтів із високим ризиком розвитку пролежнів для зниження тиску на найбільш вразливі ділянки шкіри необхідно використовувати протипролежневі матраци.

4.3. Зміна положення тіла проводиться задля зменшення тривалості та рівня тиску на найбільш вразливі ділянки тіла.

4.4. У кожного пацієнта з підвищеним ризиком виникнення пролежнів слід розробити графік зміни положення тіла.

4.5. Змінювати положення тіла не рідше ніж 1 раз на 2–3 год, незалежно від якості матраца.

4.6. Необхідно уникати стискання, тертя та зсуву шкіри, під час зміни положення тіла використовувати допоміжні засоби.

4.7. Пацієнта слід піднімати, а не тягнути під час зміни положення тіла.

4.8. У разі високого ризику виникнення пролежнів пацієнта необхідно повертати кожні 1–2 год на 30–45°, укладаючи на один чи другий бік, спину або живіт (за відсутності протипоказань).

Таблиця 4

Шкала пролежнів Браден

Шкалу Браден (Braden Scale <http://www.bradenscale.com/>) створено у США у 1986 р. на підґрунті концептуальної схеми, яку розробили Barbara Braden та Nancy Bergstrom для дослідження етіології пролежнів (AWMA PU, 2007). Шкала Браден складається із 6 розділів, які характеризують мобільність, активність, сенсорне сприйняття, вологість шкіри, харчування і тертя. Кожний з підрозділів має своє визначення та оцінюється від 1 бала (найгірше) до 3 або 4 балів (найкраще). Таким чином, оцінка може коливатися від 6 до 23 балів. Якщо сума балів становить  $\leq 16$ , ризик виникнення пролежнів вважається високим. Використання більш високого порогового рівня (17 або 18 балів) дозволяє підвищити прогностичну чутливість шкали Браден.

**Шкала Браден для оцінювання ризику виникнення пролежнів**

	1. Різно обмежене	2. Дуже обмежене	3. Дещо обмежене	4. Не порушене
<b>СЕНСОРНЕ СПРИЙНЯТТЯ:</b> здатність відповідно реагувати на дискомфорт, пов'язаний із тиском	Жодних реакцій (не стогне, не здригається, не хапається) на больові подразники через зниження рівня свідомості чи седативні засоби АБО зниження больової чутливості у більшій частині тіла	Реагує лише на больові стимули. Не може повідомити про дискомфорт інакше, ніж стогнанням чи неспокоєм, АБО має порушення чутливості, які обмежують здатність відчувати біль чи дискомфорт у половині тіла	Відповідає на словесні команди, але не завжди може повідомити про дискомфорт чи потребу повернутися, АБО має окремі порушення чутливості, які обмежують здатність відчувати біль чи дискомфорт у одній чи двох кінцівках	Відповідає на словесні команди. Немає порушень чутливості, які б обмежували здатність відчувати або повідомити про біль чи дискомфорт
<b>ВОЛОГІСТЬ ШКІРИ:</b> наскільки шкіра піддається дії вологи	1. Постійно волога Шкіра майже постійно волога внаслідок потіння, потрапляння сечі тощо. Вологість шкіри відзначається щоразу, коли хворому допомагають повернутись або повернутись	2. Дуже волога Шкіра часто, але не завжди волога. Постільну білизну доводиться міняти принаймні 1 раз на добу	3. Інколи волога Шкіра іноді волога, у зв'язку з чим доводиться робити одну додаткову зміну постільної білизни приблизно 1 раз на добу	4. Рідко волога Шкіра зазвичай суха, постільна білизна змінюється через регулярні проміжки
<b>АКТИВНІСТЬ:</b> рівень фізичної активності	1. Ліжка Прикутий до ліжка	2. Крісло Здатність ходити значно обмежена чи відсутня. Не може втримати свою масу тіла і/чи потребує допомоги при пересуванні у крісло або візок	3. Інколи ходить Протягом дня іноді ходить, але на дуже коротку відстань, з допомогою чи без. Більшість часу проводить у ліжку або кріслі	4. Часто ходить Виходить із кімнати принаймні двічі на день і ходить по кімнаті принаймні кожні 2 год протягом дня
<b>МОБІЛЬНІСТЬ:</b> здатність змінювати й утримувати положення тіла	1. Повна нерухомість Зовсім не змінює положення тіла чи кінцівок без сторонньої допомоги	2. Дуже обмежена Інколи трохи змінює положення тіла чи кінцівок, але не може часто або значно змінювати положення	3. Дещо обмежена Часто, хоча й потрохи, змінює положення тіла чи кінцівок без сторонньої допомоги	4. Необмежена Значно і часто змінює положення без сторонньої допомоги
<b>ХАРЧУВАННЯ:</b> звичайне споживання їжі	1. Дуже погане Ніколи не з'їдає всієї їжі. Рідко з'їдає $> \frac{1}{2}$ запропонованої порції. Їсть білок (м'ясо чи молочні продукти) $\leq 2$ разів на день. Вживає мало рідини. Не отримує рідкої харчової добавки АБО нічого не вживає через рот та/чи утримується на прозорих розчинах чи в/в інфузіях протягом $> 5$ днів	2. Імовірно неадекватне Рідко з'їдає всю їжу та загалом лише $\frac{1}{2}$ будь-якої запропонованої порції. Не більше 3 разів на день вживає їжу, що містить білок (м'ясо чи молочні продукти). Інколи вживає харчові добавки АБО отримує менше, ніж потрібно, рідких продуктів чи зондового харчування	3. Адекватне З'їдає більшу половину запропонованої порції. Вживає білок (м'ясо чи молочні продукти) 4 рази на день. Інколи відмовляється від їжі, але зазвичай вживає добавки, коли пропонують, АБО перебиває на зондовому чи повному парентеральному харчуванні, яке здебільшого покриває харчові потреби	4. Відмінне З'їдає більшу частину порції. Ніколи не відмовляється від їжі. Зазвичай вживає м'ясо чи молочні продукти $\geq 4$ разів на день. Іноді їсть між сніданком, обідом та вечерою. Не потребує добавок
<b>ТЕРТЯ І ЗСУВ</b>	1. Проблема Потребує помірної чи максимальної допомоги для рухів. Неможливо цілком підняти без ковзання по простирадлу. Часто сповзає донизу в ліжку, потребує максимальної сторонньої допомоги у відновленні положення. Спастичність, контрактури або збудження призводять до майже постійного тертя	2. Потенційна проблема Малорухомий або потребує мінімальної допомоги. Під час рухів шкіра дещо ковзає по простирадлу, кріслі чи інших поверхнях. Відносно добре утримує положення у кріслі чи ліжку, але час від часу сповзає	3. Проблеми немає Рухається у ліжку та у кріслі без сторонньої допомоги, достатньо сили, щоб цілком піднятися під час зміни положення. Добре утримує положення у кріслі чи ліжку	

4.9. Уникати положень, в яких виникає значний тиск на вразливі ділянки тіла, зокрема на боці під кутом 90° або напівсидячи.

4.10. Коли пацієнт сидить, слід вибирати зручне положення, яке не обмежує рухів та знижує тиск на м'які тканини.

4.11. Не застосовуйте кільцеподібні засоби для підкладання під тіло та не наближайте впритул до пролежнів джерела тепла (радіатори, обігрівачі, грілки тощо), оскільки це може викликати мацерацію шкіри та уповільнювати загоєння.

4.12. Використовуйте підставку для ніг, якщо ноги пацієнта не торкаються землі при сидінні.

4.13. Оскільки в положенні сидячи площа опори порівняно невелика, тиск і,

відповідно, ризик появи пролежнів підвищується, тому час сидіння без полегшення тиску має бути обмеженим.

4.14. Збільшуйте обсяг рухів та мобільність, наскільки це можливо.

4.15. Усім, хто бере участь у догляді за пацієнтом, слід надати інформацію про важливість зміни положення тіла для профілактики пролежнів, а також пояснити, як правильно змінювати положення тіла та які положення дозволяють запобігти появі пролежнів.

**Лікування пролежнів при ішемічному інсульті**

**Обробка шкірних покривів та рани**

1. Пролежні та шкіру навколо них слід промивати щоразу під час заміни пов'язки.

2. Чисті пролежні промивають фізіологічним розчином або питною водою. Пролежні з ознаками інфекції, некрозу, струпу слід промивати розчинами протимікробних засобів під тиском, щоб очистити рану.

3. Необхідно проводити відповідну дезінфекцію, щоб запобігти зараженню та поширенню інфекції у відділенні.

**Заходи для очищення рани**

1. Видалення нежиттєздатних тканин з дна чи країв пролежнів слід проводити, коли дозволяє стан пацієнта. Основні методи — хірургічне видалення, аутоліз, ферментне та механічне очищення.

2. Хірургічне очищення зазвичай виконують за наявності флуктуації, абсцесу, флегмони, сепсису. У разі відсутності

ургентних показань необхідно використовувати аутоліз, ферментне чи механічне очищення рани.

3. Хірургічні втручання слід проводити особливо обережно у разі імунодефіциту, недостатності кровопостачання до нижніх кінцівок, лікування антикоагулянтами та за відсутності антибіотикотерапії у пацієнтів із сепсисом.

4. Під час та після очищення пролежня слід забезпечити відповідне знеболення. У подальшому рану необхідно оглядати щодня, щоб вчасно виявити ознаки інфекції та інші ускладнення.

#### **Використання пов'язок**

1. Пов'язку вибирають залежно від стану дна пролежня та шкіри навколо нього.

2. Слід розробити графік накладання та заміни пов'язок, дотримуючись рекомендацій виробників щодо способу використання і частоти заміни пов'язок.

3. Виберіть таку пов'язку, яка дозволить підтримувати дно пролежня вологим, а шкіру навколо нього — сухою.

4. Необхідно надавати перевагу сучасним пов'язкам (гідроколоїди, гідрогелі, гідроволокна, піни, плівки, альгірати, м'який силікон), які створюють кращі умови для загоєння пролежнів порівняно із традиційними матеріалами (марля, марля з парафіном, прості наклейки).

#### **Діагностика та лікування інфекцій у пацієнтів з пролежнями**

1. Ознаки гострого інфекційного ускладнення пролежня — запалення (почервоніння, підвищення температури тіла та/чи інфільтрація шкіри навколо пролежня, біль), кристалізація, флукутація чи гнійний екссудат.

2. Можлива також поява ознак системної інфекції (підвищення температури тіла, слабкість, збільшення лімфатичних вузлів), у осіб старшого віку — дезорієнтації та/чи делірію.

3. Рекомендується зробити мікробіологічне дослідження мазка з дна пролежня (екссудат, гній або струп як матеріал використовувати не слід).

4. Необхідно уникати місцевого застосування антибіотиків у зв'язку з алергічними реакціями, формуванням нечутливості та місцевим подразненням, яке уповільнює загоєння.

5. У разі неприємного запаху чи анаеробної інфекції місцево можна застосувати метронідазол.

6. Пацієнтам із клінічними ознаками поширення інфекції (флегмона, остеомієліт, системна запальна реакція, сепсис) слід призначити системні антибіотики з урахуванням чутливості та згідно з МТД.

#### **Порушення дефекації та сечовипускання**

1. Усіх пацієнтів з інсультом необхідно обстежити у приймальній відділенні щодо нетримання та затримки сечовипускання (без/з парадоксальним нетриманням сечі) і нетримання/затримки калу.

2. Пацієнтам з інсультом і нетриманням сечі мають бути обстежені спеціально навченим персоналом із використанням стандартної функціональної оцінки.

Доведено, що:

1. Порушення випорожнення кишечника та сечовипускання — поширені явища безпосередньо після інсульту.

2. Наявність порушення сечовипускання — поганий прогностичний фактор у відновленні після інсульту.

3. Основним заходом у пацієнтів із нетриманням сечі й калу є ретельний догляд.

4. Спеціальна тренувальна програма для сечового міхура може допомогти пацієнту в подальшому бути більш незалежним у побуті.

#### **Дії лікаря**

1. Ретельний сестринський догляд за пацієнтами з нетриманням сечі й калу в гострий період інсульту.

2. Слід уникати встановлення постійного сечового (уретрального) катетера, щонайменше в перші 48 год, якщо тільки затримка сечі не залишається. В іншому разі постійний сечовий катетер необхідно перевіряти щоденно і видалити одразу, як тільки це стане можливим.

3. Необхідно забезпечити ретельний догляд за функцією кишечника в пацієнтів із персистою затримкою чи нетриманням калу.

#### **Падіння пацієнтів з інсультом**

Необхідно навчити персонал та родичів, які доглядають за пацієнтами або беруть участь у реабілітації, безпечному переміщенню пацієнтів з інсультом.

1. Падіння — загрозове ускладнення, яке виникає у 25% пацієнтів, а у 5% пацієнтів можуть розвинути тяжкі травми (переломи стегнової кістки, шийки стегнової кістки), які ускладнюють процес реабілітації.

2. Когнітивні порушення, депресія, порушення чутливості — основні ФР розвитку падіння.

3. Фізична реабілітація з використанням вправ, які відновлюють силу м'язів, та виконання вправ на рівновагу знижує ризик падіння.

#### **Дії лікаря**

1. Проведення фізичної реабілітації всіх пацієнтів з інсультом.

2. Навчання персоналу, який доглядає або бере участь у переміщенні пацієнта, прийомом переміщення та страхування хворих при виконанні фізичних вправ.

3. Медикаментозне лікування: призначення препаратів кальцію, бісфосфонатів здійснюють згідно з відповідними МТД.

4. Використання протекторів стегна у пацієнтів із високим ступенем ризику.

#### **Неврологічні ускладнення**

##### **при ішемічному інсульті**

##### **Післяінсультний біль**

1. Необхідно проводити заходи для зменшення вираженості чи усунення болювого синдрому.

2. Лікування у разі болювого синдрому здійснюють відповідно до МТД, які регламентують надання медичної допомоги при болювому синдромі.

3. З метою запобігання виникненню болю в плечовому суглобі рекомендована стратегія захисту плечового суглоба з мінімізацією його травматизму — обережне поводження з паретичною кінцівкою, у вертикальному положенні застосування підтримувального бандажу для запобігання розтягуванню зв'язок капсули плечового суглоба.

Доведено, що:

1. Тривалий біль після інсульту спричиняє зниження якості життя, погіршує настрій, сон, соціальну активність.

2. Хронічний біль після інсульту виникає у 11–55% пацієнтів.

3. Найчастішими формами хронічного післяінсультного болю є: біль у ділянці плечового суглоба, біль внаслідок високого м'язового тону, центральний післяінсультний біль, головний біль напруження.

4. Центральний післяінсультний біль виникає у 2–8% пацієнтів після ГПМК, характеризується невротичним боєм (пекучий, гострий, колючий біль, який посилюється при торканні больової ділянки, дії на неї води, під час рухів), а також порушенням чутливості у частинах тіла відповідно до ураженої внаслідок ГПМК ділянки головного мозку.

#### **Дії лікаря**

1. Пацієнтам з інсультом, які мають центральний післяінсультний біль, призначають антидепресанти (на початку амітриптілін). У разі його неефективності — інший антидепресант чи венлафаксин, або антиконвульсанти (наприклад габапентин, ламотриджин, карбамазепін). Вибір медикаментозної терапії при болювому синдромі здійснюють відповідно до МТД.

2. Лікування у разі болю у плечовому суглобі проводять за допомогою гімнастики (пасивної та активної, обережної), мобілізуючих методик (з акцентом на зовнішню ротацию та абдукцію плеча). За відсутності ефекту залучають високоінтенсивну черезшкірну електронейростимуляцію та/чи НСПЗЗ.

#### **Епілептичні напади**

1. Застосування антиконвульсантів рекомендоване для лікування та запобігання повторному виникненню післяінсультних епілептичних нападів.

2. Не рекомендоване призначення з профілактичною метою протиепілептичних засобів пацієнтам з інсультом, у яких ще не було епілептичних нападів.

Доведено, що:

1. Найчастіше епілептичні напади виникають впродовж перших 24 год після розвитку інсульту та є зазвичай фокальними, зі вторинною генералізацією чи без неї, у 2–23% пацієнтів.

2. Ризик виникнення епілептичних нападів високий у пацієнтів з ішемічними вогнищами кіркової локалізації, з тяжким інсультом, геморагічним інсультом. Повторні епілептичні напади виникають у 20–80% пацієнтів.

3. Ризик виникнення ранніх післяінсультних епілептичних нападів (ті, що трапляються впродовж перших 2 тиж після інсульту) коливається від 2 до 33%.

4. Пізні післяінсультні епілептичні напади (після 2-го тижня з моменту інсульту) частіше виникають у пацієнтів із деменцією, що існувала раніше.

#### **Дії лікаря**

##### **Бажані**

Вибір антиконвульсантів у пацієнтів з інсультом слід проводити відповідно до загальних принципів лікування епілептичних нападів та відповідно до МТД.

**Психомоторне збудження при ішемічному інсульті**

Необхідно визначити причину виникнення психомоторного збудження та здійснити необхідні лікувальні заходи.

**Дії лікаря**

1. З'ясувати можливі причини збудження, включаючи внутрішньочерепні крововиливи, біль, затримку сечі, інфекційні ускладнення тощо.

2. Для короткої седації пацієнта слід використовувати 100–200 мг тіопенталу або 10–20 мг пропофолу.

3. Для проведення тривалих процедур (КТ-/МРТ-дослідження) застосовують: тіопентал (болюс 0,75–1,5 мг/кг з подальшою інфузією 2–3 мг/год), діазепам 10–20 мг, пропофол (болюс 0,1–0,3 мг/кг з подальшою інфузією 0,6–6 мг/кг/год).

4. Застосування всіх зазначених засобів потребує моніторингу гемодинаміки та функції зовнішнього дихання.

**Профілактика ішемічного інсульту**

**Профілактика розвитку повторного інсульту**

1. Усі пацієнти, які перенесли інсульт, мають отримати інформацію про небезпеку розвитку повторного інсульту, ознаки та симптоми початку захворювання і дії, які слід робити.

2. Пацієнти після ішемічного інсульту або ТІА мають підвищений ризик виникнення повторного інсульту.

3. Медикаментозна профілактика та корекція виявлених ФР, розпочата відразу після судинної події, може знизити частоту розвитку повторного інсульту, інвалідизацію і смертність.

Пацієнти, які перенесли інсульт, мають високий ризик виникнення повторного інсульту. Застосування медикаментозної профілактики та корекція індивідуальних ФР знижують частоту розвитку повторного інсульту.

**Медикаментозні методи вторинної профілактики ішемічного інсульту**  
**Дії лікаря**

**Призначення антитромбоцитарної терапії**

1. Усім пацієнтам з ішемічним інсультом відразу після виключення геморагічного інсульту за допомогою нейровізуалізації, але не пізніше 48 год від початку захворювання, має бути призначена ацетилсаліцилова кислота в дозі 160–325 мг (за відсутності дисфагії — перорально, у разі дисфагії — в назогастральний зонд, в/м або ректально).

2. Терапію ацетилсаліциловою кислотою в зазначеній дозі слід продовжувати 2 тиж, після чого дозу можна знизити до профілактичної (зазвичай 75–100 мг/добу). Замість ацетилсаліцилової кислоти для тривалої вторинної профілактики може бути призначений інший антитромбоцитарний засіб (клопідогрель або комбінація ацетилсаліцилової кислоти з дигпіридамолом модифікованого вивільнення).

3. Усі пацієнти з ТІА мають отримати ацетилсаліцилову кислоту 160–325 мг/добу

так швидко, наскільки це можливо, за відсутності протипоказань.

**Призначення антикоагулянтної терапії**

1. Пацієнтам із кардіоемболічним ішемічним інсультом, особливо на фоні фібриляції передсердь, призначають тривале лікування антикоагулянтами. Не рекомендується застосовувати комбінацію антикоагулянтів та антиагрегантів впродовж тривалого періоду, якщо немає спеціальних показань (наприклад стентування).

2. Стандартним лікарським засобом є варфарин.

3. Дозу варфарину підбирають індивідуально, під контролем МНВ.

4. МНВ необхідно контролювати регулярно та підтримувати на рівні 2,0–3,0.

**Призначення статинів**

1. Пацієнти з гострим інсультом, які отримували статини до судинної події, мають продовжувати приймати препарат надалі.

2. Застосування статинів рекомендують перш за все пацієнтам з атеротромботичним ішемічним інсультом для зниження ризику розвитку повторних судинних подій.

3. Пацієнти з ішемічним інсультом або ТІА з підвищеним рівнем холестерину (ХС) мають отримувати лікування статинами.

3.1. Якщо у пацієнта з ішемічним інсультом виявлена ішемічна хвороба серця, то цільовий рівень ХС ліпопротеїдів низької щільності (ЛПНЩ) не має перевищувати 2,7 ммоль/л (100 мг/дл).

3.2. У пацієнтів з ішемічним інсультом, в яких виявлено комбінацію кількох ФР (наприклад ішемічна хвороба серця і ЦД) — цільовий рівень ХС ЛПНЩ має становити <1,8 ммоль/л (<70 мг/дл).

**Рекомендації з призначення:**

4.1. Призначення та вибір лікарського засобу здійснюють згідно з відповідними МТД.

4.2. Статини призначають одноразово, бажано з вечірнім прийомом їжі, або дворазово (зранку та ввечері).

**Призначення антигіпертензивної терапії**

За наявності показань практично всім пацієнтам з ішемічним інсультом до виписки з лікарні мають бути призначені антигіпертензивні засоби та статини, відповідно

до МТД, що регламентують надання медичної допомоги при АГ.

**Немедикаментозні методи вторинної профілактики ішемічного інсульту**

1. Виявлення та корекція ФР розвитку повторного інсульту.

2. Усі ФР цереброваскулярних захворювань необхідно коригувати агресивно як фармакологічними, так і нефармакологічними заходами для отримання оптимального контролю.

3. Рекомендується використовувати шкалу ABCD та ABCD-2 для виявлення пацієнтів із високим ризиком розвитку інсульту (після ТІА) (див. табл. 5, 6).

**Рекомендації щодо корекції інших ФР розвитку повторного інсульту**

**1. Тютюнопаління.**

Тим пацієнтам, хто має звичку тютюнопаління, слід рекомендувати повну відмову.

**2. Корекція гіперхолестеринемії.**

2.1. Рекомендувати дотримання засад здорового харчування і корекцію способу життя для підтримання рівня загального ХС (ЗХС) <5,0 ммоль/л та ХС ЛПНЩ <3,0 ммоль/л.

2.2. Розглянути питання про доцільність призначення фармакологічної корекції гіперхолестеринемії статинами пацієнтам, які мають високий та дуже високий серцево-судинний ризик та порушення обміну ХС, яке не піддається немедикаментозній корекції.

2.3. Пацієнтам групи високого та дуже високого ризику рекомендувати підтримувати рівень ЗХС <4,5 ммоль/л та ХС ЛПНЩ <2,5 ммоль/л.

**3. Контроль маси тіла.**

3.1. Пацієнтам із надмірною масою тіла рекомендувати дотримуватися здорового харчування, обмежити енергетичну цінність їжі, підвищити рівень фізичної активності.

3.2. Рекомендувати всім пацієнтам контролювати індекс маси тіла (ІМТ) та ОТ. Підтримувати ІМТ у межах 18,5–24,9 кг/м<sup>2</sup>, ОТ ≤88 см (у жінок), ≤102 см (у чоловіків).

**4. Контроль рівня глюкози.**

4.1. Пацієнти з ЦД мають високий ризик виникнення повторного інсульту.

4.2. Контроль рівня глюкози необхідно проводити за допомогою дієти та підбору антидіабетичних засобів.

**Таблиця 5**

**Шкала ABCD**

Шкалу ABCD застосовують для прогнозування ризику інсульту протягом перших 7 днів після виникнення ТІА. Згідно з результатами досліджень, при оцінці за шкалою ABCD-6 ризик розвитку інсульту перевищує 30%, а при низьких оцінках — інсульт зазвичай не виникає. Шкала ABCD може бути застосована в рутинній клінічній практиці для виявлення осіб із високим ризиком розвитку інсульту, які потребують невідкладного обстеження і лікування.

Фактор ризику	Категорія	Оцінка
A (Age of patient) Вік хворого	>60 років	1
	<60 років	0
B (Blood pressure at assessment) АТ на момент обстеження	САТ >140 мм рт. ст. або ДАТ ≥90 мм рт. ст.	1
	Інший	0
	Однібочна слабкість Порушення мови (слабкості немає)	2
C (Clinical features presented with) Перші клінічні прояви	Інші	1
	Інші	0
	Інші	0
D (Duration of TIA Symptoms) Тривалість симптомів ТІА	≥60 хв	2
	10–59 хв	1
	<10 хв	0

**Усього**

4.3. Цільовий рівень глікозильованого гемоглобіну не має перевищувати 6,5%.

5. Контроль АТ.

5.1. Рекомендований рівень АТ — не вище 140/80 мм рт. ст.

5.2. У пацієнтів із супутнім ЦД — не вище 130/80 мм рт. ст.

5.3. При виборі антигіпертензивних засобів перевагу необхідно надавати препаратам довготривалої дії, для досягнення цільового АТ слід використовувати комбіновану терапію, відповідно до МТД, що регламентують надання медичної допомоги при АГ.

6. Фізична активність.

6.1. Для пацієнтів, які перенесли інсульт і мають обмеження в пересуванні, безпечні фізичні навантаження визначають в ІРП.

6.2. Для неінвалідизованих пацієнтів та у осіб після ТІА рекомендується ходьба протягом 30–40 хв не рідше 4–5 разів на тиждень.

7. Лікування при синдромі апное під час сну.

Для корекції синдрому апное під час сну пацієнта необхідно направити до спеціалізованого центру.

#### Хірургічні методи профілактики повторного інсульту (каротидна ендартеректомія, ангіопластика та стентування)

1. Хірургічне лікування при стенозуючих ураженнях церебральних артерій можуть виконувати у спеціалізованих нейрохірургічних та судинних відділеннях із необхідним досвідом відповідних оперативних втручань.

2. При лікуванні пацієнта у судинному або в рентгенохірургічному відділенні обов'язкова участь невролога в обґрунтуванні показань до проведення операції.

3. До основних критеріїв, які враховують у визначенні показань і вибору виду оперативного лікування (прямого чи ендovasкулярного), належать: ступінь звуження артерії, клінічний перебіг захворювання, ризик втручання для життя пацієнта і ризик розвитку післяопераційних неврологічних та серцевих ускладнень.

4. Супутня соматична патологія, локалізація стенозуючого ураження, стан колатерального мозкового кровотоку у пацієнта, адекватна підготовка і досвід хірурга, який проводить операцію, становлять основні критерії, від яких залежить безпека проведення прямих хірургічних та інтервенційних нейрорадіологічних втручань.

5. Операції на ХА виконують лише при симптомному перебігу захворювання і за умов неефективності консервативної терапії.

6. Доцільність хірургічного втручання при стенозуючому ураженні ХА розглядається лише за умов декомпенсованого кровотоку по протилежній ХА (оклюзія, атрезія, гіпоплазія) чи внаслідок анатомічного варіанта переходу протилежної ХА у задньонижню артерію мозочка.

7. У разі поєднання стенозуючого ураження ХА із гемодинамічно значимим (>70%) стенозуванням ВСА перш за все необхідно виконувати операцію на сонній артерії та оцінювати динаміку клінічного перебігу захворювання.

Таблиця 6

Шкала ABCD-2

У шкалі ABCD-2 порівняно зі шкалою ABCD врахована наявність у пацієнта діагнозу ЦД. Згідно з результатами досліджень, оцінка за шкалою ABCD = 6–7 супроводжується високим ризиком розвитку інсульту (2-денний ризик >8%), оцінка 4–5 – помірним ризиком, оцінка 0–3 – низьким ризиком.

Шкала ABCD може використовуватися в рутинній клінічній практиці для виявлення осіб із високим ризиком розвитку інсульту, які потребують невідкладного обстеження і лікування.

Фактор ризику	Категорія	Оцінка
A (Age of patient) Вік хворого	>60 років	1
	<60 років	0
B (Blood pressure at assessment) АТ на момент обстеження	САТ >140 мм рт. ст. або ДАТ >90 мм рт. ст.	1
	Інший	0
C (Clinical features presented with) Перші клінічні прояви	Однобічна слабкість	2
	Порушення мови (слабкості немає)	1
	Інші	0
D (Duration of TIA Symptoms) Тривалість симптомів ТІА	>60 хв	2
	10–59 хв	1
	<10 хв	0
(Diabetes) Діабет	Наявність діабету	1
	Діабету немає	0

Усього

Таблиця 7

Модифікована Шкала Ренкіна (Modified Rankin Scale – mRS)

Оцінка	Описання
0	Відсутність симптомів
1	Відсутність суттєвої функціональної неспроможності, незважаючи на наявність симптомів, здатність до виконання повсякденних обов'язків і буденної активності
2	Легке порушення функціональної спроможності; нездатність до минулої активності, але збережена здатність до обслуговування власних потреб без сторонньої допомоги
3	Помірне порушення функціональної спроможності, необхідність деякої сторонньої допомоги, збережена здатність ходити без сторонньої допомоги
4	Помірно тяжке порушення функціональної спроможності, нездатність ходити без сторонньої допомоги і самостійно задовольняти фізіологічні потреби
5	Тяжка функціональна неспроможність; прикутість до ліжка, нетримання сечі та калу; потреба в постійному нагляді та увазі

8. Оперативні втручання при подовженнях (петлеутвореннях, перегибах) магістральних артерій шії виконують за умов симптомного перебігу та неефективності медикаментозної терапії, за наявності сегментарного стенозування >70%, гострих кутах при перегибах та доплерографічно доведеної недостатності кровообігу в ділянці кровопостачання артерії.

9. Усі пацієнти, яким проведено оперативне лікування, потребують постійного спостереження у невролога і продовження постійного медикаментозного контролю ФР виникнення ішемічного інсульту (АГ, ЦД, гіперхолестеринемія та ін.), постійної антиагрегантної терапії, за показаннями — постійної антикоагулянтної терапії.

#### Виписка та рекомендації хворим на ішемічний інсульт

1. Тривалість стаціонарного лікування залежить від тяжкості інсульту і становить від 7 до 28 днів (з них впродовж 7–14 днів — у спеціалізованому інсультному відділенні).

2. Рання виписка пацієнта з інсультного відділення додому можлива у разі інсульту легкого чи середнього ступеня тяжкості, за умови подальшого продовження реабілітації, рекомендованої МДК, в ЗОЗ, які надають вторинну амбулаторну медичну допомогу.

3. Після виписки пацієнти мають перебувати під постійним наглядом невролога ЗОЗ, який надає вторинну амбулаторну медичну допомогу, сімейного лікаря за місцем проживання та продовжувати виконувати настанови МДК.

4. Усім пацієнтам з інсультом, які виписуються зі стаціонару, необхідно надати індивідуальні рекомендації за питань профілактики розвитку повторного інсульту та реабілітації.

Планування виписки і надання ІРП та профілактики повторного інсульту позитивно впливає на результати медичної допомоги та реабілітації на вторинному амбулаторному та первинному рівнях медичної допомоги.

#### Дії лікаря

1. Оцінити ступінь незалежності пацієнта в повсякденному житті за модифікованою шкалою Ренкіна (табл. 7).

2. Надати пацієнту при виписці індивідуальний план (програму) заходів вторинної профілактики та корекції ФР.

3. Надати пацієнту ІРП заходів для виконання на вторинному амбулаторному рівні медичної допомоги.

4. Надати пацієнту після інсульту роздрукований «Інформаційний лист для пацієнта, який переніс інсульт» (див. за посиланням [http://www.dec.gov.ua/mtd/\\_gi.html](http://www.dec.gov.ua/mtd/_gi.html)).

5. Залучити пацієнта та осіб, які його доглядають, до участі у програмах немедикаментозної корекції ФР розвитку інсульту (за їх наявності) — Школи здоров'я, Школа «Життя після інсульту», програми відмови від тютюнопаління, програми психологічної та фізичної реабілітації тощо.

#### Використана література

Міністерство охорони здоров'я України (2012) Наказ МОЗ України від 03.08.2012 р. № 602 «Про затвердження та впровадження медико-технологічних документів зі стандартизації медичної допомоги при ішемічному інсульті».