

Стандарти медичної допомоги «Вторинна профілактика інсульту»

Стандарт 1. Сортування та початкове обстеження при транзиторній ішемічній атаці та легкому (неінвалідизуючому) інсульті

Положення стандарту

Особи, які мають клінічні прояви гострого мозкового інсульту (ГМІ), потребують невідкладної госпіталізації, діагностики та лікування, що включає призначення вторинної профілактики. У тих випадках, коли діагностовано ТІА або легкий ішемічний інсульт і немає показань для внутрішньовенного тромболітизму та/або механічної тромбектомії, пріоритетом є ранній початок вторинної профілактики інсульту.

Пацієнтам з підозрою на ГМІ або ТІА допомогу надають лікарі, які мають відповідну підготовку та досвід лікування пацієнтів з ГМІ, що дозволяє вчасно розпочати відповідні діагностичні та лікувальні заходи.

Пацієнти, які звернулися пізніше 48 годин з моменту появи перших проявів ГМІ або ТІА, повинні якомога швидше бути оглянуті лікарем, який має відповідну підготовку та досвід лікування пацієнтів з ГМІ, та пройти комплексне обстеження, включно з нейровізуалізацією, візуалізацією церебральних та церебральних артерій та дослідженням серця.

Обґрунтування

Метою допомоги при ТІА та легкому ішемічному інсульті є швидке обстеження та лікування для зменшення ризику повторних, можливо, більш серйозних судинних подій. Магнітно-резонансна томографія (МРТ) головного мозку має перевагу перед комп'ютерною томографією (КТ) голови з точки зору чутливості до невеликих ішемічних вогнищ у пацієнтів, які мають клінічні прояви легкого ГМІ, що може надати додаткову інформацію для встановлення діагнозу, оцінки прогнозу та вчасного початку лікування. Визначення доцільності проведення МРТ ґрунтується на її доступності та часі очікування. Для максимальної результативності діагностики МРТ має бути проведена у ранньому періоді захворювання (бажано, упродовж 7 днів з моменту появи симптомів). МРТ особливо доцільна у пацієнтів з минулими порушеннями, у яких підтвердження наявності свіжого інфаркту мозку може змінити тактику лікування.

Типові ситуації, коли результати терміново проведеної МРТ головного мозку можуть мати велике значення, включають:

- нормальні результати КТ голови попри те, що клінічні прояви ГМІ зберігаються більше 24 годин (якщо результат дифузійно-зважених зображень МРТ, що була проведена у період 24–72 години від початку захворювання, негативний, гостра церебральна ішемія дуже малоімовірна);
- підозра на ішемічне ураження стовбура мозку або мозочка (КТ голови недостатньо чутлива для виявлення невеликих інфарктів у задній черепній ямці через кісткові артефакти);

- минулі вогнищеві симптоми, які є нетиповими для ішемії мозку.

Критерії якості медичної допомоги

Обов'язкові:

1. У пацієнтів з підозрою на ішемічний інсульт або ТІА має бути зареєстрована ЕКГ у 12 відведеннях для скринінгу щодо фібриляції передсердь (ФП), супутнього інфаркту міокарда або структурної патології серця (наприклад, гіпертрофія лівого шлуночка) як потенційних причин або факторів ризику ГМІ.

2. У пацієнтів, яких обстежують з приводу ГМІ або ТІА, що могли бути спричинені кардіогенною емболією, проводиться моніторинг ЕКГ упродовж 24 годин або більше як частину початкового обстеження при ГМІ для виявлення нападів ФП (якщо пацієнт є потенційним кандидатом для лікування антикоагулянтами).

3. Ехокардіографію слід проводити у пацієнтів з ГМІ та ТІА кардіоемболічної етіології або підозри на неї та криптогенної етіології. Немає потреби в рутинному проведенні ехокардіографії всім пацієнтам з підозрою на інсульт.

4. Особи, у яких упродовж останніх 48 годин з'явилися симптоми, що викликають підозру щодо ГМІ або ТІА (особливо минулі вогнищеві рухові або мовні порушення, або стійкі симптоми інсульту), мають найбільший ризик повторного інсульту. Їх слід негайно скерувати у ЗОЗ, що надає екстрену допомогу пацієнтам з інсульту (включаючи нейровізуалізацію та засоби для проведення тромболітичної терапії).

5. Пацієнти з підозрою на ГМІ у вертебро-базиллярному басейні та флуктуацією симптомів впродовж 48 годин потребують термінового огляду, нейровізуалізації, візуалізації церебральних судин та невідкладного початку лікування.

6. УЗД (дуплексне сканування) магістральних артерій шиї.

7. Візуалізація мозку (КТ або МРТ) та неінвазивна візуалізація – КТ-ангіографія (КТА) або МРТ-ангіографія (МРА) артерій від дуги аорти до маківки – має бути проведена якомога швидше після ГМІ або ТІА для остаточного визначення показань для КЕАЕ або ССА.

8. Початкові аналізи крові: клінічний (загальний) аналіз крові, рівень електролітів (калій, натрій), коагулограма (АЧТЧ, МНВ), ниркові проби (рівень креатиніну, розрахункова швидкість клубочкової фільтрації), рівень глюкози, ліпідний профіль, АЛТ, АСТ.

Бажані:

1. Додаткові лабораторні тести, які можуть проводитись впродовж госпіталізації або пізніше (на етапі амбулаторного спостереження), включають скринінг щодо цукрового діабету шляхом визначення рівня глікованого гемоглобіну (HbA1c), рівня глюкози натще або тесту толерантності до глюкози (75 г глюкози перорально).

2. Транскраніальна доплерографія з «тестом з пухирцями» для виявлення серцевих та позасерцевих шунтів «справа-наліво» у пацієнтів з ГМІ/ТІА криптогенної етіології, включно з ГМІ/ТІА з незначним джерелом емболів, віком 60 років або молодше (Додаток 4).

3. У пацієнтів з ГМІ або ТІА, що могли бути спричинені кардіогенною емболією, якщо первинний короткочасний моніторинг ЕКГ не виявив фібриляції передсердь, але є підозра щодо кардіоемболічного механізму, у вибраних пацієнтів віком ≥ 55 років, які ще не отримують антикоагулянтну терапію, але є потенційними кандидатами для лікування антикоагулянтами, рекомендовано проводити тривалий моніторинг ЕКГ (72 години та більше) для поліпшення виявлення пароксизмів фібриляції передсердь.

Стандарт 2. Спосіб життя та модифікація факторів ризику

Положення стандарту

Пацієнти, які перенесли мозковий інсульт або ТІА, мають бути оцінені щодо наявності факторів ризику судинних захворювань (артеріальна гіпертензія, цукровий діабет, гіперхолестеринемія, ФП) та необхідної модифікації способу життя (дієта, споживання солі, фізична активність, надмірна маса тіла, вживання алкоголю, куріння), а також щодо використання пероральних контрацептивів або замісної гормональної терапії.

Особи, які мають підвищений ризик інсульту або ТІА, та члени їх сімей мають отримати персоналізовану інформацію та консультації щодо можливих стратегій модифікації свого способу життя та судинних факторів ризику. Рекомендувати пацієнтам звернутися до відповідних фахівців з метою підтримки та модифікації конкретних судинних факторів ризику та поведінки / способу життя.

Обґрунтування

Здоровий спосіб життя зменшує ризик як першого в житті ТІА/інсульту, так і повторного інсульту. Артеріальна гіпертензія є найважливішим фактором ризику мозкового інсульту, що піддається корекції. Наявні дані вказують на те, що зниження споживання солі до рекомендованого рівня (<5000 мг на день) має значний вплив на зниження артеріального тиску і може зменшити захворюваність на інсульт та інші серцево-судинні захворювання на цілих 30 %. Дотримання кількох дієтичних режимів харчування було визнано ефективним в профілактиці інсульту. Серед них найбільше визнання мають дієтичні підходи для припинення гіпертензії (Dietary Approaches to Stop Hypertension – DASH) та середземноморська дієта. Фізична активність є фактором способу життя, який можливо модифікувати та який відіграє важливу роль як у первинній, так і у вторинній профілактиці інсульту. Надмірна маса тіла або ожиріння пов'язані з підвищеним ризиком інсульту. Надмірне вживання алкоголю збільшує ризик артеріальної гіпертензії, ішемічного інсульту та внутрішньомозкових крововиливів. Особам з інсультом, які вживають наркотики, що можуть збільшити ризик інсульту (наприклад, кокаїн чи амфетаміни), слід припинити їх вживання.

У жінок, які перенесли інсульт, існує додатковий ризик повторного інсульту, якщо вони продовжують курити і приймають оральні контрацептиви або замісну гормонотерапію на основі естрогену.

Критерії якості медичної допомоги

Обов'язкові:

1. Пацієнтам з ТІА або інсультом має бути надана інформація щодо необхідності дотримуватися дієти середземноморського

типу або дієтичних підходів для корекції гіпертензії, які передбачають споживання значної кількості овочів та фруктів, цільнозернових продуктів, риби, горіхів та оливкової олії, а також обмеження у раціоні кількості червоного м'яса (додаток 2).

2. Рекомендувати пацієнтам з ТІА / інсультом виконувати аеробні вправи (тривалість кожного тренування не менше 10 хвилин) 4–7 днів на тиждень, загальна тривалість – 150 хвилин фізичної активності на тиждень на додаток до рутинних занять у повсякденному житті.

3. Консультуйте та заохочуйте осіб з ТІА / інсультом, щоб вони досягли та підтримували розмір обводу талії <88 сантиметрів для жінок та <102 сантиметрів для чоловіків або індекс маси тіла (ІМТ) від 18,5 до 24,9 кг/м².

4. Рекомендації пацієнтам щодо припинення куріння (вживання тютюнових виробів і інших речовин, які люди вдихають) слід надавати відповідно до чинних галузевих стандартів у сфері охорони здоров'я.

5. Під час кожного візиту пацієнта слід обговорювати та документувати його/її прихильність до призначених заходів з вторинної профілактики (фармакотерапія та модифікація способу життя), виявляти та усувати перешкоди для виконання рекомендацій, заохочувати пацієнта дотримуватись визначеного плану заходів і не припиняти лікування.

6. Пацієнтів жіночої статі з ГМІ або ТІА слід застерегти і порекомендувати відмовитись від використання естрогеновмісних оральних контрацептивів або замісної гормональної терапії. У цих пацієнтів слід розглянути альтернативні варіанти лікування та контрацепції (лише прогестеронові оральні контрацептиви, лише прогестеронові або негормональні внутрішньоматкові засоби, або бар'єрну контрацепцію).

Бажані:

1. Обговорюючи з пацієнтом масу тіла, розгляньте можливість збору детального анамнезу, приділивши увагу основним причинам збільшення маси тіла, уникайте стигматизації та оціночних суджень.

2. Рекомендувати робити щеплення від грипу, що пов'язане зі зниженням ризику інсульту та інших серцево-судинних подій, особливо у пацієнтів з наявними факторами ризику серцево-судинних захворювань.

Стандарт 3. Артеріальний тиск та профілактика інсульту

Положення стандарту

Пацієнтам, які перенесли ТІА або мозковий інсульт, слід регулярно вимірювати артеріальний тиск (АТ) та за необхідності призначити відповідну фармакотерапію.

Пацієнти з інсультом можуть потребувати частих повторних оглядів (наприклад, щомісяця), поки не буде досягнутий цільовий рівень АТ та не буде визначена оптимальна терапія.

Мультидисциплінарні команди, що надають медичну допомогу пацієнтам, які перенесли ТІА або мозковий інсульт, повинні підвищити рівень обізнаності пацієнтів з управління АТ та надавати інформацію щодо заходів для зменшення ризику в майбутньому.

Обґрунтування

Підвищений АТ є найважливішим модифікованим чинником ризику інсульту. Підвищення САТ на кожні 20 мм рт. ст. або ДАТ на 10 мм рт. ст. подвоює ризик смерті від інсульту, підвищення АТ на 1 мм рт. ст. збільшує ризик порушення когнітивних функцій на один відсоток. Доведено, що ризик інсульту поступово збільшується при підвищенні АТ. Опитування пацієнтів, які перенесли інсульт, продемонстрували недостатню обізнаність або неважність до показників АТ до інсульту. Пацієнти після інсульту вважають що освітні заходи щодо контролю АТ є важливою частиною медичної допомоги, проте вони також зазначили, що не розуміли масштаби впливу підвищеного АТ на ризик вторинного інсульту.

Критерії якості медичної допомоги

Обов'язкові:

1. Всім пацієнтам, яким загрожує повторний інсульт, слід регулярно вимірювати АТ, використовуючи автоматичний електронний тонометр з плечовою манжетою відповідного розміру або механічний тонометр у разі його відсутності електронного (самостійно вимірювати АТ можна лише за допомогою автоматичного тонометра).

2. Пацієнти, у яких при автоматичному вимірюванні у стані спокою був виявлений підвищений АТ (САТ вище 135 мм рт. ст. та / або ДАТ вище 85 мм рт. ст.), повинні пройти обстеження щодо артеріальної гіпертензії.

3. У пацієнтів з резистентною до лікування артеріальною гіпертензією необхідно провести комплекс досліджень щодо вторинної гіпертензії.

4. У пацієнтів з артеріальною гіпертензією або зі схильністю до гіпертензії (у стані прегіпертензії (130/80 мм рт. ст.), або за наявності інших факторів ризику) слід провести більш активну корекцію чинників ризику, забезпечити консультації та заходи щодо модифікації способу життя та у разі необхідності призначити медикаментозне лікування.

5. Для пацієнтів з неусунутими критичними інтракраніальними або екстракраніальними артеріальними стенозами, у яких спостерігаються гемодинамічні неврологічні симптоми, що пов'язані з низьким кровоплином до головного мозку або сітківки (наприклад, ортостатичні ТІА), є сенс дотримуватись підвищеного цільового рівня АТ та уникати гіпотензії для профілактики гемодинамічного інсульту. Якщо такі пацієнти безсимптомні, тоді слід дотримуватися звичайних показників АТ, починаючи з підгострого періоду інсульту.

6. У пацієнтів з ТІА або мозковим інсультом слід розглянути питання про призначення антигіпертензивної терапії з використанням комбінації засобів першої лінії.

7. Пацієнтам, які перенесли ішемічний інсульт або ТІА, рекомендується антигіпертензивне лікування для досягнення цільового рівня АТ – стабільно нижче за 140/90 мм рт. ст., включно з особами із хронічними захворюваннями нирок.

8. Для пацієнтів, які перенесли невеликий підкірковий (тобто лакунарний) інсульт, доцільним є зниження АТ для досягнення рівня САТ, що є постійно нижчим за 130 мм рт. ст. (за умови задовільної переносимості призначеної фармакотерапії).

9. У пацієнтів з внутрішньомозковими крововиливами АТ слід регулярно вимірювати, та контролювати, щоб підтримувати цільовий рівень АТ – стабільно нижче за 130/80 мм рт.ст. (за умови задовільної переносимості призначеної фармакотерапії).

10. Пацієнтам з інсультом та цукровим діабетом проводити антигіпертензивне лікування для профілактики повторного інсульту та досягнення цільового рівня САТ – стабільно нижче за 130 мм рт. ст. та цільового рівня ДАТ – стабільно нижче за 80 мм рт. ст., але не нижче 60 мм рт. ст. (за умови задовільної переносимості призначеної фармакотерапії).

11. Рекомендується лікування комбінацією інгібітора ангіотензинперетворювального ферменту або блокатора ангіотензинових рецепторів та тіазидного / тіазидоподібного діуретика або дигідропіридинового антагоніста кальцію тривалої дії; застосування інгібітора ангіотензинперетворювального ферменту в поєднанні з блокатором ангіотензинових рецепторів не рекомендується.

12. Пацієнти, яким не було розпочато антигіпертензивне лікування у гострому періоді інсульту, перебувають під подальшим спостереженням у лікаря загальної практики – сімейної медицини.

Бажані:

1. Організація програм підвищення обізнаності населення про артеріальну гіпертензію, до яких залучаються громадські групи, працівники первинної ланки медичної допомоги (лікарі, медичні сестри та фармацевти) та інші відповідні фахівці.

2. Збільшення числа та полегшення доступу медичних працівників до освітніх програм з діагностики та лікування артеріальної гіпертензії у дорослих та дітей.

3. Організація програм підтримки використання домашніх апаратів для автоматичного вимірювання АТ у пацієнтів та членів їх родин, а також домашнього моніторингу АТ та програм самокерування АТ.

Стандарт 4. Контроль рівня ліпідів

Положення стандарту

З метою профілактики серцево-судинних захворювань та поліпшення її результатів пацієнтам, які перенесли ішемічний інсульт або ТІА, необхідно рекомендувати модифікацію способу життя та контроль факторів ризику за допомогою змін у поведінці та фармакологічних втручань.

Пацієнтам, які перенесли ішемічний інсульт або ТІА, слід періодично визначати ліпідний профіль (рівень загального холестерину, холестерину ліпопротеїнів низької щільності (ЛПНЩ), холестерину ліпопротеїнів високої щільності (ЛПВЩ) та рівень тригліцеридів у сироватці крові) та коригувати його до оптимального рівня.

Обґрунтування

Враховуючи встановлений причинно-наслідковий зв'язок між дисліпідемією та розвитком атеросклерозу, відповідне лікування є важливим як для первинної, так і для вторинної профілактики інсульту.

Високий рівень холестерину та ліпідів у крові пов'язаний з підвищеним ризиком судинних подій, включаючи інсульт та інфаркт

міокарда. Пацієнти, які вже перенесли ішемічний інсульт або ТІА, отримують користь від лікування засобами з групи статинів, що знижують рівень холестерину. Значне зниження рівня холестерину ЛПНЩ, ймовірно, має більші переваги, ніж більш помірне його зниження. Повідомлялося про зниження відносного ризику повторних судинних подій від 16 до 30 відсотків у пацієнтів з інсультом в анамнезі без ішемічної хвороби серця, які отримували лікування високою дозою статину.

Критерії якості медичної допомоги

Обов'язкові:

1. Для зниження рівнів ліпідів особам з ішемічним інсультом або ТІА слід наполегливо рекомендувати заходи щодо корекції способу життя, включаючи модифікацію дієти та фізичні вправи, як частину комплексного підходу до зниження ризику повторного інсульту та інших судинних подій, якщо для цього немає протипоказань.

2. Лікування статинами слід призначати для вторинної профілактики інсульту в осіб, які перенесли некардіоеMBOLічний ішемічний інсульт або ТІА. Цільовий рівень холестерину ЛПНЩ становить <1,8 ммоль/л.

3. Не призначати лікування статинами з метою вторинної профілактики внутрішньомозкових крововиливів. Таке лікування може призначатись лише з метою профілактики ішемічних подій.

4. Для осіб з ішемічним інсультом та атеросклеротичними серцево-судинними захворюваннями, у яких рівень холестерину ЛПНЩ перевищує 1,8 ммоль/л попри максимальні дози статинів, що пацієнт може переносити, як додатковий засіб для зниження рівня ЛПНЩ може розглядатися езетиміб.

5. У пацієнтів з ішемічним інсультом та встановленими атеросклеротичними серцево-судинними захворюваннями або цукровим діабетом, які мають додаткові судинні фактори ризику і підвищений рівень тригліцеридів у сироватці крові ($\geq 1,5$ ммоль/л) попри лікування статинами, для зменшення ризику судинних подій може розглядатися додаткове лікування препаратами етилових ефірів омега-3 кислот.

6. Для пацієнтів з непереносимістю статинів (включаючи постійні міалгії, стійке і значне підвищення рівня ферментів печінки або, у рідкісних випадках, міопатію або рабдоміоліз) слід провести оцінку стану та корекцію схеми лікування або призначити альтернативні засоби.

Бажані:

1. Організація програм підвищення обізнаності населення про дисліпідемію, до яких залучаються громадські групи, працівники первинної ланки медичної допомоги (лікарі, медичні сестри та фармацевти) та інші відповідні фахівці.

2. Збільшення числа та спрощення доступу до освітніх програм з діагностики та корекції дисліпідемії для медичних працівників.

Стандарт 5. Скринінг цукрового діабету в пацієнтів з інсультом

Положення стандарту

У пацієнтів, які перенесли ішемічний інсульт або ТІА, має бути проведений скринінг щодо діабету, якщо він раніше не був вияв-

лений, та забезпечено оптимальне лікування цукрового діабету, якщо він був діагностований.

У пацієнтів з цукровим діабетом та ішемічним інсультом або ТІА, визначення рівня HbA1c слід розглядати як частину комплексного обстеження при інсульті.

Лікування цукрового діабету у пацієнтів, які перенесли ішемічний інсульт або ТІА, здійснюється відповідно до чинних галузевих стандартів у сфері охорони здоров'я.

Освіта з питань діабету визначена ключовим пріоритетом для пацієнтів після інсульту, у яких діагноз цукрового діабету був встановлений вперше під час інсульту.

Обґрунтування

Цукровий діабет є вагомим фактором ризику серцево-судинних захворювань і незалежним фактором ризику ішемічного інсульту. Ризик інсульту у пацієнтів з цукровим діабетом підвищений на 50 %. Більшість дорослих із цукровим діабетом 1-го або 2-го типу слід вважати групою високого ризику судинних захворювань. Винятком з цього правила є молоді люди з діабетом 1-го та 2-го типу з невеликою тривалістю захворювання, у яких немає ускладнень цукрового діабету (включаючи серцево-судинні захворювання) та інших факторів ризику серцево-судинних захворювань. Цукровий діабет збільшує ризик інсульту і є особливо потужним фактором ризику у молодих людей.

Загалом, цукровий діабет вважається вагомими фактором ризику багатьох захворювань, і він розглядається в рамках комплексного підходу до профілактики та модифікації способу життя.

Критерії якості медичної допомоги

Обов'язкові:

1. У пацієнтів з ішемічним інсультом або ТІА слід провести скринінг щодо цукрового діабету шляхом визначення рівня глюкози в плазмі натще, або рівня глюкози у плазмі через 2 години після прийому їжі, або рівня глікованого гемоглобіну (HbA1c), або тесту на толерантність до глюкози (з пероральним навантаженням 75 г глюкози).

2. У більшості пацієнтів з цукровим діабетом 1-го або 2-го типу та інсультом або ТІА цільовий рівень HbA1c має бути $\leq 7,0$ %, оскільки саме такий його рівень має значні переваги для профілактики мікросудинних ускладнень.

3. Для досягнення цільового рівня HbA1c $\leq 7,0$ % у більшості пацієнтів з цукровим діабетом 1-го або 2-го типу рівень глюкози у плазмі натще або перед їжею має бути від 4,0 до 7,0 ммоль/л.

4. Цільовий рівень глюкози у плазмі через 2 години після їжі становить 5,0–10,0 ммоль/л.

5. Якщо при постпрандіальній гікемії від 5,0 до 10,0 ммоль/л не виходить досягти цільового рівня HbA1c, слід розглянути подальше зниження рівня глюкози в крові через 2 години після їди до 5,0–8,0 ммоль/л.

Бажані:

1. Організація програм підвищення обізнаності населення щодо цукрового діабету, до яких залучаються громадські групи, працівники первинної ланки медичної допомоги (лікарі, медичні сестри та фармацевти) та інші відповідні фахівці, а також програм освіти та підтримки для хворих на цукровий діабет з метою підви-

щення прихильності до лікування та зменшення ризиків серцево-судинних ускладнень.

2. Збільшення числа та доступності освітніх програм щодо цукрового діабету для надавачів медичних послуг.

3. Розглянути можливість використання протидіабетичних засобів із доведеними перевагами щодо основних серцево-судинних захворювань (наприклад, інгібітори SGLT-2 або агоністи рецепторів GLP-1).

Стандарт 6. Антиагрегантна терапія при ішемічному інсульті та транзиторній ішемічній атаці

Положення стандарту

З метою зменшення ризику нових судинних подій пацієнтам, які перенесли ішемічний інсульт або ТІА, мають бути призначені антитромботичні лікарські засоби; найчастіше призначається ацетилсаліцилова кислота (АСК) в дозі 75–325 мг/добу або клопідогрель в дозі 75 мг.

У пацієнтів з ТІА або легким ішемічним інсультом, яких випускають із ЗОЗ, антитромботичну терапію слід розпочати до виписки зі стаціонару.

Обґрунтування

Антитромботичні засоби є основним компонентом вторинної профілактики інсульту. Доведено, що антитромботичні засоби (такі як АСК) знижують ризик подальших судинних подій після ТІА або ішемічного інсульту (зниження відносного ризику становить 25 %). Цей ефект є помірним, але клінічно корисним, оскільки антитромботичну терапію добре переносить більшість пацієнтів після ішемічного інсульту або ТІА.

Критерії якості медичної допомоги

Обов'язкові:

1. Усім пацієнтам з гострим ішемічним інсультом або ТІА, які раніше не отримували лікування антитромботичними засобами, слід негайно призначити не менше 160 мг АСК як одноразову навантажувальну дозу, як тільки за допомогою нейровізуалізації був виключений внутрішньочерепний крововилив.

2. Пацієнтам з дисфагією ацетилсаліцилову кислоту (75–325 мг на день) або клопідогрель (75 мг на день) можна вводити через назогастральний зонд, АСК також можна вводити у формі ректального супозиторію (325 мг на день).

3. АСК чи інший антиагрегант перорально пацієнт може приймати лише після скринінгу щодо дисфагії, результати якого свідчили про відсутність порушень ковтання.

4. Пацієнтам з ішемічним інсультом, які отримали внутрішньовенне тромболітичне лікування, не слід призначати будь-які антитромботичні засоби упродовж перших 24 годин; антитромботичну терапію слід розпочинати після того, як за допомогою нейровізуалізації були виключені вторинні внутрішньочерепні крововиливи.

5. Питання щодо використання антитромботичних засобів у пацієнтів, яким проводиться ендovasкулярне лікування, вирішується індивідуально з урахуванням співвідношення ризику та користі.

6. Пацієнтам з ішемічним інсультом або ТІА рекомендується тривала вторинна профілактика з використанням антитромботичної терапії, щоб зменшити ризик повторного інсульту та інших судинних подій (крім випадків, коли є показання для антикоагулянтної терапії).

7. З метою тривалої вторинної профілактики інсульту можна використовувати АСК (75–325 мг на день) або клопідогрель (75 мг на день), вибір препарату залежить від особливостей пацієнта або клінічної ситуації.

8. Пацієнтам із ТІА з високим ризиком інсульту або гострим легким ішемічним інсультом некардіоемболічної етіології (NIHSS = 0–3 бали), у яких немає високого ризику кровотеч, рекомендується призначати подвійну антиагрегантну терапію (навантажувальна доза 300 мг клопідогрелю + 300 мг АСК у перший день, потім клопідогрель 75 мг на добу + АСК 75–100 мг на добу щодня) протягом 21 дня після події, після чого продовжується монотерапія антитромботичним засобом (лише АСК або лише клопідогрель).

9. Подвійну антитромботичну терапію не слід проводити довше, ніж упродовж 21 дня після ТІА або легкого інсульту, якщо для цього немає спеціальних показань (наприклад, стентування артерії або стеноз внутрішньочерепної артерії з клінічними проявами), оскільки таке лікування тривалістю більше 21 дня не має явної користі для пацієнта і супроводжується підвищенням ризику кровотеч. Пацієнтам слід наголосити, що подвійну антитромботичну терапію АСК та клопідогрелем слід продовжувати лише 21 день, після чого потрібно перейти на монотерапію і продовжувати її тривало.

10. Альтернативним варіантом короточасної подвійної антитромботичної терапії є щоденний прийом низької дози АСК та тикагрелору (навантажувальна доза 180 мг, а потім по 90 мг два рази на день) впродовж 30 днів.

11. У пацієнтів із недавнім інсультом або ТІА, що обумовлені атеросклеротичним стенозом 70–99 % внутрішньочерепної артерії з відповідними клінічними проявами, які мають низький ризик кровотеч, слід розглянути використання подвійної антитромботичної терапії (АСК + клопідогрель) упродовж перших 3 місяців, після чого, як правило, пацієнт продовжує монотерапію одним із цих антитромботичних засобів; це лікування проводиться разом з інтенсивною гіполіпідемічною терапією високими дозами статинів, лікуванням артеріальної гіпертензії та модифікацією способу життя стосовно фізичної активності, дієти та відмови від куріння.

12. Пацієнтам з емболічним інсультом з невстановленим джерелом емболів за відсутності підтверженої ФП лікування антикоагулянтами не рекомендоване і не має переваг у порівнянні з низькими дозами АСК з метою вторинної профілактики інсульту.

Бажані:

У ретельно відібраних пацієнтів з ІХС або захворюваннями периферичних судин (іспілатеральний стеноз сонних більше або дорівнює 50 %) з низьким ризиком кровотеч та відсутністю лакунарних інсультів чи геморагічного інсульту в анамнезі, лікування комбінацією ривароксабан у дозі 2,5 мг двічі на день плюс низька доза АСК (75–100 мг) один раз на день. Його не слід розпочинати протягом першого місяця після інсульту.

Стандарт 7. Лікування антикоагулянтами в осіб з інсультом та фібриляцією передсердь

Положення стандарту

Пацієнтам з ішемічним інсультом або ТІА та ФП слід призначити пероральні антикоагулянти з метою вторинної профілактики інсульту.

Оптимальні терміни для початку антикоагулянтної терапії при гострому ішемічному інсульті повинні ґрунтуватися на індивідуальній оцінці співвідношення користі та ризику з урахуванням клінічної ситуації, тяжкості інсульту, розміру інфаркту, результатів нейровізуалізації, ризику геморагічної трансформації, віку, супутніх захворювань та оцінки ризику повторного інсульту.

Більшості пацієнтів з ФП, яким показано лікування антикоагулянтами, слід призначити один з ПОАК (апіксабан, дабігатран, едоксабан або ривароксабан), що мають переваги у порівнянні з варфарином.

Обґрунтування

ФП є важливим чинником ризику інсульту та важливим прикладом зв'язків між мозком та серцем. Оскільки ФП може бути пароксизмальною та субклінічною, вона нерідко залишається не діагностованою.

У загальній популяції у людей з ФП, які не отримують лікування антикоагулянтами, ризик інсульту у 3–5 разів вищий, ніж у їх однолітків без ФП. У більшості пацієнтів з ФП можна запобігти розвитку інсульту за допомогою антикоагулянтної терапії.

Лікування пероральними антикоагулянтами має суттєві переваги у порівнянні з лікуванням АСК та подвійною антитромбоцитарною терапією.

Критерії якості медичної допомоги

Обов'язкові:

1. Загальний підхід до визначення термінів для початку лікування ПОАК після інсульту є наступним:

1) у разі ТІА та відсутності явних ознак інфаркту мозку чи внутрішньочерепного крововиливу при візуалізації лікування антикоагулянтами може бути розпочате упродовж перших 24 годин.

2) у разі ішемічного інсульту з легкими клінічними проявами / невеликим вогнищем інфаркту без геморагічної трансформації при нейровізуалізації лікування антикоагулянтами можна розпочати через 3–4 дні від початку захворювання.

3) у разі ішемічного інсульту з клінічними проявами помірної тяжкості / інфарктом середнього розміру за даними нейровізуалізації (без ознак крововиливу при КТ/МРТ) лікування антикоагулянтами можна розпочати через 6–7 днів від початку захворювання.

4) у разі ішемічного інсульту з тяжкими клінічними проявами / великим інфарктом за даними нейровізуалізації (без ознак крововиливу при КТ/МРТ) лікування антикоагулянтами можна розпочати через 12–14 днів від початку захворювання.

2. Якщо лікування антикоагулянтами відтерміновано більше, ніж на 24 години, рекомендується зробити повторну візуалізацію мозку для повторної оцінки перед початком лікування антикоагу-

лянтами, щоб виключити наявність безсимптомної значної геморагічної трансформації інфаркту мозку.

3. Початок лікування антикоагулянтами може бути відкладений більше, ніж на 2 тижні після інсульту, якщо ризик внутрішньочерепної кровотечі є високим (наприклад, для деяких пацієнтів з великими інфарктами мозку та/або з масивною геморагічною трансформацією).

4. Пацієнтам з ішемічним інсультом або ТІА та ФП обов'язково слід призначити пероральні антикоагулянти з метою вторинної профілактики інсульту. При виборі між пероральними антикоагулянтами слід враховувати особливості пацієнта.

5. У пацієнтів з гострим ішемічним інсультом та ФП, яким показано лікування пероральними антикоагулянтами, рутинне використання призначення бріджингу за допомогою нефракціонованого гепарину або гепаринів низької молекулярної маси (ГНММ) не рекомендується. Проводиться бріджинг з використанням низької дози АСК до моменту призначення ПОАК або досягнення показників антикоагуляції варфарином у «терапевтичному діапазоні».

6. Для пацієнтів, які вже отримують лікування варфарином, за умови належного контролю МНВ (час перебування показника у «терапевтичному діапазоні» від 2,0 до 3,0 >70 %) та відсутності побічних ефектів можна розглянути продовження лікування варфарином замість переходу на ПОАК.

7. Пацієнтам з ішемічним інсультом або ТІА та ФП, які мають протипоказання до лікування ПОАК або варфарином, призначити монотерапію АСК, якщо вона не протипоказана.

8. Пацієнтам з високим ризиком кровотеч не призначати подвійну антитромбоцитарну терапію замість лікування антикоагулянтами.

9. У пацієнтів з ішемічним інсультом або ТІА та неклапанною ФП, які не можуть отримувати тривале лікування ПОАК, слід розглянути можливість оклюзії вушка лівого передсердя.

10. Пацієнтам з механічним протезом клапана серця для профілактики інсульту рекомендований варфарин з ретельним контролем рівня МНВ; ПОАК у таких випадках протипоказані; пацієнти з біологічними протезами клапанів серця зазвичай не потребують тривалого лікування антикоагулянтами, якщо не мають інших показань.

11. У випадках, коли у пацієнтів з ФП стався ішемічний інсульт або ТІА попри антикоагулянтну терапію, необхідно: оцінити прихильність пацієнта до лікування; правильність призначення ПОАК або варфаринової терапії; переглянути фармакотерапію з метою зменшення несприятливої взаємодії призначених лікарських засобів; виявити та усунути інші потенційні причини інсульту; сприяти загальній модифікації чинників ризику судинних захворювань.

12. Для пацієнтів з ФП, у яких трапився ішемічний інсульт або ТІА, незважаючи на антикоагулянтну терапію, має сенс або продовжити прийом того ж самого засобу, або перейти на інший ПОАК.

13. Рутинне додавання АСК до тривалої антикоагулянтної терапії не рекомендується через підвищений ризик кровотечі та відсутність чітких доказів користі і можливу шкоду використання такої комбінації, якщо для неї немає спеціальних показань.

14. Під час кожного візиту слід оцінювати та підкреслювати важливість прихильності до лікування будь-яким з пероральних антикоагулянтів:

1) пацієнтів, яким призначені ПОАК, слід періодично оглядати та інформувати про короткий період напіввиведення цих засобів, важливість щоденного прийому ліків та небезпеку пропуску доз або тривалих перерв у терапії;

2) пацієнтам із ФП, які приймають варфарин, рекомендується приділяти належну увагу дозуванню та постійному моніторингу МНВ для зменшення ризику побічних явищ. Ефективність лікування варфарином залежить від підтримання МНВ у «терапевтичному діапазоні» і суттєво зменшується, коли МНВ опускається нижче 2,0;

3) пацієнтам, які приймають варфарин, та членам їх родин потрібно надати інформацію щодо антикоагулянтної терапії та необхідності підтримання лабораторних показників у «терапевтичному діапазоні».

15. У пацієнтів, яким призначена терапія ПОАК, слід уникати необґрунтованого використання знижених доз, оскільки це пов'язано з підвищеним ризиком інсульту.

16. У пацієнтів, яким призначене лікування ПОАК, слід регулярно оцінювати кліренс креатиніну (принаймні один раз на рік та у разі змін стану здоров'я); при виявленні змін у ниркових функціях, може знадобитися корекція дози або зміна ПОАК; у пацієнтів з нирковою недостатністю або схильністю до дегідратації для корекції призначеного лікування (особливо у пацієнтів, які отримують лікування дабігатраном) може розглядатися оцінка ниркових функцій кожні 6 місяців або частіше.

17. Пацієнтам з неклапанною ФП, які постійно приймають ПОАК, через підвищений ризик кровотечі не рекомендується призначати антитромбоцитарні засоби, якщо немає спеціальних показань для антитромбоцитарної терапії (наприклад, нещодавнє стентування судини, деякі механічні протези клапанів серця).

18. Пацієнтам з ФП та хронічною стабільною ІХС (>1 року після перкутанного коронарного втручання або аортокоронарного шунтування) не рекомендується додавати антитромбоцитарний засіб до терапії ПОАК, оскільки це збільшує ризик кровотечі без будь-яких суттєвих переваг щодо зменшення ризику ішемічних подій (серцевих або мозкових).

Бажані:

1. Підвищення обізнаності населення про ФП як чинник ризику інсульту.

2. Створення кабінетів (клінік) профілактики інсульту для вдосконалення вторинної профілактики інсульту, включаючи лікування ФП у пацієнтів з інсультом або ТІА (ефективна, послідовна профілактика з раннім виявленням факторів ризику та вчасними цілеспрямованими втручаннями).

3. Здійснювати амбулаторний моніторинг МНВ та консультування пацієнтів, які приймають варфарин, щодо їх стану.

Стандарт 8. Лікування антикоагулянтами та антиагрегантами у періопераційному періоді

Положення стандарту

З метою мінімізації ризику інсульту та інших тромбоемболічних подій, а також клінічно значущих (тяжких) кровотеч, пацієнти, які отримують антикоагулянтну терапію, перед проведенням хірургіч-

них втручань або інвазивних процедур мають отримати рекомендації щодо застосування антикоагулянтів та антиагрегантів у періопераційному періоді в залежності від ступеня ризику кровотеч.

Обґрунтування

Операції чи процедури з високим ризиком кровотеч – це великі операції у черевній порожнині, великі операції на грудній клітці, великі ортопедичні операції та будь-які операції на серці, хребті або всередині черепа. Будь-який пацієнт, якому проводиться нейроаксіальна анестезія, класифікується як пацієнт з високим ризиком кровотечі через ризик спінальних епідуральних гематом, які можуть спричинити параліч кінцівок.

Операції чи процедури з низьким або середнім ризиком кровотеч включають більшість операцій, які тривають менше 1 години, та процедури, які не передбачають нейроаксіальної анестезії.

Операції чи процедури з мінімальним ризиком кровотеч включають видалення зуба, пломбування кореневого каналу, біопсію шкіри, хірургію катаракти та окремі види колоноскопії, при яких лікування антикоагулянтами можна продовжувати без перерви. Без відміни антикоагулянтів також можна виконувати імплантацію постійного кардіостимулятора та внутрішнього серцевого дефібрилятора, а також катетеризацію серця.

Критерії якості медичної допомоги

Обов'язкові:

1. Пацієнтам з ФП або механічним протезом клапана серця, які отримують лікування пероральними антикоагулянтами та потребують процедури, пов'язаної з **мінімальним ризиком кровотечі**, не слід робити перерву в антикоагулянтній терапії.

2. Для пацієнтів з ФП, які отримують лікування ПОАК і яким потрібна перерва у лікуванні ПОАК для планової операції чи процедури, з метою профілактики інсульту рекомендується наступний підхід:

1) для хірургічного втручання або процедури з **низьким та середнім ризиком кровотеч** не приймати ПОАК 1 день до процедури та в день процедури (тобто загалом пропустити 2 дні) та відновити лікування наступного дня після процедури;

2) для хірургічного втручання з **високим ризиком кровотеч** не приймати ПОАК упродовж 2 днів до процедури, в день процедури та один день після процедури (тобто загалом пропустити 4 дні);

3) пацієнтам, які приймають дабігатран та мають помірне порушення функцій нирок (кліренс креатиніну <50 мл/хв) рекомендовано не приймати препарат додатково 1–2 дні перед операцією або процедурою.

3. Пацієнтам з ФП, які отримують варфарин з метою профілактики інсульту і яким потрібне тимчасове призупинення лікування варфарином для проведення планової операції або процедури:

1) для пацієнтів із **ризиком інсульту від низького до помірного** (наприклад, оцінка CHADS₂ = 0–4 бали) прийом варфарину слід припинити на 5 днів до процедури та відновити його упродовж 24 годин після процедури, не використовуючи бріджінг нефракціонованим гепарином чи ГНММ;

2) пацієнтам із **високим ризиком інсульту** (наприклад, оцінка CHADS₂ = 5–6 балів або інсульт у періопераційному періоді в

минулому) рекомендується бріджінг гепарином чи ГНММ під час перерви у лікуванні варфарином (як правило, підшкірне введення ГНММ двічі на день упродовж 3 днів до та впродовж 3 днів після хірургічного втручання або процедури). Якщо бріджінг використовувався перед операцією, в окремих випадках рекомендується відмовитися від бріджінгу в післяопераційному періоді, особливо у разі проведення процедури з високим ризиком кровотеч.

4. Пацієнтам з механічним протезом серцевого клапана, які отримують варфарин з метою профілактики інсульту і яким потрібне тимчасове призупинення лікування варфарином для проведення планової операції або процедури, рекомендується припинити прийом варфарину за 5 днів до процедури та відновити його упродовж 24 годин після процедури.

4.1 Бріджінг нефракціонованим гепарином чи ГНММ рекомендується для окремих пацієнтів із протезованим мітральним клапаном та для пацієнтів з протезованим аортальним клапаном та високим ризиком (наприклад, з додатковими факторами ризику інсульту).

4.2 Якщо бріджінг використовувався перед операцією, в окремих випадках рекомендується відмовитися від бріджінгу в післяопераційному періоді, особливо у разі проведення процедури з високим ризиком кровотеч.

5. Пацієнтам, які отримують АСК для профілактики інсульту і яким потрібна планова або термінова (упродовж 7 днів) каротидна ендартеректомія або операція з шунтування коронарних артерій, прийом АСК слід продовжувати без призупинення.

6. Пацієнтам, які отримують подвійну антитромбоцитарну терапію АСК та інгібітором P2Y12 (наприклад, клопідогрель, тика-

грелор) і які потребують термінової каротидної реваскуляризації (упродовж 7 днів), з метою вторинної профілактики інсульту, комбіновану терапію АСК та інгібітором P2Y12 слід продовжувати періопераційно.

7. Пацієнтам, яким проводяться інші хірургічні втручання, слід розглянути продовження прийому АСК перед операцією чи процедурою з низьким чи помірним ризиком кровотечі. Термін призупинення лікування АСК перед операцією чи процедурою із високим ризиком кровотечі може становити 7–10 днів.

Стандарт 9. Лікування стенозів екстракраніальних сегментів церебральних артерій та інтракраніальних стенозів

Положення стандарту

З метою запобігання рецидиву інсульту при каротидному стенозі з відповідними клінічними проявами упродовж попередніх 6 місяців: іпсилатеральна ішемія мозку або сітківки у басейні сонної артерії (ішемічний інсульт, ТІА, минуца монокулярна сліпота або оклюзія артерії сітківки) може бути призначено:

- пацієнтам, які перенесли легкий ішемічний інсульт або ТІА з іпсилатеральним стенозом сонної артерії високого ступеня, – каротидна ендартеректомія (КЕАЕ);
- пацієнтам з високим ризиком ускладнень (наприклад, при оклюзії контралатеральної сонної артерії або прогресуючій ішемічній хворобі серця (ІХС), а також при технічній неможливості виконати відкриту операцію (наприклад, високе

Таблиця. Лікування антитромбоцитарними засобами при планових операціях

Клінічний сценарій	Пропозиції щодо лікування у перед- та післяопераційному періоді
Пацієнту, який отримує монотерапію АСК, запланована некардіохірургічна операція	У більшості випадків слід призупинити прийом АСК за 7–10 днів до операції і відновити лікування через 5–7 днів після операції У пацієнтів з інсультом в анамнезі або з коронарним стенозом розгляньте можливість продовжити лікування АСК без перерви Продовжуйте лікування АСК без перерви, якщо пацієнту виконується каротидна ендартеректомія
Пацієнту, який отримує монотерапію АСК, заплановане АКШ	Продовжуйте лікування АСК без перерви до та після АКШ*
Пацієнту, який отримує АСК + клопідогрель, запланована некардіохірургічна операція**	Продовжуйте лікування АСК без перерви до та після операції* Зупиніть прийом клопідогрелю за 5–7 днів до операції і відновіть лікування через 1–2 дні після операції
Пацієнту, який отримує АСК + клопідогрель, заплановане АКШ	Продовжуйте лікування АСК без перерви до та після операції* Зупиніть прийом клопідогрелю, як мінімум, за 5 днів до операції Поновіть прийом клопідогрелю через 1–2 дні після операції
Пацієнту, який отримує АСК + тикагрелор, запланована некардіохірургічна операція або АКШ	Продовжуйте лікування АСК без перерви до та після операції* Зупиніть прийом тикагрелору, як мінімум, за 2 дні до операції Поновіть прийом тикагрелору через 1–2 дні після операції
Пацієнту, який отримує АСК + прасугрел, запланована некардіохірургічна операція або АКШ	Продовжуйте лікування АСК без перерви до та після операції* Зупиніть прийом прасугрелу за 7–10 днів до операції Поновіть прийом прасугрелу через 1–2 дні після операції

Примітка. АКШ – аортокоронарне шунтування.

*Продовжуйте лікування АСК без перерви до та після операції – це передбачає, що пацієнт приймає АСК в день операції та у перший післяопераційний день, проте можуть бути такі обставини, коли це неможливо (наприклад, пацієнт не може приймати ліки *per os*); у таких випадках лікування залишається на розсуд лікуючого лікаря з можливістю введення АСК *per rectum*.

**Пацієнту, який отримує АСК + клопідогрель, запланована некардіохірургічна операція – тактика лікування має бути індивідуальною в залежності від клінічних показань для подвійної антитромбоцитарної терапії, і, як правило, необхідна консультація з іншими фахівцями (наприклад, кардіологом у пацієнтів з коронарним стенозом).

розташування дистального краю атеросклеротичної бляшки, що недосяжне для стандартного втручання) – стентування сонної артерії (ССА).

Якщо пацієнту після легкого інсульту або ТІА показана реваскуляризація, процедуру слід проводити якомога швидше, в ідеалі – упродовж перших 14 днів від початку захворювання.

Хірургічна реваскуляризація сонної артерії (КЕАЕ або ССА) має проводитись фахівцем, який має відповідну підготовку, у ЗОЗ, які мають належне матеріально-технічне забезпечення.

Обґрунтування

Каротидний стеноз називають симптомним, якщо він пов'язаний із подією з відповідними клінічними проявами упродовж попередніх 6 місяців: іпсилатеральна ішемія мозку або сітківки у басейні сонної артерії (ішемічний інсульт, ТІА, мінуща монокулярна сліпота або тромбоз артерії сітківки).

Ступінь виразності стенозу повинен бути обрахований за методикою NASCET (Додаток 3).

Каротидна ендартеректомія (КЕАЕ): хірургічне видалення атеросклеротичних бляшок в екстракраніальній частині сонної артерії (як правило, у біфуркації загальної сонної артерії або проксимальній частині внутрішньої сонної артерії) з метою запобігання тромбоемболічному інсульту. Успішна КЕАЕ істотно знижує ризик повторного інсульту у пацієнтів із гемісферною ТІА або легким інсультом та іпсилатеральним стенозом сонної артерії високого ступеня (понад 70%). Результати досліджень показали, що у пацієнтів із безсимптомним стенозом сонної артерії КЕАЕ у порівнянні з консервативним лікуванням знижує ризик інсульту приблизно з двох відсотків на рік до приблизно одного відсотка на рік, але з запровадженням сучасних підходів до медикаментозної вторинної профілактики це співвідношення може бути іншим. Водночас у пацієнтів із 70–99% стенозом великої внутрішньочерепної артерії агресивне медикаментозне лікування виявилось ефективнішим за стентування артерії.

Стентування сонної артерії (ССА): малоінвазивна ендоваскулярна процедура, при якій стент (тонка металево-сітчаста трубка) вводиться в ділянку звуження, щоб запобігти тромбоемболічним інсультам та відновити просвіт артерії. Це втручання також зазвичай включає дилатацію судини за допомогою балон-катетера (ангіопластику). ССА була запропонована як альтернатива КЕАЕ у пацієнтів з високим ризиком ускладнень: наприклад, при оклюзії контралатеральної сонної артерії або важкій ішемічній хворобі серця (ІХС) а також при технічній неможливості виконати відкриту операцію (наприклад, високе розташування дистального краю атеросклеротичної бляшки, що недосяжне для стандартного втручання). Перкутанний підхід також дозволяє уникнути ризиків загальної анестезії та місцевих ускладнень, таких як гематоми чи розтягнення м'язів шиї, інфекції та пошкодження черепних нервів, пов'язаних з КЕАЕ, і потребує більш короткого періоду відновлення.

Критерії якості медичної допомоги

Обов'язкові:

1. Візуалізація стенозу сонної артерії з обрахунком ступеня стенозу за методикою NASCET (Додаток 3):

1) якщо питання про усунення стенозу сонної артерії виникло лише на підставі результатів ультразвукового дослідження (УЗД), для підтвердження ступеня стенозу та ухвалення рішень щодо хірургічного втручання, а також для виявлення тандемного ураження рекомендується КТА або МРА з контрастним підсиленням;

2) УЗД сонної артерії може знадобитися після первинної діагностики стенозу сонної артерії за допомогою КТА або МРА з контрастним підсиленням, якщо бляшка сильно кальцинована або має інші особливості, які роблять кількісне визначення ступеня стенозу менш надійним.

2. Пацієнти з клінічними проявами, які обумовлені іпсилатеральним стенозом (від 50 до 99%) сонної артерії, мають бути негайно оглянуті фахівцем, який має відповідну підготовку з лікування інсульту та потенційної реваскуляризації сонної артерії.

1) чоловікам із симптомним стенозом сонної артерії від 50 до 99% та жінкам із стенозом від 70 до 99% рекомендується КЕАЕ, яку у разі нетяжкого інсульту слід проводити якомога швидше від початку захворювання;

2) у жінок із симптомним каротидним стенозом від 50 до 69% КЕАЕ може розглядатися у разі найвищого ризику повторного інсульту та з урахуванням інших особливостей пацієнта.

3. Хірургічну реваскуляризацію сонної артерії (КЕАЕ або ССА) має проводити фахівець, у якого частота інсульту в післяопераційному періоді та рівень смертності не перевищує 6–7% для КЕАЕ та 5% для ССА.

4. У ситуаціях, коли немає можливості для своєчасного доступу до КЕАЕ, а доступ до ССА є швидшим, ця процедура може розглядатися у пацієнтів, які не мають протипоказань для ССА.

5. Доцільне проведення хірургічного лікування пізніше 48 годин після появи перших симптомів, оскільки операція раніше цього часу може бути пов'язана з вищим ризиком періопераційних ускладнень, особливо у тому разі, коли першою подією був інсульт, а не ТІА.

6. У пацієнтів з тяжким інсультом унаслідок симптомного стенозу сонної артерії доцільність та час проведення каротидної реваскуляризації визначається клінічною ситуацією індивідуально.

7. У пацієнтів з гострим інсультом із тандемним ураженням, які отримали ендоваскулярне лікування, під час якого ССА не проводилося, слід розглянути питання про подальшу реваскуляризацію сонної артерії за допомогою КЕАЕ або ССА. Хірургічне втручання проводиться з урахуванням ступеня стенозу сонної артерії, тяжкості інсульту, ступенем відновлення пацієнта, розміром інфаркту, ризику реперфузії та внутрішньочерепного крововиливу, а також іншими чинниками.

8. У пацієнтів старше 70 років, які не мають протипоказань для операції, як правило, більш доцільно виконувати КЕАЕ, оскільки ССА асоціюється з вищим періопераційним ризиком інсульту або смерті у пацієнтів старшого віку.

9. ССА може розглядатися у тих випадках, коли пацієнти не є кандидатами для КЕАЕ з анатомічних чи медичних причин.

10. У чоловіків із стенозом 50–99% ефективність КЕАЕ є найбільшою, якщо вона проводиться упродовж 14 днів після появи перших симптомів, і зменшується, якщо втручання проводиться пізніше 14 днів від початку захворювання.

11. В осіб із безсимптомним стенозом сонної артерії має проводитись агресивна корекція факторів ризику (наприклад, досягнення цільових рівнів АТ, НbА1с та холестерину, постійна антиагрегантна терапія, відмова від куріння та модифікація способу життя).

12. Каротидна ендартеректомія може розглядатись у пацієнтів чоловічої статі із стенозом сонної артерії від 60 до 99 %, який перебігає безсимптомно або спричинив симптоми у минулому (тобто більше ніж за шість місяців до звернення).

13. КЕАЕ у жінок із безсимптомним стенозом сонної артерії на 60–99 % слід розглядати лише у пацієнтів після консультації фахівця, який має відповідну підготовку з інсульту.

14. ССА може бути розглянуто у пацієнтів із безсимптомним стенозом сонної артерії від 60 до 99 %, які не є кандидатами для КЕАЕ через анатомічні або медичні причини за умови, що ризик інсульту чи смерті у періопераційному періоді становить менше 3 %.

15. У пацієнтів із симптомним стенозом хребетної артерії (екстракраніальним або внутрішньочерепним) медикаментозне лікування з метою вторинної профілактики інсульту має переваги перед стентуванням та відкритою хірургічною ревааскуляризацією.

16. У пацієнтів із нещодавно перенесеним ішемічним інсультом або ТІА внаслідок стенозу внутрішньочерепних артерій (70–99 %) медикаментозне лікування з метою вторинної профілактики інсульту має переваги перед стентуванням.

17. У тих випадках, коли на тлі максимальної медикаментозної терапії у пацієнтів зі стенозом внутрішньочерепної артерії трапився повторний інсульт, ендovasкулярна ангіопластика (із стентуванням або без нього) внутрішньочерепної артерії може бути рекомендована.

18. У пацієнтів з ішемічним інсультом або ТІА, яким передувала травма голови чи шиї, механічна тригерна подія на рівні шийного відділу хребта або виражений біль у голові чи шиї, слід запідозрити розшарування стінки (дисекцію) сонної або хребетної артерії.

19. У пацієнтів з ішемічним інсультом або ТІА, у яких є підозра на розшарування сонної або хребетної артерії, для діагностичної нейросудинної візуалізації рекомендується КТА, чи МРА голови та шиї або селективна катетерна церебральна ангіографія, а не ультразвукове дослідження.

20. Антитромботична терапія для профілактики інсульту рекомендується особам з діагнозом гостра або недавня дисекція сонної або хребтової артерії; призначення антитромбоцитарної терапії або антикоагулянтів здійснюється з урахуванням співвідношення ризику та користі у кожному випадку, особливостей дисекції згідно з даними візуалізації судин (наявність стенозу та його ступінь, ознаки внутрішньопросвітеного тромбу чи оклюзії судини, псевдоаневризми), результатів нейровізуалізації, характеристики пацієнта та ризику геморагічних ускладнень.

21. Оптимальна тривалість антитромботичної терапії після розшарування артерії визначається особливостями клінічного стану пацієнта та результатами візуалізації судин під час спостереження.

22. Доцільність призначення антикоагулянтної терапії при дисекціях внутрішньочерепних артерій ухвалюються окремо у кожному випадку.

Стандарт 10. Інші кардіальні проблеми у пацієнтів з інсультом

Положення стандарту

З метою профілактики повторного інсульту і розвитку супутньої патології пацієнти з інсультом мають бути ретельно обстежені щодо наявності відкритого овального вікна (ВОВ), серцевої недостатності, тромбу лівого передсердя або лівого шлуночка для подальшого вибору відповідної тактики лікувальних заходів.

Обґрунтування

Закриття ВОВ є важливим для уникнення інвалідизуючого ішемічного інсульту, особливо у пацієнтів молодого віку з великою очікуваною тривалістю життя, та уникнення геморагічних ускладнень, пов'язаних з довготривалим лікуванням антикоагулянтами. Доцільність закриття ВОВ залежить від наступних чинників: точного діагнозу інсульту і виключення схожих станів та ретельного етіологічного обстеження, щоб виключити альтернативні, більш ймовірні, причини інсульту.

Пацієнтам з ішемічним інсультом або ТІА, у яких є тромб у лівому передсерді або лівому шлуночку, рекомендується антикоагулянтна терапія АВК упродовж ≥ 3 місяців.

Відомо, що серцева недостатність пов'язана з підвищеним ризиком повторного інсульту.

Критерії якості медичної допомоги

Обов'язкові:

1. Пацієнти з нещодавно перенесеним ішемічним інсультом у разі підозри, що інсульт пов'язаний з ВОВ, повинні пройти обстеження у ЗОЗ, що спеціалізується на наданні медичної допомоги пацієнтам з інсультом та серцево-судинним захворюванням.

2. У ретельно відібраних пацієнтів з нещодавно перенесеним ішемічним інсультом, що обумовлений ВОВ, рекомендується закриття ВОВ за допомогою пристрою плюс тривала антитромбоцитарна терапія, а не лише тривала антитромботична терапія, якщо пацієнт відповідає наступним критеріям: вік пацієнта 18–60 років; діагноз інсульту підтверджений результатами нейровізуалізації, які вказують на емболічний (нелакунарний) ішемічний інсульт; пацієнта оглянув невролог або інший фахівець, який має відповідну підготовку у лікуванні інсульту, та який після ретельного обстеження з метою встановлення етіології виключив інші можливі причини, окрім ВОВ.

3. Не потрібно рекомендувати закривати ВОВ пацієнтам, у яких при УЗД не виявлено жодної з наступних анатомічних особливостей, пов'язаних з підвищеним ризиком: аневризма міжпередсердної перегородки; значне шунтування справа наліво (наприклад, >20 мікропупирців); великий діаметр ВОВ (наприклад, ≥ 2 мм).

4. Для пацієнтів, які потребують тривалої антикоагулянтної терапії з інших причин, лікувальна тактика має базуватися на індивідуальних особливостях пацієнта та співвідношенні ризику і користі.

5. Пацієнтам віком 60 років або молодше із нещодавно перенесеним ішемічним інсультом, що пов'язаний з ВОВ, яким не проводиться закриття ВОВ, для вторинної профілактики інсульту

рекомендується лікування антиагрегантами або антикоагулянтами, якщо немає окремих показань для тривалої антикоагулянтної терапії.

6. Для пацієнтів з ішемічним інсультом або ТІА, які мають синусовий ритм і тромб у лівому передсерді або лівому шлуночку, підтверджений результатами ехокардіографії чи інших методів візуалізації, рекомендується антикоагулянтна терапія з тривалістю лікування більше 3 місяців.

7. У пацієнтів з ішемічним інсультом або ТІА, які мають синусовий ритм і тяжку дисфункцію лівого шлуночка (фракція викиду $\leq 35\%$), але без ознак тромбу у лівому передсерді або лівому шлуночку, вибір лікувальної тактики має бути індивідуальним.

Стандарт 11. Ішемічний інсульт, пов'язаний з онкологічним захворюванням

Положення стандарту

При лікуванні хворих на рак або онкологічних пацієнтів з інсультом в анамнезі необхідно оцінювати ризик розвитку інсульту через наявність як серцево-судинних факторів ризику, так і чинників, пов'язаних із раком, включаючи гіперкоагуляцію, небактеріальний тромботичний ендокардит, безпосередню компресію кровоносних судин пухлиною та наслідки лікування, що можуть індукувати інсульт та оптимізувати стратегії профілактики інсульту.

Обґрунтування

Рак може збільшити ризик інсульту. Встановлено, що ризик є підвищеним весь час після діагностики раку, інсульти частіше траплялися у пацієнтів із злоякісними новоутвореннями головного мозку, легень, шлунково-кишкового тракту або з більш пізніми стадіями раку. Інсульт може бути наслідком традиційних серцево-судинних факторів ризику, а також чинників, пов'язаних із раком, включаючи гіперкоагуляцію, небактеріальний тромботичний ендокардит, безпосередню компресію кровоносних судин пухлиною та наслідки лікування, що можуть індукувати інсульт. Разом зі збільшенням виживання при раку зростає потреба оцінювати ризик інсульту та оптимізувати стратегії профілактики інсульту. Ризик інсульту у пацієнтів, хворих на рак, вдвічі перевищує ризик у загальній популяції і зростає із збільшенням тривалості спостереження. Тромбози є розповсюдженим ускладненням при злоякісних пухлинах і частою причиною смерті онкологічних пацієнтів з інсультом в анамнезі.

Критерії якості медичної допомоги

Обов'язкові:

1. У пацієнтів з активною злоякісною пухлиною, які перенесли ішемічний інсульт або ТІА, має бути проведено стандартне етіологічне обстеження, включаючи візуалізацію судин та моніторинг серцевого ритму.

2. При виборі досліджень, щоб встановити етіологію інсульту, необхідно розглядати механізми інсульту, пов'язані зі злоякісною пухлиною, включаючи небактеріальний (марантичний) ендокардит, гіперкоагуляцію, парадоксальну емболію внаслідок венозних тромбозів, компресію судин, обумовлену пухлиною, та інсульт, пов'язаний з лікуванням раку.

3. У пацієнтів з активною злоякісною пухлиною та ішемічним інсультом або ТІА, якщо стан гіперкоагуляції, пов'язаний з раком, міг сприяти розвитку інсульту, лікування антикоагулянтами замість антитромбоцитарної терапії; при призначенні лікування антикоагулянтами, слід надавати перевагу ГНММ.

4. Рішення щодо лікування цих пацієнтів слід ухвалювати разом з фахівцем, який добре розуміється на гематології, онкології або тромбозах, при цьому слід враховувати вид та стадію раку, ризик кровотеч, загальний прогноз пацієнта та цілі лікування.

5. У пацієнтів з активною злоякісною пухлиною та ішемічним інсультом або ТІА із супутньою венозною тромбоемболією (тромбоз глибоких вен (ТГВ) або тромбоемболія легеневої артерії (ТЕЛА)), у яких є підстави вважати, що інсульт обумовлений парадоксальною емболією, лікування антикоагулянтами для вторинної профілактики має проводитись у відповідності з рекомендаціям щодо лікування ТГВ та ТЕЛА у онкологічних хворих, що включає ГНММ та окремі ПОАК.

Індикатори якості медичної допомоги

Перелік індикаторів якості медичної допомоги

1. Частка пацієнтів після ТІА з руховими або мовними порушеннями, яким КТ/МРТ голови та візуалізація магістральних судин шиї були проведені протягом 24 годин після звернення.

2. Частка пацієнтів з ішемічним інсультом або ТІА, яким призначені антитромботичні засоби (антиагреганти або пероральні антикоагулянти) для вторинної профілактики інсульту при виписці із ЗОЗ, де вони перебували у гострому стані.

3. Частка пацієнтів з інсультом або ТІА, яким були призначені антигіпертензивні засоби при виписуванні з ЗОЗ, де вони перебували у гострому періоді.

4. Частка пацієнтів з ішемічним інсультом або ТІА, яким призначені гіполіпідемічні засоби для вторинної профілактики інсульту при виписуванні із ЗОЗ, де вони перебували у гострому стані.

Паспорти індикаторів якості медичної допомоги

1. Частка пацієнтів після транзиторної ішемічної атаки з руховими або мовними порушеннями, яким КТ/МРТ голови та візуалізація магістральних судин шиї були проведені протягом 24 годин після звернення.

Зв'язок індикатора із затвердженими настановами, стандартами та протоколами медичної допомоги. Індикатор ґрунтується на стандарті медичної допомоги «Вторинна профілактика інсульту».

Зауваження щодо інтерпретації та аналізу індикатора.

Цільовий (бажаний) рівень значення індикатора на етапі запровадження стандарту медичної допомоги не визначається заради запобігання викривленню реальної ситуації внаслідок адміністративного тиску.

Інструкція з обчислення індикатора

Організація, яка має обчислювати індикатор: ЗОЗ, що надає спеціалізовану стаціонарну медичну допомогу пацієнтам з інсультом або ТІА, структурні підрозділи з питань охорони здоров'я місцевих державних адміністрацій.

Дані надаються спеціалізованими стаціонарами, розташованими на території обслуговування, до структурних підрозділів з питань охорони здоров'я місцевих державних адміністрацій.

Дані надаються поштою, в тому числі електронною поштою.

Метод обчислення індикатора: підрахунок шляхом ручної або автоматизованої обробки. Індикатор обчислюється структурними підрозділами з питань охорони здоров'я місцевих державних адміністрацій після надходження інформації від всіх спеціалізованих стаціонарів, які надають допомогу пацієнтам з ГМІ, зареєстрованим в районі обслуговування.

Значення індикатора обчислюється як відношення чисельника до знаменника.

Знаменник індикатора складає кількість пацієнтів доставлених до ЗОЗ з ТІА з руховими або мовними порушеннями. Джерелом інформації є: форма первинної облікової документації № 003/о «Медична карта стаціонарного хворого № _____», затверджена наказом Міністерства охорони здоров'я України від 14 лютого 2012 року № 110, зареєстрованим в Міністерстві юстиції України від 28 квітня 2012 року за № 661/20974 (в редакції наказу Міністерства охорони здоров'я України від 21 січня 2016 року № 29) (далі – Форма 003/о).

Чисельник індикатора складає загальна кількість пацієнтів, доставлених до ЗОЗ з ТІА з руховими або мовними порушеннями, яким КТ/МРТ голови та візуалізація магістральних судин шиї були проведені протягом 24 годин після звернення. Джерелом інформації є: Форма 003/о.

Значення індикатора наводиться у відсотках.

2. Частка пацієнтів з ішемічним інсультом або ТІА, яким призначені антитромботичні засоби (антиагреганти або пероральні антикоагулянти) для вторинної профілактики інсульту при виписці із ЗОЗ, де вони перебували у гострому стані.

Зв'язок індикатора із затвердженими настановами, стандартами та протоколами медичної допомоги. Індикатор ґрунтується на стандарті медичної допомоги «Вторинна профілактика інсульту».

Зауваження щодо інтерпретації та аналізу індикатора.

Цільовий (бажаний) рівень значення індикатора на етапі запровадження стандарту медичної допомоги не визначається заради запобігання викривленню реальної ситуації внаслідок адміністративного тиску.

Інструкція з обчислення індикатора

Організація, яка має обчислювати індикатор: ЗОЗ, що надає спеціалізовану стаціонарну медичну допомогу пацієнтам з інсультом або ТІА, структурні підрозділи з питань охорони здоров'я місцевих державних адміністрацій.

Дані надаються спеціалізованими стаціонарами, розташованими на території обслуговування, до структурних підрозділів з питань охорони здоров'я місцевих державних адміністрацій.

Дані надаються поштою, в тому числі електронною поштою.

Метод обчислення індикатора: підрахунок шляхом ручної або автоматизованої обробки. Індикатор обчислюється структурними підрозділами з питань охорони здоров'я місцевих державних адміністрацій після надходження інформації від всіх спеціалізованих стаціонарів, які надають допомогу пацієнтам з інсультом або ТІА, зареєстрованим в районі обслуговування.

Значення індикатора обчислюється як відношення чисельника до знаменника.

Знаменник індикатора складає загальна кількість пацієнтів, доставлених до ЗОЗ з інсультом або ТІА. Джерелом інформації є: Форма 003/о.

Чисельник індикатора складає загальна кількість пацієнтів, доставлених до ЗОЗ з інсультом або ТІА, яким були призначені антитромботичні засоби (антиагреганти або пероральні антикоагулянти) для вторинної профілактики інсульту при виписуванні із ЗОЗ, де вони перебували у гострому стані. Джерелом інформації є: Форма 003/о.

Значення індикатора наводиться у відсотках.

3. Частка пацієнтів з інсультом або транзиторною ішемічною атакою, яким були призначені антигіпертензивні засоби при виписці із ЗОЗ, де вони перебували у гострому періоді.

Зв'язок індикатора із затвердженими настановами, стандартами та протоколами медичної допомоги. Індикатор ґрунтується на стандарті медичної допомоги «Вторинна профілактика інсульту».

Зауваження щодо інтерпретації та аналізу індикатора.

Цільовий (бажаний) рівень значення індикатора на етапі запровадження стандарту медичної допомоги не визначається заради запобігання викривленню реальної ситуації внаслідок адміністративного тиску.

Інструкція з обчислення індикатора

Організація, яка має обчислювати індикатор: ЗОЗ, що надає спеціалізовану стаціонарну медичну допомогу пацієнтам з інсультом або ТІА, структурні підрозділи з питань охорони здоров'я місцевих державних адміністрацій.

Дані надаються спеціалізованими стаціонарами, розташованими на території обслуговування, до структурних підрозділів з питань охорони здоров'я місцевих державних адміністрацій.

Дані надаються поштою, в тому числі електронною поштою.

Метод обчислення індикатора: підрахунок шляхом ручної або автоматизованої обробки. Індикатор обчислюється структурними підрозділами з питань охорони здоров'я місцевих державних адміністрацій після надходження інформації від всіх спеціалізованих стаціонарів, які надають допомогу пацієнтам з інсультом або ТІА, зареєстрованим в районі обслуговування.

Значення індикатора обчислюється як відношення чисельника до знаменника.

Знаменник індикатора складає загальна кількість пацієнтів доставлених до ЗОЗ з інсультом або ТІА. Джерелом інформації є: Форма 003/о.

Чисельник індикатора складає загальна кількість пацієнтів, доставлених до ЗОЗ з інсультом або ТІА, яким були призначені антигіпертензивні засоби при виписуванні із ЗОЗ, де вони перебували у гострому періоді. Джерелом інформації є: Форма 003/о.

Значення індикатора наводиться у відсотках.

4. Частка пацієнтів з ішемічним інсультом або транзиторною ішемічною атакою, яким призначені гіполіпідемічні засоби для вторинної профілактики інсульту при виписуванні із ЗОЗ, де вони перебували у гострому стані.

Зв'язок індикатора із затвердженими настановами, стандартами та протоколами медичної допомоги. Індикатор ґрунтується на стандарті медичної допомоги «Вторинна профілактика інсульту».

Зауваження щодо інтерпретації та аналізу індикатора.

Цільовий (бажаний) рівень значення індикатора на етапі запровадження стандарту медичної допомоги не визначається заради запобігання викривленню реальної ситуації внаслідок адміністративного тиску.

Інструкція з обчислення індикатора

Організація, яка має обчислювати індикатор: ЗОЗ, що надає спеціалізовану стаціонарну медичну допомогу пацієнтам з інсультом або ТІА, структурні підрозділи з питань охорони здоров'я місцевих державних адміністрацій.

Дані надаються спеціалізованими стаціонарами, розташованими на території обслуговування, до структурних підрозділів з питань охорони здоров'я місцевих державних адміністрацій.

Дані надаються поштою, в тому числі електронною поштою.

Метод обчислення індикатора: підрахунок шляхом ручної або автоматизованої обробки. Індикатор обчислюється структурними підрозділами з питань охорони здоров'я місцевих державних адміністрацій після надходження інформації від всіх спеціалізо-

ваних стаціонарів, які надають допомогу пацієнтам з інсультом або ТІА, зареєстрованим в районі обслуговування.

Значення індикатора обчислюється як відношення чисельника до знаменника.

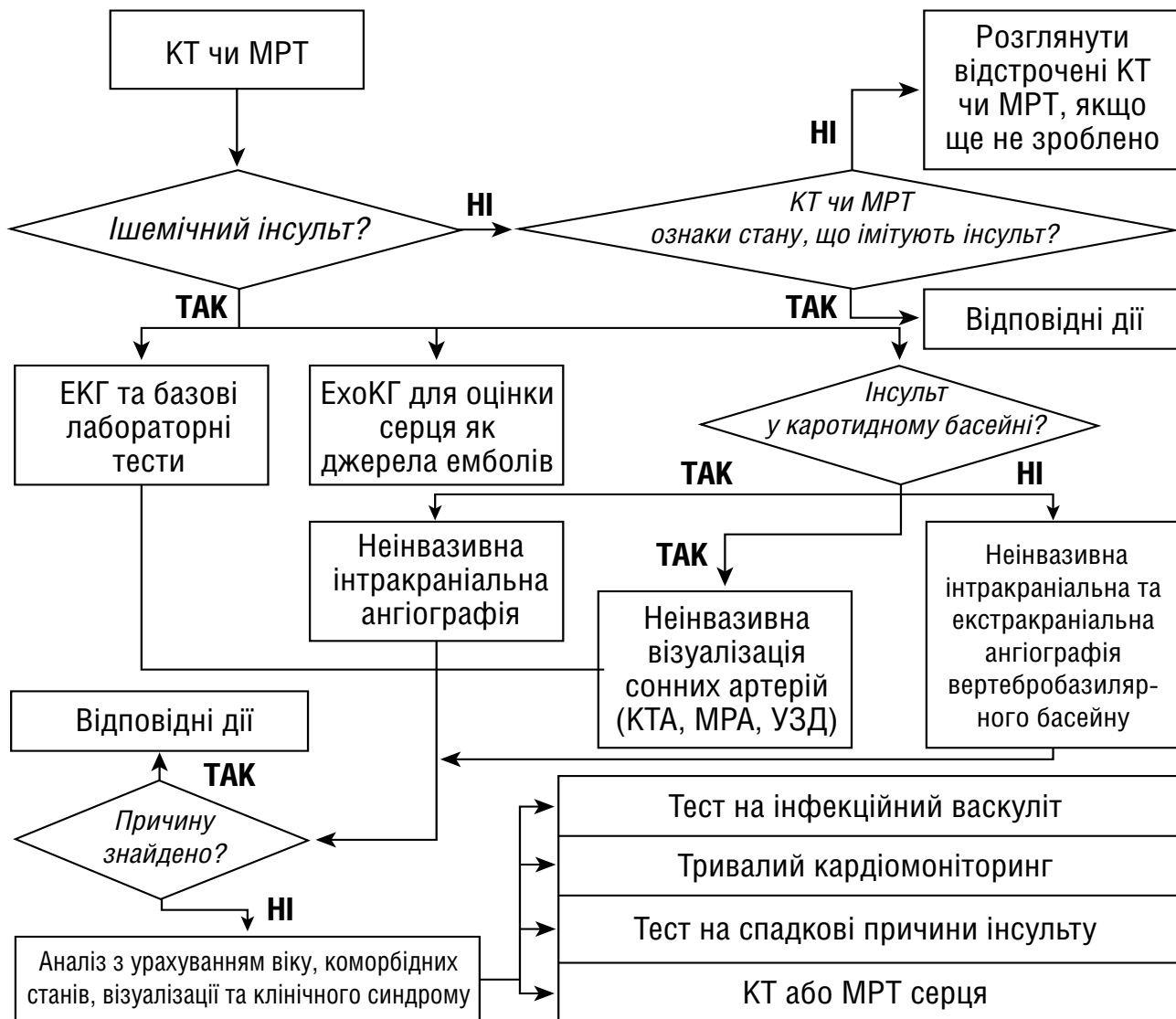
Знаменник індикатора складає загальна кількість пацієнтів доставлених до ЗОЗ з інсультом або ТІА. Джерелом інформації є: Форма 003/о.

Чисельник індикатора складає загальна кількість пацієнтів, доставлених до ЗОЗ з інсультом або ТІА, яким були призначені гіполіпідемічні засоби для вторинної профілактики інсульту при виписуванні із ЗОЗ, де вони перебували у гострому стані. Джерелом інформації є: Форма 003/о.

Значення індикатора наводиться у відсотках.

Додаток 1

до Стандартів медичної допомоги «Вторинна профілактика інсульту»



*Основні лабораторні тести включають загальний аналіз крові, тропонін, протромбіновий час, частковий тромбoplastиновий час, глюкозу, HbA1c, креатинін, а також ліпідний профіль натще чи не натще. **Якщо у пацієнта є транзиторний неврологічний дефіцит, клінічно характерний для ТІА, пацієнта слід обстежити так само, як і пацієнта, який переніс ішемічний інсульт.

Додаток 2

до Стандартів медичної допомоги «Вторинна профілактика інсульту»

Рекомендації щодо харчування пацієнтів, які перенесли інсульт або ТІА

1. Дотримуватись споживання різноманітних натуральних цільних продуктів з мінімальним ступенем технологічної обробки при кожному прийомі їжі;

2. Бажано уникати споживання або споживати меншу кількість продуктів харчування, що мають високий ступінь технологічної обробки (зокрема рафінованої їжі, кондитерських виробів, солодких напоїв, готових м'ясних продуктів та альтернатив м'ясу, а також напівфабрикатів);

3. Дотримуватись дієти з високим вмістом овочів і фруктів; заохочуйте пацієнтів обирати свіжі або заморожені фрукти без додавання цукру або консервовані у воді фрукти без додавання цукру та з низьким вмістом натрію; свіжі або заморожені овочі без додавання соусів або консервовані овочі без додавання кухонної солі;

4. Дотримуватись споживання молочних продуктів із низьким вмістом жиру і цукру та несолодких збагачених соєвих напоїв;

5. Дотримуватись споживання більшої кількості білка з рослинних джерел (бобові, горіхи та насіння) та інших видів білка, які містять менше насичених жирів, таких як риба, птиця та нежирне м'ясо;

6. Споживати продукти, що багаті на харчові волокна: цільно-зернові продукти, боби та інші бобові, замість оброблених або очищених зернових продуктів, таких, як білий хліб та макарони;

7. Для поповнення запасів рідини в організмі споживати воду та уникати споживання солодких напоїв (газовані солодкі безалкогольні напої, енергетичні напої, фруктові напої та соки промислового виробництва, розчинна ароматизована кава), які містять багато калорій і мають мінімальну харчову цінність;

8. З метою запобігання гіпертензії та зниження артеріального тиску у пацієнтів необхідно зменшувати споживання кухонної солі до досягнення цільового рівня – не більше 5000 мг на день.

9. Необхідно відмовитись від вживання алкогольних напоїв або дотримуватись вживання з мінімальним ризиком: для жінок – не більше 10 доз на тиждень, не більше 2 доз на день у більшість днів і не більше 3 доз у будь-якому окремому випадку; для чоловіків – не більше 15 доз на тиждень, не більше 3 доз на день у більшість днів і не більше 4 доз у будь-якому окремому випадку. (Одна стандартна доза (standard drink) алкоголю становить 13,5 г чистого етанолу, що приблизно дорівнює 42 мл міцного (40 %) алкоголю, одному бокалу (140 мл) 12 % сухого вина або одній пляшці (0,33 л) 5 % пива).

Додаток 3

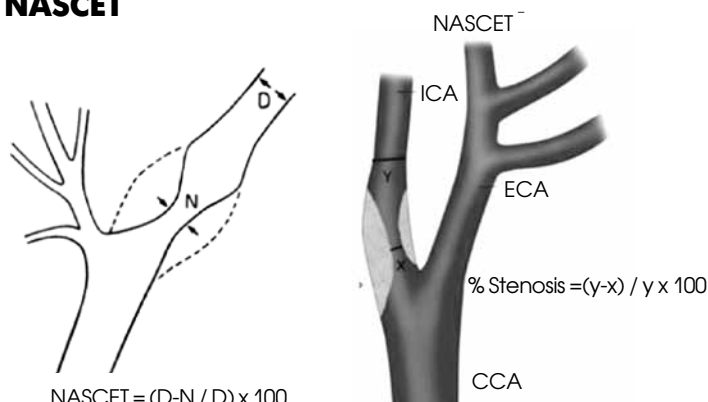
до Стандартів медичної допомоги «Вторинна профілактика інсульту»

Методика NASCET

Обрахунок ступеню виразності стенозу за методикою NASCET полягає у відсотковому визначенні відношення найменшої відстані у ділянці звуження судини атеросклеротичною бляшкою до ширини незміненої ділянки артерії дистальніше постстенотичного розширення, де її протилежні стінки мають паралельний хід.



$$\text{NASCET} = \frac{B-A}{B} \times 100$$



$$\text{NASCET} = (D-N / D) \times 100$$

Додаток 4

до Стандартів медичної допомоги «Вторинна профілактика інсульту»

Транскраніальна доплерографія з «тестом з пухирцями» для виявлення серцевих та позасерцевих шунтів «справа-наліво»

Підготовка контрастної речовини:

1. Кількість контрастної речовини має становити 10 мл розчину, який складається з 1 мл повітря та 9 мл фізіологічного розчину. Введення розчину повинно бути відразу після

приготування, щоб запобігти утворенню великих бульбашок повітря.

2. Приготування змішаного фізіологічного розчину слід проводити наступним чином: до внутрішньовенного подовжувача 10 см

приєднується триходовий кран, з'єднаний з 1) 10-мл шприцом, який містить 9 мл 0,9% фізіологічного розчину та 2) 10 мл шприцом, який містить 1 мл повітря, аспірованого через бактеріальний фільтр. 9 мл фізіологічного розчину (шприц 1) та 1 мл повітря (шприц 2) слід швидко й енергійно обміняти між шприцями принаймні десять разів.

3. Рекомендується болюсна ін'єкція.

Додаткова інформація про обстеження:

1) пацієнт знаходиться у положення лежачи; рука, яка використовується для ін'єкції, знаходиться в горизонтальному положенні;

2) використовується голка великого діаметра 18G;

3) ін'єкція проводиться в праву ліктьову вену;

4) проводиться запис доплерівського сигналу середньої мозкової артерії (СМА) (білатерально, якщо доступно);

5) проводиться додаткова повторна оцінка після проби (маневру) Вальсальви, яка починається через 5 с після початку

ін'єкції та продовжується щонайменше 5 с (оцінка з використанням проби Вальсальви не проводиться, якщо під час звичайної оцінки отримана картина великої кількості мікропухирців (емболічний патерн)).

Оцінка:

1. Чотири рівні оцінки відповідно до появи мікропухирців (далі – МП) під час транскраніальної доплерографії (далі – ТҚДГ) з використанням одностороннього моніторингу МСА (значення для двостороннього моніторингу в дужках): (1) відсутність МП; (2) 1–10 (1–20) МП; >10 (> 20) МБ, але без «емболічного патерну», і (4) «емболічний патерн», де жоден МП не можна розрізнити в межах спектру ТҚДГ.

2. Для кількісної оцінки необхідний запис для оцінки після процедури, який можна виконати за допомогою відео або запису доплерівських спектрів. Кількість МП необхідно задокументувати та оцінити як для базового обстеження, так і для проби Вальсальви окремо.