

УДК 616.831-005.1-053.2

Московко С.П.¹ від імені групи розробників «Локального протоколу — маршруту пацієнта»;
Височанська Т.Г.², Костенко Т.В.², Височанський О.В.^{1,2}, Коробчук Н.В.², Матіюк С.І.²,
Коломієць Т.², Танасієнко Н.В.²

¹Вінницький національний медичний університет ім. М.І. Пирогова, м. Вінниця, Україна

²КНП «Вінницька обласна клінічна психоневрологічна лікарня ім. акад. О.І. Ющенка ВОР»,
м. Вінниця, Україна

Локальні протоколи — маршрути пацієнта з інсультом у нових умовах: позиція, дискусія і практичний приклад

У 2021–2023 роках практично завершено створення пакета нормативних медико-технологічних документів, що регламентують надання допомоги при гострому інсульті на всьому шляху пацієнта — від виявлення випадку, екстреної медичної допомоги (ЕМД), невідкладної діагностики у спеціалізованих відділеннях закладів охорони здоров'я, термінових заходів з лікування, організації догляду в умовах стаціонару і до заходів вторинної профілактики та реабілітації. Ці документи розроблялись за затвердженою методикою групою експертів Державного експертного центру (ДЕЦ) МОЗ України і в основі мають затверджені національні клінічні настанови з усіх питань інсульту (у цьому випадку — офіційно адаптовані Канадські рекомендації з найкращих клінічних практик при інсульті 2021–2022 років). На ґрунті цих всеохоплюючих документів, створених на засадах доказової медицини, розроблені стандарти надання допомоги при геморагічному інсульті, вторинній профілактиці, когнітивних, емоційних порушеннях і синдромі післяінсультної втоми, ішемічному інсульті та реабілітації (останні два — в процесі затвердження). Пакет доповнюється наказами МОЗ щодо стандартизації діяльності ЕМД у випадку інсульту, що максимально гармонізує зусилля всіх ланок у ланцюгу надання допомоги (всі документи доступні на офіційному сайті МОЗ України).

Стандарти надання допомоги стають обов'язковими до виконання й автоматично перетворюються на вимоги Національної служби здоров'я України (НСЗУ) до

відповідних пакетів за програмою медичних гарантій. Тобто вони містять набір індикаторів якості, критеріїв, що стають предметом контролю з боку НСЗУ, і, отже, створюють систему надання допомоги, об'єднуючи окремі заклади охорони здоров'я (ЗОЗ) у розгалужену спроможну мережу. І в цю мережу увійдуть не тільки спеціалізовані підрозділи, що можуть надати необхідну допомогу при інсульті, включно із системним тромболізисом і ендovasкулярними втручаннями, нейрохірургічними маніпуляціями, але й ЕМД, реабілітаційні підрозділи й потужності сімейної медицини, соціальних служб і паліативного догляду. Безперервність ланцюга в перспективі має надати, нарешті, вірогідно обґрунтоване розуміння ситуації з інсультom в Україні, можливість вибрати коригувальні заходи в проблемних місцях і досягнути цілей щодо зменшення тягаря інсульту, які намічені в Програмі ЄС, розробленій на період до 2030 року, до якої офіційно приєдналась Україна.

За останні 10 років зусиллями небайдужих до глобальної проблеми фахівців з інсульту проведена значна робота із залучення широкого загалу спеціалістів (лікарів, які працюють з інсультними пацієнтами, медичних сестер спеціалізованих відділень, фахівців з реабілітаційної медицини тощо) до процесу навчання, підвищення професійного рівня й розвитку навичок у наданні допомоги згідно з найкращими світовими клінічними практиками. Професійні організації, такі як ГО «Українська асоціація боротьби з інсультom» (УАБІ), ГО «Українське товариство інсультної медицини»

(УТІМ), Асоціація нейрохірургів (із секцією ендovasкулярного втручання — інтервенційної нейрорадіології) докладають постійних зусиль до згуртування спільноти, імплементації нових знань і формування сучасного клінічного мислення. Неоціненний внесок зробила й міжнародна Ініціатива Angels, яка з 2016 року імплементує в Україні нові форми донесення навчального матеріалу, досвіду провідних світових клінік і започаткувала симуляційне навчання, практичні тренінги для персоналу, що позначає перехід до нового розуміння терміна «командна робота».

Відтепер у нових умовах створення державних засад системи надання допомоги при інсульті постає питання їх втілення в діяльність кожного підрозділу, залученого до мережі, зокрема останнього кроку — генерації локальних протоколів — маршрутів пацієнта (ЛП-МП), з урахуванням місцевих особливостей, потужностей і структури конкретного закладу, матеріально-технічного забезпечення, кількості та навичок персоналу тощо. І що являє собою ЛП-МП — медичний, адміністративний, юридичний документ: просту компіляцію основних вимог зі стандартів та умов НСЗУ чи щоденне керівництво для роботи персоналу спеціалізованого підрозділу? Це керівництво, яке не лише описує всі процеси в послідовності їх виконання, у ньому також можна знайти відповіді на питання, що постійно виникають, нестандартні ситуації та шляхи їх вирішення тощо.

Останні два роки, передбачаючи зміни, що стаються, у рамках Ініціативи Angels на численних семінарах, тренінгах і вебінарах ми вже почали звертати увагу учасників на цю проблематику. Підкреслювалось, що ЛП-МП не є тільки формально необхідним документом, наявність якого задовольнила б НСЗУ та інші контролюючі органи. Постулювалися основні змістовні компоненти документа і сенси, які в них вкладаються. По-перше, ЛП-МП — це *мана*, у якій прописується фізичний маршрут пересування пацієнта від місця події до лікувального закладу з першою точкою контакту в приміщенні підрозділу нейровізуалізації, де відбувається швидка діагностика, оцінка стану пацієнта й прийняття рішення. У разі, наприклад, вірогідного підтвердження того, що пацієнт з ознаками інсульту знаходиться у межах вікна терапевтичних можливостей і на спіральній комп'ютерній томографії (СКТ) значних порушень не виявлено (оцінка за шкалою ASPECT > 6 балів), можливо на столі СКТ почати термінове лікування (системний тромболізис) за відсутності очевидних протокольних протипоказань.

У будь-якому випадку описується подальше переміщення пацієнта в межах ЗОЗ (інсультний блок, відділення інтенсивної терапії, рентген-операційна чи інше) або переведення його в інший заклад, де є розширені можливості для проведення необхідного лікування, відсутні на сьогодні в цьому закладі. Так само в документі описується подальший рух пацієнта та його умови — у реабілітаційний підрозділ, додому чи до служб паліативного догляду. Усе це вкладається у сенс «мана». І на всьому протязі маршруту акцентується необхідність комунікації: між командою ЕМД і приймаючою лікарнею

(попередження завчасно, пренотифікація), черговим персоналом і радіологами, черговим лікарем і відділеннями, консультантами за необхідності тощо. Комунікація передбачає інформування й обговорення ситуації на кожному етапі, колективне обговорення, особливо на етапі прийняття рішення (діагностичного, терапевтичного чи в разі зміни маршруту в інтересах здоров'я чи життя пацієнта).

Водночас ЛП-МП — це *зміст*: опис процедур, які мають бути проведені в кожній точці маршруту (у термінах стандартних операційних процедур), і вказівки щодо розподілу обов'язків між членами команди (хто і що робить, хто контролює виконання і відповідає за результат). От тут розроблені стандарти (державні) стають у нагоді як джерело інформації, приклад найкращої та сьогоденні практики, якої слід максимально намагатись дотримуватись. З практичної точки зору ця частина ЛП-МП не має бути занадто варіабельною і відрізнятись у різних ЗОЗ (на відміну від частини «мана») — стандарт для всіх один. Інша справа — як його написати, враховуючи умовну діаграму з комірками-питаннями, які мають дихотомічне вирішення («якщо — то так», «якщо ні — то робимо так» тощо). Тобто залежно від визначеного характеру мозкової катастрофи (ішемія чи геморагія) подальші дії можуть йти різними шляхами, лікувальна стратегія може визначатись у рамках стандартів за принципом case-by-case, але є процедури, що залишаються загальними для всіх пацієнтів: догляд, контроль функції ковтання, температури і рівня цукру (FESS-протокол), гігієна, харчування і контроль водного балансу, дії у випадку делірію або повторних епілептичних нападів тощо.

Нарешті, і це особливо важливо (!), ЛП-МП — це *таймер*. Виходячи із загального принципу «мозок — це час», незалежно від характеру процесу й реальних часових обставин у пацієнта, у край необхідне максимальне прискорення всіх компонентів надання допомоги: реакції на виявлення особи з ознаками інсульту, виклику ЕМД, транспортування до закладу, діагностики і прийняття рішення щодо самого лікування, догляду і профілактики ускладнень, ранньої реабілітації та контрольованої планованої виписки з призначенням усього пакета заходів вторинної профілактики інсульту.

Це стосується всього процесу, а не обмежується тільки ситуаціями вікна терапевтичних можливостей. Певні дії, виконані вчасно, дають можливість запобігти ускладненням на етапі догляду, стаціонарного перебування, і термін і повнота їх виконання є показником якості надання допомоги.

Ніхто не є досконалим. І завжди є потреба в поліпшенні роботи, якщо ти волієш досягати кращих кінцевих результатів. Але «те, що не можна виміряти, неможливо і виправити». Тому точне визначення часу і витрат часу на етапах переміщення і виконання процедур — це можливість оглянути й вимірювати весь процес у цілому і визначати показники якості надання допомоги (у тому числі персоналізовані!). Ключовий момент — саме якість надання допомоги, і в стандартах прописані обов'язкові та бажані критерії якості, а також

індикатори, за якими можна визначити ступінь і рівень якості як в окремих ЗОЗ і підрозділах, так і на окремих територіях відповідальності та в цілому по країні.

І от тепер, з урахуванням усього вищевикладеного, можна сформулювати погляд на ЛП-МП як на великий, розгалужений чек-лист, що охоплює весь процес, організований у конкретному закладі для надання допомоги при інсульті. Відмітки в ньому — що зроблено, коли, ким — відображаються практично в медичній карті стаціонарного пацієнта, яка є, власне, чек-листом, продиктованим вимогами ЛП-МП. Відповідність змісту медичної карти директивному документу має бути якомога повнішою і легко перевірятись, узагальнюватись для оцінки критеріїв якості та висвітлення проблем, що виникають.

Призначення такого інструмента, як чек-лист, — уникнення помилок. Там, де є людський фактор, значно зростають ризики припуститися помилки, пропустивши (чи забувши) якийсь елемент у процедурі. Жоден екіпаж лайнера не почне зліт, не перевіривши за чек-листом усі необхідні послідовні процедури, дії щодо кожного члена команди. Жоден хірург не почне операцію, не перевіривши всі моменти передопераційної підготовки і не проговоривши з персоналом план і тривалість операції, ризики, які, можливо, зустрінуться, і заплановані дії щодо їх усунення (навіть спільна, вголос, перевірка особи пацієнта, якого взяли в операційну, і сторони, на якій буде проводитись втручання, так само важлива, як і техніка операції).

Чек-листи, як система уникання помилок, значно поширені в різних галузях. Є чек-листи, без яких неможливо проводити окремі процедури, як-от тромболітична терапія при ішемічному інсульті: без перевірки всіх пунктів застережень і ризиків, відносних протипоказань неможливо розпочинати процедуру, бо це прямо загрожує життям пацієнта. Або чек-лист догляду за протоколом FESS: без документального підтвердження негативного тесту на ковтання (ким проведеної, перевірений і коли це зроблено) введення чогось через рот (вода, їжа, ліки) — пряма загроза ускладненого перебігу й несприятливого результату. Такі чек-листи мають бути затверджені в ЛП-МП, реалізовані в паперовій формі і/або в електронних записах, якщо це прийнятно (до речі, в електронному варіанті значно легше проконтролювати час внесення відомостей до форми, запобігти формальному ставленню до процедур).

Поступово при такій стратегії роботи історія хвороби, медична картка пацієнта почнуть трансформуватись у значно більш інформативний документ, який може аналізуватись з точки зору відповідності ЛП-МП і полегшувати глобальну оцінку якості назагал. Прикладом такого механізму оцінки є європейська (тепер уже всесвітня) ініціатива RES-Q, яка збирає дані щодо практик лікування інсульту з кількох тисяч лікарень у десятках країн. Реєстр складається більш ніж із сотні позицій, які відображають усі моменти, у тому числі часові, у процесі надання допомоги, а також містить дані про кінцевий результат — оцінку функціонального стану пацієнта на 90-й день від початку захворювання

за модифікованою шкалою Rankin (mRS). Ця кінцева точка — квінтесенція оцінки якості роботи, і без неї всі розмови про якість надання допомоги, зусилля в цьому напрямку — суцільне базікання! Усе, про що йшлося вище, є тільки інструментарієм для досягнення кінцевої точки. І, щоб її досягнути, інструментарій повинен бути якісним, дієвим, а ставлення до нього — свідомим.

Є ще один момент, який зазвичай обходять сором'язливо при обговоренні подібних ініціатив, — зміни парадигми, державні стандарти, рамки вимог НСЗУ, зарегульованість державної медицини порівняно з приватним сектором надання послуг тощо. Межі дозволеного... Тонка межа, що відділяє сумлінного виконавця встановлених і прописаних правил від творчої особистості, яка незбагненним чином синтезує моделі діагностичного й лікувального процесів, що в кінцевому результаті приводять до бажаних позитивних наслідків. Це, власне, і називають мистецтвом лікування.

Жодна клінічна настанова і жоден стандарт ведення пацієнта при визначеній патології не згадує про насиченість і деталі застосування лікарських засобів, які присутні на фармацевтичному ринку та мають прописані в інструкціях прямі показання щодо відповідної патології. За невеликим винятком: у випадку ішемічного інсульту — це засіб альтеплаза, що використовується для внутрішньовенної тромболітичної терапії (сам по собі або перед ендovasкулярним втручанням чи під час нього). І в обмежених часових рамках та умовах використання. А переважна частка пацієнтів? Лише спостереження за «природним перебігом захворювання»? І певна симптоматична терапія...

Проте існують засоби, які вже довели свою ефективність, але вперто не визнаються такими, що мають право на застосування за показаннями. Причини невизнання і невключення в рекомендації, стандарти різні — немає включення їх у поточні рекомендації-протоколи провідних країн (хоча в інші клінічні рекомендації вони включені!), або доказова база відносно їх користі й ефективності отримана в країнах, які не можна брати до уваги згідно з постановою, що вийшла колись у нашій країні, або інші, суб'єктивні міркування, які не прийнято відкрито обговорювати.

Між тим, клінічний досвід лікарів, які спробували застосовувати той чи інший засіб і мають схильність його призначати, заслуговує на повагу. Так само, як і дослідження, вже проведені у нашій країні (СТІКс, CARS), з вельми позитивними результатами. І такі дослідження будуть тривати, як би це комусь не подобалось. Кожен отриманий результат може бути оскаржений тільки іншим результатом, отриманим за тією ж методологією, у відкритому змаганні!

Результатом вищезазначеного може бути теза в контексті створення ЛП-МП, що те, що не є забороненим, можна використовувати і, більше того, згадувати в цих самих ЛП-МП як колективну експертну думку фахівців конкретного закладу, які реалізують стандарти, рекомендації та настанови, власні знання і досвід для досягнення найкращого результату. І це є підставою для рішень про закупівлю закладом певних засобів для

забезпечення повноцінного лікування (за умови виконання закупівель за Національним переліком, який, як відомо, дуже обмежений і неповноцінний). Тобто що не заборонено (а візована державою інструкція до лікарського засобу з вказанням конкретних показань є головним аргументом!), то дозволено, і при написанні ЛП-МП немає ніяких обмежень. Головне, щоб ви могли довести свою правоту за кінцевим результатом. А от з цим у нас ще є далеко не вирішені проблеми...

Як приклад реалізації вищевикладених принципів наводимо ЛП-МП конкретного закладу, інсультний підрозділ якого має достатній досвід у роботі та, сподіваємось, справедливо цінується фахівцями в Україні (визнання в європейській спільноті підтверджується численними щорічними нагородами Angels та ESO піз-

ного, у тому числі найвищого, гатунку і результатами єдиного поки що двохетапного аудиту якості надання допомоги (QUICK від ESO, 2018), проведеного в нашій країні).

ЛП-МП КНП «Вінницька обласна клінічна психоневрологічна лікарня ім. акад. О.І. Ющенко ВОР» для пацієнтів з підозрою на гострий мозковий інсульт оновлено у 2023 р. як раз у зв'язку з новими обставинами, такими як парадигма спроможної мережі, нові медикотехнологічні документи, нові принципи фінансування діяльності тощо. Це не типовий протокол, але його зміст і архітектура побудови можуть стати в нагоді іншим закладам, особливо тим, що тільки приєднуються до такої роботи і не мають достатнього досвіду в подібних речах.

«Затверджено»

Директор

КНП «Вінницька обласна клінічна психоневрологічна лікарня ім. акад. О.І. Ющенко ВОР»
Софія Кучерук

«_____» _____ 2023 р.

«Узгоджено»

Заступник директора з медичних питань
за напрямком «Неврологія та нейрохірургія»

Ігор Грубеляс

«_____» _____ 2023 р.

ЛОКАЛЬНИЙ ПРОТОКОЛ — КЛІНІЧНИЙ МАРШРУТ ПАЦІЄНТА

з надання медичної допомоги пацієнтам з гострим мозковим інсультом
в умовах КНП «Вінницька обласна клінічна психоневрологічна лікарня
ім. академіка О.І. Ющенко ВОР»

Загальні положення

1. «Локальний протокол — клінічний маршрут пацієнта» (ЛП-КМП) створений на основі діючих нормативних документів МОЗ України та інших нормативних документів, що регулюють надання медичної допомоги на території України:

2. Наказ Міністерства охорони здоров'я України від 5 листопада 2020 року № 2524, зареєстрований у Міністерстві юстиції України 22 грудня 2020 року за № 1277/35560, «Про затвердження Єдиного класифікатора попередніх діагнозів для бригад екстреної медичної допомоги»; наказ Міністерства охорони здоров'я України від 25 вересня 2020 року № 2203, зареєстрований у Міністерстві юстиції України 11 листопада 2020 року за № 1120/35403, «Про затвердження Порядку організації надання медичної допомоги пацієнтам із підозрою на гострий мозковий інсульт у системі екстреної медичної допомоги»; постанова Кабінету Міністрів України від 16 грудня 2020 року № 1271 «Про норматив прибуття бригад екстреної (швидкої) медичної допомоги на місце події», наказ Міністерства охорони здоров'я України від 5 червня 2019 року № 1269 «Про затвердження та впровадження медико-

технологічних документів зі стандартизації екстреної медичної допомоги».

3. Клінічна настанова, заснована на доказах «Надання допомоги при спонтанному внутрішньомозковому крововиливі» (КН 2022-09 від 05.01.2022).

4. Стандарти медичної допомоги «Надання допомоги при спонтанному внутрішньомозковому крововиливі» (ГС 2022-09 від 05.01.2022).

5. Клінічна настанова, заснована на доказах «Вторинна профілактика інсульту» (КН 2022-1967 від 02.11.2022).

6. Стандарти медичної допомоги «Вторинна профілактика інсульту» (ГС 2022-1967 від 02.11.2022).

7. Клінічна настанова, заснована на доказах «Настрій, когніція та відчуття втоми/знесилення після інсульту» (КН 2023-1163 від 27.06.2023).

8. Стандарт медичної допомоги «Когнітивні та психологічні розлади після інсульту» (СМД 2023-1163 від 27.06.2023).

9. Клінічна настанова, заснована на доказах «Ішемічний інсульт» і Стандарт медичної допомоги «Надання допомоги при ішемічному інсульті (в стадії затвердження наказом МОЗ).

Організаційне та матеріально-технічне забезпечення

Надання допомоги при гострому мозковому інсульті в КНП «Вінницька обласна клінічна психоневрологічна лікарня ім. академіка О.І. Ющенка ВОР» забезпечується спеціалізованим відділенням гострого мозкового інсульту (№ 22) з блоком інтенсивної терапії та нагляду (Stroke Unit) на 12 ліжок, відділенням анестезіології та інтенсивної терапії (ВАІТ, реанімаційне) на 12 ліжок, нейрохірургічним відділенням (обласне) і відділенням ранньої реабілітації інсультних пацієнтів (№ 5) на 40 ліжок.

Комплексну допомогу пацієнтам забезпечують лікарі-консультанти — кардіолог, ендокринолог, терапевт, логопед — лікар терапії мовлення, окуліст, лікарі фізичної реабілітаційної медицини, лікарі функціональної діагностики тощо.

Потреби в невідкладній нейровізуалізації забезпечують на сьогодні приватні структури (СКТ і МРТ), з якими укладено відповідні угоди.

Технічне оснащення відповідає вимогам НСЗУ для умов пакета надання допомоги при інсульті.

Служба забезпечує сервіс 24 години на добу, 7 днів на тиждень.

Послідовність та алгоритм дій персоналу при наданні допомоги пацієнтам з гострим інсультом

1. Повідомлення про випадок («підозра на інсульт») зазвичай надходить від служби екстреної медичної допомоги з території області (згідно з директивним обласним маршрутом пацієнта і розподілом зон відповідальності між спеціалізованими ЗОЗ). Виклик надходить на цілодобовий безкоштовний телефонний номер (+38.....), який знаходиться в користуванні чергового лікаря. Альтернативно припускається самозвернення, коли пацієнта доправляють родичі власним транспортом.

2. Черговий лікар, користуючись чек-листом, з'ясовує в члена бригади ЕМД (або іншого медичного працівника, який знаходиться поряд з пацієнтом) обставини випадку і занотовує основні важливі параметри й показники:

- ПІБ постраждалого;
- вік і стать;
- локацію;
- обставини випадку;
- точний час початку симптомів або час, коли пацієнта востаннє бачили без симптомів інсульту;
- визначені симптоми інсульту і стан на поточний момент;
- стан свідомості;
- артеріальний тиск та інші вітальні функції (серцевий ритм тощо);
- важливі анамнестичні відомості (хронічні захворювання, прийом ліків, особливо антикоагулянти, останній час прийому ліків тощо);
- можливість транспортування до відділення і планований час прибуття;

— наявність супроводжуючого (родичі чи близькі люди).

3. Надаючи дозвіл на транспортування пацієнта, черговий лікар скеровує бригаду ЕМД до служби нейровізуалізації і ставить до відома персонал СКТ, узгоджує час прибуття пацієнта.

4. Протягом виконання маршруту пацієнта черговий лікар підтримує періодично зв'язок з бригадою ЕМД, з'ясовуючи зміну стану, динаміку вітальних функцій, а також проводить дослідження вірогідності ураження великої судини мозку за шкалою RACE і вірогідності масивного внутрішньочерепного крововиливу (за ригідністю підвищеного артеріального тиску, періодичним блюванням, прогресивним погіршенням стану свідомості, негативною динамікою неврологічного дефіциту тощо).

5. Пацієнти, які потрапляють у вікно терапевтичних можливостей (до 4,5 годин з моменту початку симптомів інсульту), зустрічаються черговим лікарем на СКТ у момент прибуття. Тут оцінюється неврологічний стан пацієнта (за короткою шкалою NIHSS і ШКГ), стан вітальних функцій (артеріальний тиск, ритм серцевих скорочень, частота дихання, температура, рівень цукру крові за швидким тестом — вимірювання виконує медична сестра). На ці процедури виділяється не більше ніж 5–7 хвилин, після цього виконується СКТ-дослідження головного мозку.

6. З моменту надходження пацієнта на СКТ заповнюється чек-лист внутрішньолікарняного маршруту пацієнта (*додаток 1*), у якому вказується точний час прибуття, результати попереднього огляду й оцінки неврологічного стану, вітальні функції, час початку нейровізуалізації та її результати, оцінка можливості проведення внутрішньовенного тромболізісу і проведення короткого інформування родичів чи представників пацієнта про його стан і плановане лікування (за процедурою прийняття рішення при невідкладних станах: рішення лікаря, який бере на себе відповідальність за всі дії, що є необхідними в обставинах, що склалися; формальна згода родичів чи представників, які не можуть пред'явити юридично підтверджених повноважень (опікунство тощо), не є потрібною).

7. Під час виконання СКТ-дослідження (до 3–5 хвилин) черговий лікар переглядає разом з радіологом чи рентген-лаборантом послідовні скани мозку й оцінює стан, характер і ступінь його пошкодження. Після виключення геморагічного характеру інсульту ішемічне ураження оцінюється за шкалою ASPECTS.

8. Варіанти можливих подальших дій:

А. При виявленні ознак геморагічного характеру інсульту (спонтанний ВМК) черговий лікар телефонує черговому нейрохірургу й організовує невідкладну консультацію пацієнта (термін початку огляду — до 30 хвилин). Пацієнт у цей час транспортується до відділення (інсультний блок), якщо він знаходиться у стані, що оцінюється лікарем як стабільний, не потребує корекції вітальних функцій і має рівень свідомості > або = 12 балам за ШКГ.

Пацієнти зі зниженим рівнем свідомості (< 12 балів за ШКГ) або таким, що знижується, психомоторним збудженням (делірієм), такі, які потребують корекції вітальних функцій і яким передбачається термінове нейрохірургічне втручання (об'єм ВМК > 30 см³, інфратенторіальна локалізація ВМК), госпіталізуються до відділення анестезіології та інтенсивної терапії (де й оглядаються нейрохірургом).

Усі дані нейровізуалізації (об'єм гематоми, її локалізація, ступінь перифокального набряку і мас-ефект, проникнення в шлуночки мозку тощо) разом з клінічними критеріями щодо місця госпіталізації заносяться в чек-лист з відміткою точного часу прийняття рішення.

В. У разі виключення ВМК за даними СКТ і встановлення вірогідної ішемічної причини розвитку симптомів гострого інсульту для пацієнтів, які знаходяться у вікні терапевтичних можливостей (до 4,5 годин від моменту розвитку симптомів інсульту або з моменту, коли пацієнта бачили або чули без ознак гострих неврологічних порушень), може бути прийняте рішення про невідкладну вТЛТ препаратом Актилізе. Для цього оцінюються дані СКТ за шкалою ASPECTS, і при оцінці 6 (інвалідизуючий інсульт — афазія, грубий геміпарез) і більше балів розпочинається процедура вТЛТ.

Лікар проводить повну оцінку протипоказань до процедури за чек-листом (додаток 2), розраховує дозу препарату (додаток 3), дозу болюсного введення (10 %), і медична сестра розводить препарат, вводить вказану дозу болюсу (повторюючи вголос вказану цифру лікарем) і налагоджує введення залишкової дози за допомогою інфузомата. Пацієнт транспортується до інсультного блоку, і подальше спостереження ведеться за чек-листом (додаток 4) наступні 24 години.

С. Альтернативно пацієнти, які підпадають під вищевказані критерії вТЛТ, але в яких артеріальний тиск виходить за межі, припустимі для проведення процедури (> 185/105 мм рт.ст.), спочатку транспортуються до інсультного блоку, а вже на місці проводяться заходи зі зниження артеріального тиску (в/в ебрантил) з наступним проведенням процедури вТЛТ, якщо немає протипоказань і це можливо.

Д. У пацієнтів, у яких точний час розвитку симптомів інсульту неможливо встановити або симптоми з'явилися після сну, вТЛТ, заснована на результатах безконтрастної СКТ, зазвичай не проводиться. Винятки розглядаються за сукупності факторів, у конкретних випадках, як правило, консиліумом. **Примітка:** на даний час можливості СКТ-апарата, що використовується, обмежені в сенсі проведення рутинного розширеного обстеження (СКТ-ангіографія, перфузійне/дифузійне дослідження).

9. Пацієнти, які прибувають на госпіталізацію очевидно за межами вікна терапевтичних можливостей, упродовж процедури пренотифікації скеровуються черговим лікарем на СКТ, після чого госпіталізуються до інсультного блоку чи відділення інтенсивної терапії за алгоритмом, описаним вище. Дані СКТ передаються черговому лікарю.

10. Після вступу до відділення черговий лікар або призначений лікуючий лікар (у робочий час з понеділка по п'ятницю) проводить детальне обстеження стану пацієнта, встановлює діагноз і розробляє план лікування, догляду і ранньої реабілітації та інформує родичів чи супроводжуючих, представників пацієнта про стан речей. На цьому етапі лікар може запропонувати родичам купити в аптеці деякі препарати чи засоби догляду, які необхідні для досягнення найкращого можливого результату лікування, але відсутні на поточний момент у відділенні (не входять в обов'язкові закупки згідно з Національним переліком, не закуплені за кошти лікарні тощо). Лікар повинен обґрунтувати пропозицію, пояснивши можливі переваги й ризики лікування, і рішення приймається на основі добровільної та інформованої згоди. Факт пропозиції та згода представників пацієнта документуються в історії хвороби (медичній карті стаціонарного пацієнта) за підписами лікаря і представника пацієнта з указуванням дати і точного часу.

Ведення пацієнта з гострим інсультом в умовах інсультного блоку

Загальні принципи організації догляду:

1. Ведення пацієнта, який госпіталізований до інсультного блоку, зазвичай виконується лікуючим лікарем, якого призначає завідувач відділення, після першого огляду й діагностики, що проводяться черговим лікарем.

2. Ведення пацієнта в стаціонарі (лікування і догляд, профілактика ускладнень тощо) відповідає поточним галузевим стандартам, затвердженим МОЗ України.

3. Медична карта стаціонарного пацієнта є основним документом, що містить усю інформацію про пацієнта, випадок і його обставини, клінічні оцінки стану й дані лабораторних та інструментальних досліджень. Карта містить усі чек-листи, які використовувались упродовж процесу проходження пацієнтом лікування, і включає чек-листи оцінок неврологічного дефіциту за NIHSS (з можливістю фіксації динаміки) (додаток 5), чек-листи переліку основних факторів ризику повторного інсульту і важливих для прогнозу коморбідних супутніх станів (додаток 6), чек-листи оцінки функціонального стану пацієнта на момент виписки за mRS (додаток 7) і чек-лист призначень компонентів вторинної профілактики на момент виписки пацієнта зі стаціонару (додаток 8).

4. Питання лікування (медикаментозний супровід гострого періоду інсульту): прийняття рішення про застосування того чи іншого терапевтичного середника є абсолютною прерогативою лікуючого лікаря (як і чергового лікаря, якщо мова йде про термінове призначення препаратів, спроможних патогенетично вплинути на перебіг процесів при ішемії мозку). Найчастіші стратегії супутнього лікування, які довели свою ефективність, — застосування Ксаврону 30 мг двічі на добу в/в краплинно з метою якомога більш раннього блокування патологічного накопичення ак-

тивних кисневих перекисних радикалів та контролю цього процесу протягом періоду перебування в стаціонарі (в ідеалі — продовження рекомендованого курсу до 14 днів для повноцінного ефекту). Така додаткова терапія також зменшує ризик післяішемічного набряку. З метою підсилення потенціалу наступної реабілітації можливо застосування Церебролізину 30 мл в/в краплинно. Тривалість лікування — 21 день, згідно з існуючими клінічними рекомендаціями, прийнятими у низці розвинених країн. Але така терапія завжди має супроводжуватись ретельним процесом фізичної реабілітації. Обидві стратегії можуть починатися як одразу після проведення процедур реканалізації, так і у пацієнтів, що госпіталізовані за межами терапевтичного вікна. Досвід, набутий в інсультному блоці, та участь у клінічних дослідженнях дозволяють обґрунтувати таку лікувальну стратегію.

5. Будь-яке інше терапевтичне призначення зумовлюється потребами компенсації супутньої патології, у тому числі за рекомендаціями лікарів-консультантів.

6. Медсестринський догляд концентрується передусім на принципах протоколу FESS (контроль ковтання, рівня глюкози й температури тіла). Діагностична активність відзначається в чек-листі медичної сестри протягом усього періоду перебування пацієнта в стаціонарі та контролюється лікуючим лікарем і фахівцем з терапії мовлення (ковтання).

7. Виконання лікарських призначень, окремі процедури з догляду, і особливо ті, що стосуються режиму активації з подальшою ранньою реабілітацією, прописуються в листі спостереження (процедурний лист) лікуючим лікарем з указуванням частоти виконання, послідовністю і змістом. Кожна процедура має свій цифровий код у списку (додаток 9), і медична сестра ставить відмітку про виконання за кожним кодом.

8. Контроль виконання і якості роботи середнього і молодшого медичного персоналу покладається на старшу медичну сестру і старшу медсестру по зміні (призначається завідувачем відділення на ротаційній основі).

9. Контроль якості лікування та оцінка результатів лікування в інсультному блоці проводиться на основі щоденних і щотижневих обходів (за участю завідувача кафедри нервових хвороб ВНМУ ім. М.І. Пирогова професора Сергія Московка і лікарів-інтернів), щотижневої клінічної конференції та щомісячних і щоквартальних робочих підсумкових нарад. Дані пацієнтів вводяться в міжнародний реєстр інсульту RES-Q, за результатами якого визначаються контрольні показники якості роботи всього підрозділу і можуть порівнюватись в динаміці з аналогічними закладами і підрозділами в Україні та світі.

10. Система безперервної освіти для персоналу (як лікарів, так і медичних сестер) включає участь в освітніх форумах (on-line і off-line), вивчення й обговорення нормативних документів (діючі стандарти та клінічні настанови з питань інсульту, накази ДОЗ і

МОЗ), поточної наукової літератури, оприлюднення та публікації власних результатів, методологічно-просвітницьку допомогу медичним працівникам інших закладів області.

Виписка пацієнта зі стаціонару

Процес контрольованої виписки пацієнта зі стаціонару починається з моменту його вступу і має на меті повноцінне обстеження й діагностику, максимально можливе адекватне лікування і стабілізацію соматичного й неврологічного стану, ранню активацію з елементами ранньої реабілітації, визначення факторів ризику повторного інсульту і призначення повноцінних заходів вторинної профілактики, встановлення прогнозу і формування плану подальшої реабілітації.

Маршрути виписки залежно від функціонального стану пацієнта і наявних супутніх патологічних станів (у фазі декомпенсації) можуть бути такими:

- виписка додому під нагляд сімейного лікаря і невролога;
- переведення до відділення ранньої реабілітації (відділення № 5);
- переведення до іншого закладу реабілітації;
- переведення до іншого ЗОЗ для продовження лікування (за соматичним станом);
- переведення до закладу паліативної допомоги.

Оскільки доволі значна кількість пацієнтів, які перенесли інсульт середнього або тяжкого ступеня, певний час після стабілізації стану не спроможні до повноцінного сприйняття процедур реабілітації (когнітивний післяінсультний дефіцит, неповний контроль тіла і нездатність до елементарного догляду за собою, підтримання і зміни пози тощо), направлення на реабілітацію може бути відтерміновано на певний період (тижні — 1–2 місяці). Такі пацієнти, як правило, за погодженням з родичами виписуються додому під домашній нагляд. Рішення про термін початку і місце проведення реабілітації приймає невролог за місцем проживання з можливою участю лікуючого лікаря при повторній консультації.

При виписці формується виписний епікриз, який містить всі дані про випадок, проведене лікування, отримані результати лабораторних та інструментальних обстежень, формулювання повного діагнозу (з указуванням типу й підтипу інсульту), рекомендацій щодо вторинної профілактики (антиагреганти/антикоагулянти, антигіпертензивна терапія, статини) і корекції післяінсультних когнітивних, емоційних розладів тощо.

При виписці проводиться бесіда лікуючого лікаря з родичами пацієнта з роз'ясненням усіх моментів, що стосуються його стану й прогнозу, змісту і необхідності подальшого лікування і дотримання рекомендацій щодо вторинної профілактики. Узгоджується час дзвінка до родичів чи пацієнта на 90-й день від моменту захворювання для встановлення його функціонального стану — кінцевого результату лікування (за mRS).

Додатки (приклади чек-листів) знаходяться у редакції і можуть бути надані за запитом. ■