

УДК 616.831-005.8+616.831-005--005.4+614.251.2

КЛОЧКО В.Л., ВИСОЧАНСЬКА Т.Г., ВИСОЧАНСЬКИЙ О.В., ВОЗНЮК Л.В., ГЕЛЬМАН Г.Г.,
КАПІТАНЧУК І.В., КАРПЕНКО Н.В., КОРОБЧУК Н.В., КОСТЕНКО Т.В., МАТІЮК С.І., ПАНЕНКО Є.В.,
СМОТРИЦЬКА Т.В., МОСКОВКО С.П.

Інсультне відділення Вінницької обласної психоневрологічної лікарні ім. акад. О.І. Ющенко

ІМПЛЕМЕНТАЦІЯ НАЦІОНАЛЬНИХ КЛІНІЧНИХ НАСТАНОВ З НАДАННЯ ДОПОМОГИ ХВОРИМ З МОЗКОВИМ ІНСУЛЬТОМ ТА ТІА У СПЕЦІАЛІЗОВАНОМУ МЕДИЧНОМУ ЗАКЛАДІ ТРЕТИННОГО РІВНЯ

Резюме. Пропонується для ознайомлення та дискусії локальний протокол надання допомоги хворим з мозковим інсультом та ТІА, створений на основі чинних нормативних документів (клінічних настанов, уніфікованих клінічних протоколів) в умовах спеціалізованого медичного закладу третинного рівня — Вінницької обласної психоневрологічної лікарні ім. акад. О.І. Ющенко. Локальний клінічний протокол (маршрут пацієнта) враховує особливості організації медичної допомоги в певному регіоні, матеріальне та технічне оснащення, рівень кваліфікації персоналу та власний досвід лікування та ведення хворих із мозковим інсультом.

Ключові слова: інсульт, моніторинг, шкали, нейропротекція.

Передмова

Вихід сучасних національних клінічних настанов щодо ведення хворих із мозковим інсультом у 2012 році, розроблених робочою групою МОЗ України та Українською асоціацією з боротьби з інсультом (УАБІ), став знаковою подією для неврологів та лікарів загальної практики — сімейної медицини. Документ максимально відповідає поточним вимогам і заснований на принципах доказової медицини, зрозумілий та всеохоплюючий. Керуючись ним, лікарі не тільки мають можливість надавати найбільш обґрунтовану та якісну допомогу пацієнтам, але й отримують нагоду контролювати свої дії, аналізувати їх та їхні наслідки, забезпечують себе від прикрих помилок і якоюсь мірою захищають себе від необґрунтованої (здебільшого непрофесійної) критики.

Саме всім перерахованим цілям і слугує вторинний документ — локальний протокол надання допомоги, що регламентує імплементацію національних клінічних настанов в умови конкретного закладу охорони здоров'я, з усіма індивідуальними особливостями (рівень надання допомоги, обладнання, організація та кваліфікація персоналу тощо). Розроблений нами локальний протокол (КЗ «Вінницька обласна психоневрологічна лікарня ім. акад. О.І. Ющенко») апробований уже протягом

кількох років й оновлюється раз на рік не тільки за умови змін чинних регламентуючих документів, але і у зв'язку з накопиченням практичного досвіду, повсякденної діяльності. Локальний протокол слугує і контрольним еталоном при оцінці якості надання допомоги — ступінь відповідності реальних дій у тому чи іншому випадку вимогам протоколу, кількість відхилень та їх обґрунтування в розрахунку на одного пролікованого пацієнта, з відношенням цих критеріїв до показників наслідків інсульту тощо.

Важливо, що слідування вимогам протоколу поступово усвідомлюється персоналом як неформальне: вони бачать об'єктивні переваги в тому, щоб звертатись до документа в процесі роботи, звіряти свої дії з ним і

Адреса для листування з авторами:

Московко Сергій Петрович
21005, м. Вінниця, вул. Пирогова, 109
Вінницька обласна психоневрологічна лікарня
ім. акад. О.І. Ющенко, інсультне відділення

© Клочко В.Л., Височанська Т.Г., Височанський О.В.,
Вознюк Л.В., Гельман Г.Г., Капітанчук І.В., Карпенко Н.В.,
Коробчук Н.В., Костенко Т.В., Матіюк С.І., Паненко Є.В.,
Смотрицька Т.В., Московко С.П., 2013
© «Міжнародний неврологічний журнал», 2013
© Заславський О.Ю., 2013

в разі необхідності коригувати їх. Тому, маючи власний позитивний досвід такої роботи, ми вирішили оприлюднити цей практичний документ для ознайомлення та обговорення широким загалом спеціалістів. Будемо вдячні за зауваження і пропозиції, які, сподіваємось, дадуть змогу покращити нашу роботу.

Зміст та послідовність надання допомоги хворим на мозковий інсульт та ТІА у неврологічному відділенні гострої судинно-мозкової патології № 22 Вінницької обласної психоневрологічної лікарні ім. акад. О.І. Ющенка (маршрут пацієнта, обсяги та принципи допомоги)

1. На догоспітальному етапі:

— отримання інформації про пацієнта при телефонному контакті з лікарем швидкої допомоги, сімейним лікарем, лікарем іншого медичного закладу, родичами хворого (як виняток);

— встановлюються прізвище, вік, стать хворого, обставини виникнення судинно-мозкового епізоду (вдома, на роботі, в іншому місці);

— встановлюється точний час виникнення симптомів, основні ознаки неврологічного дефіциту;

— основні важливі відомості про супутні (коморбідні) захворювання та стани (цукровий діабет), *прийом аспірину чи антикоагулянтів*;

— отримується інформація про поточний стан хворого — вітальні функції (дихальна функція, артеріальний тиск та його динаміка, ритм серцевої діяльності, температура тіла), стан свідомості за шкалою коми Глазго, об'єктивні неврологічні симптоми (за можливості).

— *Ухвалення рішення:* про госпіталізацію до відділення згідно з показаннями та з урахуванням протипоказань, маршрут пацієнта та терміновість нейровізуалізації (бажано першочергове виконання КТ-обстеження).

Інформація, отримана телефоном, фіксується черговим лікарем у спеціальному бланку (з указуванням точного терміну отримання), який потім долучається до історії хвороби. *Пацієнти, які є вірогідними кандидатами для тромболітичної терапії, мають першочерговий пріоритет (код АА)!*

2. На момент доставки хворих з кодом АА у відділ комп'ютерно-томографічної діагностики забезпечується «зелений коридор» і під час проведення процедури пацієнт оглядається черговим лікарем.

— У супровідників уточнюються обставини та час розвитку симптомів, попередній анамнез, прийом ліків, оцінюються основні критичні моменти, що можуть завадити проведенню процедури тромболісису.

— При позитивних КТ-даних щодо ішемічного характеру ураження та виключенні геморагії хворий терміново транспортується до відділення.

— При отриманні даних про геморагічний характер інсульту про це повідомляють консультанту-нейрохі-

рургу та запрошують на консультацію до інсультного відділення.

— Черговий лікар доводить інформацію до відома завідувачі відділенням, персонал проводить попередню співбесіду з родичами хворого щодо можливої процедури тромболісису, на яку необхідна інформована згода родичів чи представників хворого

3. При надходженні до відділення:

Середній персонал:

— вкладання в ліжку, роздягання, необхідний туалет;

— вимірювання артеріального тиску, пульсу, температури;

— вимірювання цукру крові експрес-методом;

— встановлення венозного доступу (катетеризація ліктьової чи іншої вени), підключення крапельниці з фізрозчином;

— забір крові з вени для клінічного та біохімічного аналізів;

— встановлення системи відведення сечі (чи катетеризація сечового міхура за показаннями), забір проби сечі;

— знімання ЕКГ у 12 відведеннях та підключення приліжкового монітора (тиск, пульс, дихання, пульсоксиметр);

— встановлення назогастрального зонда (за необхідністю);

— підведення кисневої трубки для дихання.

Лікарі відділення (черговий, старший лікар):

— загальноклінічний та неврологічний огляд пацієнта;

— оцінка рівня свідомості (шкала коми Глазго);

— оцінка неврологічного дефіциту за шкалою NIHSS;

— оцінка ступеня серцевої недостатності;

— оцінка дихальної функції та ковтання;

— оцінка стану периферичних судин (пальпація, аускультация);

— оцінка ризиків розвитку ускладнень (див. пункт 7);

— оцінка наявних параклінічних даних;

— уточнення анамнезу поточного випадку, попередніх мозкових розладів, загального анамнезу тощо (у пацієнта та родичів), у тому числі стану когнітивних функцій та активності повсякденного життя за шкалою Rankin;

— визначення підтипу інсульту;

— встановлення короткочасного прогнозу розвитку ситуації;

— обговорення можливості активної тромболітичної терапії (за окремим протоколом), показань та протипоказань, рівня ризику та прогноз ефективності;

— обговорення з родичами та представниками пацієнта ситуації, запропонованих рішень, отримання згоди (інформованої письмової) на ті чи інші методи лікування;

— призначення лікування та формування листа ведення хворого (коди дій персоналу, часові інтервали контролю тощо), формування плану додатко-

вих обстежень хворого, консультацій спеціалістів тощо.

Для пацієнтів із кодом АА час, відведений на виконання перерахованих дій, становить максимально 20 ± 5 хвилин. Для інших пацієнтів (які надійшли за межами протокольного терапевтичного вікна) — 40 ± 10 хвилин.

4. Періодичність моніторингу стану хворого та вітальних функцій

Для пацієнтів із кодом АА, які відібрані для процедури тромболізу, — за відповідним протоколом:

— для пацієнтів в перші 6 годин інсульту — кожні 30 хвилин, у перші 6–12 годин — кожні 2 години, у перші 12–24 години — кожні 3–6 годин. Після першої доби інсульту — кожні 6–12 годин при неускладненому перебігу та повній свідомості та кожні 3–6 годин — при ускладненому перебігу;

— для пацієнтів, які надійшли до відділення в строки, що перевищують тривалість терапевтичного вікна для ішемічного інсульту, а також для пацієнтів із геморагічним характером інсульту та невстановленим характером епізоду (залежно від обставин нейровізуалізації), у першу добу спостереження огляд лікаря-невролога (чергового лікаря) проводиться з інтервалом 3–6 годин. У медичній карті хворого відмічається динаміка неврологічного стану (із метою встановлення ознак експансії внутрішньомозкової гематоми або кваліфікації стану «завершений інсульт» чи «інсульт у розвитку» для ішемічних подій). У разі швидких рекурентних змін симптомів та ознак неврологічного дефіциту, при наявності негативних даних нейровізуалізації, може бути розглянуте питання про системний тромболізис за межами терапевтичного вікна у випадках флотуючого тромбу магістральної артерії;

— огляд лікарем та моніторинг неврологічного стану при його стабілізації — після 1-ї доби перебування у відділенні (див. вище) — мінімально двічі на добу;

— фізичні процедури та процедури догляду — за окремим листком ведення хворого (профілактика основних ускладнень).

5. Стандарти терапії (базової):

— у разі *непроведення* тромболізу пацієнтам з ішемічним інсультом призначається аспірин 300 мг (1-й день, надалі — 100 мг/день) або клопидогрель 75 мг (згідно з показаннями) чи інший вид антиагрегантної терапії (агренокс, комбінація аспірину та клопидогрелю в особливих обставинах); у разі миготливої аритмії перевага надається варфарину, дабігатрану (прадакса)/ривароксабану (ксарелто);

— забезпечення водно-електролітного балансу — внутрішньовенне введення фізіологічного розчину (розчину Рінгера) та пероральне (зонд) введення рідини у відношенні 1 : 3–1 : 4 (до середньої добової норми 3 літри);

— за відсутності протипоказань (низький артеріальний тиск) — внутрішньовенне введення розчину магnezії 25% до 20 мл на добу;

— оральне та парентеральне (за показаннями) харчування (3–5 разів на добу);

— менеджмент артеріального тиску, температури тіла, глікемії тощо відповідно до чинних національних рекомендацій щодо ведення хворих з інсультом;

— із другої доби призначення стандартних засобів вторинної профілактики — антигіпертензивна терапія та статини.

6. Може бути призначене додаткове лікування (нейропротективне, нейротрофічне)¹:

— розчин церебраліну внутрішньовенно — до 30 мл/добу — від 10 до 20 діб;

— хворим із цукровим діабетом — розчин альфа-ліпоевої кислоти 1200 мг/добу внутрішньовенно;

— комплекс вітамінів групи В (нейровітан, нейрорубін тощо) 5–10 діб;

— протинабрякова, протисудомна терапія за показаннями.

7. Профілактика основних ускладнень:

— фізична профілактика легневих ускладнень та пролежнів, аспірації (за листом ведення — середній персонал);

— пасивна гімнастика, гігієна шкіри;

— рання активізація та вертикалізація (за рішенням лікаря, не пізніше першої-другої доби для хворих у свідомості);

— при критичному рівні ризиків тромбозу вен кінцівок — низькомолекулярні гепарини відповідно до ваги тіла та активності хворого, від 3 до 10 діб;

— при ризику легеневої чи сечової інфекції та при перших ознаках — антибіотикотерапія;

— корекція рівня цукру крові;

— корекція підвищеної температури тіла (фізичні засоби, парацетамол чи ібупрофен кожні 3–6 годин, за показаннями).

8. Обсяг додаткових обстежень та консультацій:

— загальний та біохімічний аналіз крові (інтервал 24–72 години за потребою);

— аналіз сечі (24–48 годин);

— консультація кардіолога, терапевта (інші спеціалісти — хірург, ендокринолог, уролог — за потребою);

— консультація нейрохірурга²;

— консультація окуліста (мінімально — двічі);

— ЕКГ;

— холтерівський моніторинг (ЕКГ, артеріального тиску) — за потребою;

— УЗД судин шиї, транскраніальна УЗДГ;

— рентгенограма ОГК (СКТ — за потребою);

— аналіз крові на RW;

— оцінка когнітивного стану (MMSE) (після 7-ї доби або при виписці);

¹ Додаткова (до протокольної, базисної) терапія призначається з урахуванням всієї сукупності показань та протипоказань, оцінки ризиків та переваг такої терапії, кваліфіковано обґрунтовується в конкретному випадку.

² Консультація нейрохірурга є обов'язковою в тих випадках, коли хірургічне лікування може бути методом вибору порівняно із стандартним методом ведення хворого з інсультом (особливо в критичних, безпосередньо загрожуючих життю станах — злюкисний перебіг ішемії з компресією речовини мозку, надмірна експансія внутрішньочерепної гематоми тощо).

— оцінка прогнозу розвитку депресії (за шкалами Бека, Цанга, клінічна оцінка);
— інші обстеження та консультації — за показаннями.

Перелік

необхідних даних, що надаються в документах пацієнта при виписці та мають бути наявними у виписному епікризі³

1. Діагноз із визначенням типу інсульту (геморагічний, ішемічний) та підтипу за критеріями TOAST та повторності ГПМК (повторне), локалізація.
2. Провідні функціональні синдроми — наслідки інсульту (геміпарез, геміанопсія, бульбарні розлади, тип афазії, динаміка ігнорування).
3. Оцінка NIHSS при виписці, оцінка за шкалами Rankin та Bartel.
4. Супутні захворювання: гіпертонія, діабет, ІХС, серцева недостатність, миготлива аритмія тощо).
5. Оцінка когнітивної функції (MMSE) та емоційного стану (в тому числі апатоабулічний синдром).
6. Ускладнення, що виникають під час ведення гострого періоду.
7. Перелік ключових факторів ризику (щодо повторних судинних подій).

³ Перелік інформації, що має бути у виписних документах, складено на основі практики та досвіду конкретного лікувального закладу. Мета — створити основу для подальшого ведення хворого за місцем проживання, ухвалення наступних рішень щодо лікування та реабілітації, перелік також є документом для наступної оцінки якості проведеного лікування в стаціонарі.

Клочко В.Л., Височанская Т.Г., Височанский О.В., Вознюк Л.В., Гельман Г.Г., Капитанчук И.В., Карпенко Н.В., Коробчук Н.В., Костенко Т.В., Матиюк С.И., Паненко Е.В., Смотрицкая Т.В., Московко С.П.
Инсультное отделение Винницкой областной психоневрологической больницы им. акад. А.И. Ющенко

ИМПЛЕМЕНТАЦИЯ НАЦИОНАЛЬНЫХ КЛИНИЧЕСКИХ РЕКОМЕНДАЦИЙ ПО ОКАЗАНИЮ ПОМОЩИ БОЛЬНЫМ С МОЗГОВЫМ ИНСУЛЬТОМ И ТИА В СПЕЦИАЛИЗИРОВАННОМ МЕДИЦИНСКОМ УЧРЕЖДЕНИИ ТРЕТИЧНОГО УРОВНЯ

Резюме. Предлагается для ознакомления и дискуссии локальный протокол оказания помощи больным с мозговым инсультом и ТИА, созданный на основе действующих нормативных документов (клинических рекомендаций, унифицированных клинических протоколов) в условиях специализированного медицинского учреждения третичного уровня — Винницкой областной психоневрологической больницы им. акад. А.И. Ющенко. Локальный клинический протокол (маршрут пациента) учитывает особенности организации медицинской помощи в определенном регионе, материальное и техническое обеспечение, уровень квалификации персонала и собственный опыт лечения и ведения больных с мозговым инсультом.

Ключевые слова: инсульт, мониторинг, шкалы, нейропротекция.

8. Проведена терапія (коротко, узагальноно).
9. Рекомендації щодо подальшого лікування в послідовності:
— препарати постійної вторинної профілактики;
— курсова терапія.
10. Рекомендації щодо моніторингу стану пацієнта та періодичності обстежень.
11. Рекомендації щодо реабілітації.
12. Ключові, важливі для подальшого лікування дані обстежень та консультацій (відхилення).

Список літератури

1. Наказ МОЗ України № 602 від 03.08.2012 «Про затвердження та впровадження медико-технологічних документів та стандартизації медичної допомоги при ішемічному інсульті».
2. Сучасні принципи діагностики та лікування хворих із гострим ішемічним інсультом та ТІА: Адаптовані клінічні настанови на основі доказової медицини. — К., 2012.
3. Guidelines for the Early Management of Patients With Acute Ischemic Stroke : A Guideline for Healthcare Professionals From the American Heart Association/American Stroke Association / E.C. Jauch, J.L. Saver, H.P. Adams, Jr, A. Bruno, J.J. (Buddy) Connors, B.M. Demaerschalk, P. Khatri, P.W. McMullan, Jr, A.I. Qureshi, K. Rosenfield, P.A. Scott, D.R. Summers, D.Z. Wang, M. Wintermark and H. Yonas // Stroke. — 2013. — Vol. 44. — P. 1-78 (published online January 31, 2013; DOI: 10.1161/STR.0b013e318284056a).

Отримано 05.06.13 □

Klochko V.L., Vysochanska T.G., Vysochansky O.V., Voznyuk L.V., Gelman G.G., Kapitanchuk I.V., Karpenko N.V., Korobchuk N.V., Kostenko T.V., Matiyuk S.I., Panenko Ye.V., Smotrytska T.V., Moskovko S.P.
Stroke Unit of Vinnytsya Regional Mental Hospital named after acad. O.I. Yushchenko

IMPLEMENTATION OF NATIONAL CLINICAL GUIDELINES ON PROVIDING CARE TO THE PATIENTS WITH CEREBRAL STROKE AND TIA IN A SPECIALIZED MEDICAL TERTIARY-LEVEL INSTITUTION

Summary. It is proposed to introduce and debate local protocol for providing care to patients with cerebral stroke and TIA. It was created on the basis of the current regulatory documents (clinical guidelines, unified clinical protocols) in a specialized medical tertiary-level institution — Vinnytsya regional mental hospital named after acad. O.I. Yushchenko. The local clinical protocol (the route of the patient) takes into account the organization of medical care in a particular region, material and technical supply, personnel skill level and own experience in the treatment and management of patients with cerebral stroke.

Key words: stroke, monitoring, scales, neuroprotection.