

СТАНДАРТ ПУТИ ЛЕЧЕНИЯ ПАЦИЕНТОВ С ИНСУЛЬТОМ

Руководство по процессу ведения больных с ишемическим
инсультом

ДО ГОСПИТАЛИЗАЦИИ

- ✓ Центр экстренной помощи собирает у позвонившего первоначальный анамнез и дает распоряжение бригаде скорой помощи выехать к пациенту.
- ✓ Бригада скорой помощи собирает анамнез и проводят объективное обследование пациента¹.
- ✓ **Пациента с симптомами инсульта доставляют в ближайшую больницу, где есть возможности для проведения тромболитической терапии.**
- ✓ Бригада скорой помощи **уведомляет заранее дежурного невролога и/или дежурного врача ЕМО** о прибытии пациента.

ЛЕЧЕНИЕ АКУТНЫХ СОСТОЯНИЙ

По прибытии в отделение неотложной помощи пациента с подозрением на ишемический инсульт

При подозрении на ишемический инсульт больной поступает в отделение неотложной помощи, где **сразу проводится объективная оценка:**

- Для оценки неврологического состояния/дефицита невролог проводит объективное обследование, в том числе по шкале NIHSS.
- Для принятия первоначального решения о лечении анализируются принимаемые пациентом лекарства и сопутствующие заболевания.
- Невролог оценивает функциональное состояние пациента на догоспитальном этапе с помощью модифицированной шкалы Рэнкина.
- Проводятся анализы и обследования (ПРИЛОЖЕНИЕ 1).

Согласно больничному протоколу при отсутствии противопоказаний проводят реваскуляризирующее лечение.

Пациента госпитализируют в стационар с инсультным отделением², при необходимости и в зависимости от его клинического состояния – в отделение интенсивной терапии. Путь лечения пациента с инсультом начинается с госпитализации.

¹ Руководство по деятельности бригады скорой помощи. Второе, исправленное издание. Больничная касса Эстонии 2021

² Под больницей с инсультным отделением подразумевают медицинское учреждение, определенное на основе стандарта *Европейской Организации по инсульту*, где многопрофильная команда может оказать помощь пациенту, перенесшему инсульт, и где можно провести реваскуляризационное лечение. В Эстонии инсультные отделения работают в Северо-Эстонской Региональной больнице, Клинике Тартуского Университета, Восточно-Таллиннской Центральной больнице, Ида-Вирусской Центральной больнице, Западно-Таллиннской Центральной больнице и Пярнуской больнице.

В ИНСУЛЬТНОМ ОТДЕЛЕНИИ

В инсультном отделении пациента ведет многопрофильная команда³.

Оценки и обследования

- **Оценка глотания** с использованием признанной шкалы⁴ (например, GUSS) проводится по прибытии пациента или, по крайней мере, до того, как пациенту будут давать перорально пищу, жидкости или лекарства.
- В случаях, когда у пациента наблюдаются нарушения глотания, которые могут потребовать лечебного питания, **решения о диетотерапии должен принимать специалист, обладающий клинической компетенцией в области диетотерапии** (сертифицированный врач, медсестра, логопед, профессиональный диетолог, чья компетентность была оценена в соответствии с процедурой EstSPEN), документируя решение и соблюдая критерии качества клинического кормления.
- По решению лечащего врача **в течение 48 часов проводятся первоначальная физиотерапевтическая оценка, а также оценка речи и общения со стороны логопеда**.
- **Через 24 часа после начала лечения** у пациентов, перенесших **тромболизис или тромбэктомия**, оценивают состояние по шкале **NIHSS**.
- **С целью выяснения этиологии инсульта** по решению лечащего врача проводятся **уточняющие обследования**.
 - **Проводятся уточняющие диагностические обследования (ПРИЛОЖЕНИЕ 2) и анализы крови** для оценки этиологии инсульта (ПРИЛОЖЕНИЕ 3).
 - При отсутствии противопоказаний **при ишемическом инсульте обследование артерий, снабжающих кровью головной мозг, проводится в течение 48 часов после начала появления симптомов**.
- **Лечащий врач консультируется с сосудистым хирургом о необходимости, возможности и сроках операции после обследования артерий, снабжающих кровью головной мозг, в кратчайшие сроки**. Если нет противопоказаний, каротидную эндартерэктомию или стентирование следует выполнить в течение 14 дней после инсульта.
- **В конце периода острого лечения врач-невролог оценивает функциональный статус пациента с использованием модифицированной шкалы Рэнкина. Невролог также оценивает выраженность неврологического дефицита пациента по шкале NIHSS**. Исходя из обнаруженных функциональных нарушений пациента, их тяжести и общего состояния лечащая команда принимает решение о необходимости восстановительного лечения и дальнейшей тактике лечения.
- **Начинают проводить мероприятия по вторичной профилактике**.

³ SAP-E ESSENTIALS OF STROKE CARE. An overview of evidence-based interventions covering the entire chain of stroke care. *European Stroke Organisation, Stroke Alliance for Europe*. 2021

⁴ National Institute for Health and Care Excellence (NICE). Nutrition support for adults: oral nutrition support, enteral tube feeding and parenteral nutrition. [nice.org.uk/guidance/cg32](https://www.nice.org.uk/guidance/cg32), 2013

Деятельность медсестры в инсультном отделении

Медсестра следует больничному протоколу наблюдения за пациентом, перенесшим инсульт, который включает, среди прочего, следующие действия:

- Первичная оценка глотания при поступлении пациента в отделение.
- Мониторинг уровня сахара в крови в течение первых 48 часов. У больных сахарным диабетом нужно измерять уровень сахара в крови во время основных приемов пищи или чаще, а у других пациентов - во время основных приемов пищи. Если уровень сахара в крови > 10 ммоль/л, введите инсулин в соответствии с клиническими рекомендациями.
- Измерение температуры тела каждые 6 часов или чаще. При температуре тела $> 37,5^{\circ}\text{C}$ пациенту дается лекарство согласно указаниям лечащего врача.
- Измерение кровяного давления через каждые 3 часа или чаще. Если значение артериального давления у пациента выше клинического предела, назначают гипотензивный препарат по указанию лечащего врача или исходя из пределов, согласованных для работы отделения.
- Если общее клиническое состояние пациента позволяет двигаться, важно уже в течение первых 24 часов осторожно помочь пациенту встать с постели, встать или пойти. Разрешение на деятельность дает лечащий врач.
- Измерение объема остаточной мочи после опорожнения мочевого пузыря (по возможности с помощью УЗИ), при необходимости опорожнение мочевого пузыря с помощью однократной катетеризации для профилактики инфекций мочевыводящих путей.
- Профилактика делирия должна основываться на системе профилактики ABCDEF для пациентов из группы высокого риска⁵.
- Профилактика падений осуществляется в соответствии со стандартной практикой. Риск падения пациента оценивается по шкале MORSE в течение первых 24 часов.
- У лежачих больных риск возникновения пролежней оценивают по шкале Брейдена.

Вторичная профилактика

Во избежание осложнений со стороны сердечно-сосудистой системы и повторных инсультов необходимо начинать вторичную профилактику в инсультном отделении уже на этапе острого лечения. Инсультная медсестра и/или лечащий врач проводят консультации по принятию лекарств и распорядку жизни, включая совместную постановку целей вторичной профилактики.

Консультирование пациента

⁵ Руководство для медицинских сестер отделения интенсивной терапии по профилактике постреанимационного синдрома у взрослых пациентов. Reta Loodus, Tallinna Tervishoiu Kõrgkool, 2023

Социальный работник консультирует пациента и его близких, пока пациент еще находится в больнице. Социальный работник консультирует на тему услуг и поддержки, которые могут предложить государство, органы местного самоуправления или частные организации. Он также поддерживает и направляет пациента/его близкого при получении документов в различных учреждениях, а также в поиске и получении подходящих вспомогательных услуг.

После того как инсультная медсестра или лечащий врач определили потребности пациента на основании критериев (список приведен ниже), **координатор по инсульту** в период госпитализации свяжется с пациентом или его близкими, которые помогут спланировать плавный перевод в учреждение с дополнительными услугами (поиск необходимых оказателей услуг, запись на прием) или выписку домой. Координатор также является для пациента основным контактом лечебной команды при оценке постгоспитальных потребностей, координации услуг, при обмене информацией о поддержке и предоставлении мотивационной поддержки.

Услуга координатора инсульта применяется к пациентам, имеющим хотя бы одно из следующих обстоятельств, осложняющих их состояние и/или выздоровление:

- несколько сопутствующих заболеваний;
- слабая сеть поддержки;
- проблемы с памятью и перепадами настроения;
- ранее проявившаяся плохая приверженность режиму лечения.

ВЫПИСЫВАНИЕ ИЗ ИНСУЛЬТНОГО ОТДЕЛЕНИЯ

Если это возможно, выписку из больницы следует планировать вместе с пациентом и его близкими, чтобы обеспечить информирование всех сторон о необходимой помощи.

К выписке пациента из инсультного отделения должны быть выполнены следующие пункты:

- **Лечащий врач или инсультная медсестра предоставили пациенту и/или его близким обзор о состоянии здоровья пациента, о проведенном лечении и разъяснили дальнейшую организацию лечения.** При наличии клинической необходимости лечащий врач пациента официально направляется на долечивание, стационарный медсестринский уход, стационарное или амбулаторное восстановительное лечение (включая физио- и эрготерапию в повседневной обстановке).
- Если физическое и когнитивное состояние пациента позволяет, назначается **последующий прием с инсультной медсестрой для вторичной профилактики**, для этого лечащий врач оформляет соответствующее направление и инсультная медсестра или медсестра отделения бронирует время приема. Лечащая команда также передает информацию о госпитализации координатору по инсульту в случае, если у пациента

определена потребность в этой услуге. Пациент должен быть осмотрен инсультной медсестрой примерно через 90 дней после инсульта.

- В случае необходимости уточнения лечения и этиологии планируется последующий контрольный осмотр у невролога.
- Пациенту рекомендуется связаться с семейным врачом и записаться на постгоспитальный контрольный визит, который должен пройти через 30 дней после окончания госпитализации.
 - координатор по инсульту информирует семейного врача пациента по телефону и записывает пациента на прием в течение 30 дней после возвращения домой в случае, если пациенту назначен координатор по инсульту. При необходимости координатор по инсульту помогает спланировать получение дополнительных услуг, например, забронировать время приема для получения услуг, назначенных на основании плана лечения, организовать транспорт с помощью органа местного самоуправления и т.д.

Последующее лечение или стационарная медсестринская помощь

Если у пациента обнаружено умеренное/тяжелое функциональное расстройство и он не способен к интенсивному или функциональному восстановительному лечению, пациент будет направлен на последующее лечение и/или в учреждение со стационарным медсестринским уходом на основании направления.

Пациенты в стабильном общем состоянии, нуждающиеся в ежедневном наблюдении врача не реже одного раза в день и/или в медсестринском вмешательстве, направляются на **последующее лечение**. Для пациента, направленного на последующее лечение, лечащий врач отделения по лечению острых состояний составляет схему медикаментозного лечения и вмешательств, которая при необходимости корректируется при изменении состояния пациента. Схема вмешательств может включать физиотерапию, терапию речи и/или функции глотания и/или эрготерапию в зависимости от клинического состояния. Целью последующего лечения является выздоровление пациента как от основного, так и от сопутствующего заболевания, чтобы он мог вернуться домой к своей догоспитальной жизни и перейти к следующему этапу лечения (например, восстановительному лечению, медсестринский уход) или облегчить дискомфорт пациента.

В учреждения с услугами стационарной медсестринской помощи направляются пациенты в стабильном общем состоянии, у которых есть различные осложнения, глубокие когнитивные нарушения, низкая физическая работоспособность (не могут участвовать в реабилитационных мероприятиях в течение 3 часов в день) и нуждающиеся в круглосуточном медсестринском уходе. Процессом лечения руководит медсестра.

В зависимости от возможностей пациента лечащий врач отделения по лечению острых состояний описывает в плане лечения рекомендации по функциональной терапии и ее интенсивности и/или частоте (например, участие в деятельности по самообслуживанию, активация, физиотерапия, эрготерапия, руководство деятельностью).

Когда потребность в последующем лечении или стационарном медсестринском уходе прекращается, то в соответствии с процедурой оценки, согласованной в учреждении, оцениваются потребности пациента в восстановительном лечении и его способность справляться

с ним. При необходимости консультирующий врач отделения выдает направление к врачу восстановительного лечения отделения стационарного или амбулаторного восстановительного лечения, в котором описывает состояние пациента. Если по мнению врача восстановительного лечения пациенту показано восстановительное лечение, пациент будет направлен на получение услуг восстановительного лечения на основании направления.

Стационарное восстановительное лечение

Пациента направляют на стационарное восстановительное лечение, если у него установлены умеренные/тяжелые функциональные расстройства и пациент способен к интенсивному или функциональному восстановительному лечению. Лечение начинают либо сразу после выписки из отделения неотложной помощи, либо после выписки из стационарного отделения медсестринского ухода или отделения последующего лечения, если состояние пациента уже позволяет провести более интенсивное восстановительное лечение в специализированном отделении.

Врач восстановительного лечения оценивает общее состояние здоровья и функциональное нарушения пациента, направленного к нему неврологом, выбирает форму восстановительного лечения и методы лечения, подходящие для лечения нарушения конкретного пациента. В составление плана лечения вовлекается вся лечащая команда, в которую входят физиотерапевт, эрготерапевт, логопед, клинический психолог, социальный работник и, при необходимости, персонал по уходу и персонал медсестринского ухода. В плане лечения должны быть описаны цели лечения, т.е. какого результата может достичь пациент с точки зрения функциональных возможностей относительно каждого из расстройств.

Пациенту необходимо предоставить лечение (терапию, соответствующую его функциональному расстройству) не менее 5 дней в неделю и не менее 3 часов в день. Продолжительность одного лечебного периода стационарного восстановительного лечения в зависимости от тяжести функциональных расстройств составляет в среднем 14-21 день, и, в зависимости от оценки, сделанной в конце этого периода, возможно продление периода восстановительного лечения.

Во время стационарного восстановительного лечения лечащая команда может принять решение о продлении периода этого лечения. Решение о продлении восстановительного лечения принимается через 2-3 недели лечения. Лечение продолжают, если наблюдается положительная динамика оценки функциональной самостоятельности пациента и прогноз дальнейшего функционального улучшения является благоприятным. Лечение прекращают, если у пациента не наблюдается объективно измеримого улучшения функциональных возможностей.

При формулировании решений о лечении используется инструмент оценки состояния по FIM или FIM+FAM. По окончании стационарного периода лечения по решению команды восстановительного лечения формируется дальнейший план лечения, который записывают в эпикриз.

Амбулаторное восстановительное лечение

Если у пациента имеются **легкие функциональные расстройства или одиночное функциональное расстройство (речи, мануальной деятельности и т.п.)**, для восстановления

которого обычно требуются услуги одного-двух специалистов и пациент способен участвовать в лечении, то пациента направляют на **амбулаторное восстановительное лечение**⁶. Координатор по инсульту помогает пациенту записаться на прием к врачу восстановительного лечения или к самостоятельным оказателям услуг – физиотерапевту/логопеду/клиническому психологу в центре восстановительного лечения, максимально близком к дому. Пациентам, которым не показаны услуги координатора или которые отказались от его услуг, направления в учреждения восстановительного лечения выписывает другой член лечащей команды. Обязательным условием является направление от лечащего врача.

Рекомендуемое время для получения первой услуги – менее 7 дней после назначения. Пациенту должны быть предоставлены показанные ему методы терапии – эрготерапия, речевая, психо-и/или физиотерапия в объеме и частоте, определяемых лечащим врачом.

Если пациенту необходима **комплексное восстановительное лечение**, но он не нуждается в круглосуточном медсестринском уходе и помощи по уходу, то, согласно показаниям, есть возможность направить пациента в **дневное восстановительное лечение**. Показанные пациенту виды терапии должны быть ему предоставлены в объеме и частоте, определенных лечащим врачом, при этом должны соблюдаться условия проведения дневного лечения.

При отсутствии необходимых транспортных средств координатор по инсульту помогает своим подопечным пациентам организовать транспортную помощь со стороны органа местного самоуправления для посещения центров лечения.

Пациенту необходимо **восстановительное лечение на дому (физиотерапия и/или эрготерапия)**, если:

- у пациента наблюдаются выраженные нарушения подвижности и смены положений, но интенсивное лечение в восстановительном отделении ему не показано;
- после окончания стационарного лечения необходимо продолжить восстановительное лечение или пациент может заниматься только лечением на дому, при соответствующей мотивации и обучении пациент способен начать заниматься и самостоятельным восстановительным лечением;
- пациенту назначена физиотерапия и/или эрготерапия, но он не может посещать центр восстановительного лечения из-за проблем с подвижностью.

Возможности обеспечения вариантов восстановительного лечения для пациента в его привычных домашних условиях определяются согласно организационным соглашениям внутри учреждения (возможность выезда врача-физиотерапевта на дом и т.п.).

ДОМА / ПОД НАБЛЮДЕНИЕМ СЕМЕЙНОГО ВРАЧА И МЕДСЕСТРЫ

Если пациент не нуждается в восстановительном лечении или оно не показано, пациента направляют домой и он остается **под наблюдением семейного врача и медсестры**. Первый визит у семейного врача должен состояться **через 30 дней после возвращения домой**.

Семейный врач консультирует по поводу изменения образа жизни и контролирует состояние здоровья пациента, исходя из принципов вторичной профилактики инсульта и с учетом личных

⁶ Восстановительное лечение после инсульта. RJ-I/37.1-2019. Ravijuhendite nõukoda. 2019.

целей пациента. В случае если пациент временно или постоянно не может самостоятельно с повседневной деятельностью из-за состояния здоровья, а также и функциональных возможностей или условий проживания, **семейный врач или медсестра направит пациента в органы местного самоуправления для оформления услуг круглосуточного общего ухода.** Для пациентов, пользующихся услугами координатора по инсульту, координатор по инсульту помогает передавать информацию при поиске услуг по общему уходу.

ПРОМЕЖУТОЧНАЯ ОЦЕНКА ЧЕРЕЗ 3 МЕСЯЦА И ДАЛЬНЕЙШЕЕ НАБЛЮДЕНИЕ В РАМКАХ ЛЕЧЕНИЯ

Через три месяца после окончания госпитализации происходит прием инсультной медсестры, в ходе которого инсультная медсестра оценивает восстановление пациента после инсульта с помощью упрощенной модифицированной шкалы Рэнкина, оценивает снижение функциональности, возможные новые симптомы и т.д. Если выясняется, что пациенту может быть показано восстановительное лечение (если оно ранее не проводилось или необходимо продолжить), инсультная медсестра направляет пациента на прием к врачу восстановительного лечения и выписывает соответствующее направление. Инсультная медсестра контролирует достижение целей вторичной профилактики (в том числе достижение личных целей) и оценивает соблюдение пациентом режима лечения.

Дальнейшее наблюдение и оценка состояния пациента проводится на протяжении оставшегося пути лечения семейным врачом или медсестрой во время не менее одного повторного визита в период 90-365 дней после окончания госпитализации. Семейный врач или семейная медсестра оценивает соблюдение пациентом режима лечения и выполнение целей вторичной профилактики, проверяет наличие рецептов и их приобретение.

ПРИЛОЖЕНИЯ

ПРИЛОЖЕНИЕ 1.

Анализы крови: минимальный набор - активированное частичное тромбопластиновое время (АЧТВ), международное нормализованное отношение (МНО), электролиты, креатинин/СКФ, гемограмма, глюкоза, С-реактивный белок (СРБ).
Электрокардиограмма (ЭКГ)
КТ и/или МРТ обследование

ПРИЛОЖЕНИЕ 2.

Трансторакальная эхокардиография
Чреспищеводная эхокардиография
Круглосуточное холтеровское мониторирование ЭКГ
ЭКГ-телеметрия
Визуализирующее обследование артерий головы и шеи

ПРИЛОЖЕНИЕ 3.

Анализы крови: Гликозилированный гемоглобин (HbA1c), Холестерин, ЛПВП, ЛПНП
