

ПЛАН ДІЙ БОРОТЬБИ З ІНСУЛЬТОМ У ЄВРОПІ

на 2018–2030 рр.

**ПЛАН ДІЙ
БОРОТЬБИ З ІНСУЛЬТОМ
У ЄВРОПІ
на 2018–2030 рр.**

Stroke Alliance for Europe

Rue Washington 40
1050, Brussels, Belgium

SAFE зареєстрована як
некомерційна організація
(Association sans but lucratif)
ASBL number 0661.651.450

Email: mail@safestroke.com

Зміст

ПЕРЕДМОВА	2
ВСТУП	3
СТРАТЕГІЧНІ ЦІЛІ НА 2030 р.	4
ПЕРВИННА ПРОФІЛАКТИКА	6
ПЕРВИННА ПРОФІЛАКТИКА - ЦІЛІ НА 2030 р.....	7
ОРГАНІЗАЦІЯ ДОПОМОГИ ПРИ ІНСУЛЬТІ	8
ЛІКУВАННЯ ПРИ ГОСТРОМУ ІНСУЛЬТІ	10
ГОСТРИЙ ІНСУЛЬТ - ЦІЛІ НА 2030 р.....	11
ВТОРИННА ПРОФІЛАКТИКА	12
ВТОРИННА ПРОФІЛАКТИКА - ЦІЛІ НА 2030 р.....	13
РЕАБІЛІТАЦІЯ	14
РЕАБІЛІТАЦІЯ - ЦІЛІ НА 2030 р.	15
ОЦІНКА РЕЗУЛЬТАТІВ ЛІКУВАННЯ ТА ПОЛІПШЕННЯ ЯКОСТІ	16
ОЦІНКА ТА ПОЛІПШЕННЯ ЯКОСТІ - ЦІЛІ НА 2030 р.	17
ЖИТТЯ ПІСЛЯ ІНСУЛЬТУ	18
ЖИТТЯ ПІСЛЯ ІНСУЛЬТУ - ЦІЛІ НА 2030 р.....	19
ВИСНОВОК	20

ПЕРЕДМОВА

У цьому році близько 610 000 осіб у Європейському Союзі перенесуть інсульт, і, хоча цифри по країнам різняться, не менше, ніж у 170 000 осіб у європейських країнах, що не входять до ЄС, виникне інсульт. Це більше, ніж один випадок інсульту в хвилину. Інсульт може мати згубні наслідки: призводити до смерті або довічної інвалідності, руйнувати життя хворих та їх близьких. Ті, хто виживуть після інсульту, приєднуються до мільйонів осіб, які пережили інсульт, по всій Європі, які живуть, відчуваючи його негативні наслідки для здоров'я, соціального і фінансового благополуччя.

780,000 / РІК
> 1/ХВИЛИНУ

У 2017 році Європейський альянс боротьби з інсультом (SAFE) спільно з Європейською організацією інсульту (ESO) приступив до всебічного огляду проблеми інсульту та надання допомоги при інсульті в Європі. Звіт «Тягар інсульту в Європі» (Burden of Stroke in Europe) виявив шокуючі відмінності між країнами і всередині країн на кожному етапі виконання плану організації допомоги при інсульті, при цьому постінсультна підтримка ігнорувалася в усіх країнах.

Орієнтовні загальні витрати у зв'язку з інсультом в ЄС*

€45 млрд.
у 2015 р., і будуть зростати

*витрати, пов'язані і не пов'язані з охороною здоров'я

Звіт показав, що в період із 2015 по 2035 рік число випадків інсульту, як очікується, зросте на 34% через старіння населення, а у всій Європі число людей, які пережили інсульт, має збільшитися на один мільйон, досягнувши 4 631 050 осіб. Загальні витрати у зв'язку з інсультом, у сфері охорони здоров'я і не пов'язані з

охороною здоров'я в ЄС, в 2015 році склали приблизно 45 млрд. євро, і вони будуть зростати.

Ось чому в травні 2017 року, після багатьох років співпраці, SAFE та ESO офіційно домовилися про спільну роботу по боротьбі з інсультом.

Цей План дій боротьби з інсультом у Європі є спільним проектом, результатом співпраці. Він дотримується положень і ґрунтується на двох попередніх «Гельсінгборгських деклараціях», які надали життєво важливу платформу для поліпшення допомоги при інсульті у всій Європі. ESO та SAFE пишуться тим, що координатором Плану дій боротьби з інсультом у Європі є професор Бо Норрвінг (Bo Norrving), який брав участь у складанні попередніх Гельсінгборгських декларацій.

План дій боротьби з інсультом у Європі розробили 70 експертів, які працюють в групах, що оцінюють усі аспекти організації допомоги при інсульті. Їх завдання полягало в тому, щоб виконати огляд наявних даних про найкращу практику і, з огляду на поточний стан допомоги при інсульті, намітити ключові цілі, які всі країни і системи охорони здоров'я повинні прагнути досягти до 2030 року.

План дій боротьби з інсультом, який особливо важливий для осіб, які пережили інсульт, і тих, хто їх доглядає, призначений для вирішення проблем, з якими люди стикаються лише після перенесеного інсульту.

План є як амбітною базовою програмою, так і заклик до дії. SAFE закликає всіх осіб, які приймають рішення, використовувати його для зміни політики охорони здоров'я, визначення пріоритетів наукових досліджень, поліпшення лікування пацієнтів із інсультом на місцевому рівні і надання допомоги, орієнтованої на пацієнта, а також для вирішення проблеми незадоволених потреб, оприлюднених в звіті «Тягар інсульту в Європі» (Burden of Stroke in Europe).

Тягар інсульту лягає на всіх нас, але особливо на мільйони осіб, які пережили інсульт, і на їх близьких, які щодня живуть із його наслідками. Тож давайте ми всі будемо намагатися досягти цілей, які викладені в Плані дій боротьби з інсультом у Європі, для мінімізації наслідків цього тягара.

Джон Баррік, президент SAFE,
Барт ван-дер-Ворп, президент ESO
Валерія Касо, экс-президент ESO (2016-2018)



ВСТУП

Інсульт залишається однією з провідних причин смерті і функціональної неспроможності (інвалідності) в Європі, і прогнози показують, що при використанні підходу «справи йдуть своєю чергою» тягар інсульту не зменшиться, ні в наступному десятилітті, ні після нього. Важливим фактором, який цьому сприяє, є те, що в Європі до 2030 року число людей віком 60 років і старше збільшиться, як очікується, на 23%.

На щастя, є переконливі докази того, що інсульт відноситься до хвороб, які надзвичайно піддатливі до запобігання, лікування і контролювання, й існує потенціал для різкого зменшення тягаря інсульту, у тому числі для істотного зменшення його довготривалих наслідків. Це потребує спільних дій міністерств охорони здоров'я і соціального забезпечення, інших урядових органів, наукових організацій і організацій з підтримки осіб, які пережили інсульт, а також медичних працівників, клінічних і доклінічних дослідників і промисловості.

На двох попередніх загальноєвропейських зустрічах з досягнення консенсусу були розглянуті наукові дані та поточний стан служб надання допомоги, а також визначені цілі для розвитку допомоги при інсульті на майбутнє десятиліття. Результатом цього стали Гельсінгборгські декларації 1995 і 2006 років.

План дій боротьби з інсульту у Європі відповідає формату попередніх Гельсінгборгських декларацій (розробка яких очолювалася керівним комітетом експертів). Важливо зазначити, що на кожному етапі розробки цієї версії також брали участь організації з підтримки пацієнтів, які пережили інсульт, і представники від пацієнтів, які пережили інсульт. Такий процес дозволив розглянути те, що можливо з наукової точки зору; поточний стан надання допомоги при інсульті; пріоритети і цілі досліджень і розробок, крім того, були додані нові розділи: „Первинна профілактика” і „Життя після інсульту”, а також „Пріоритети для досліджень і розробок” для трансляційних досліджень в області інсульту. Докладні наукові відомості можна знайти у відповідній статті, опублікованій в *European Stroke Journal*.

План дій боротьби з інсульту у Європі на 2018–2030 рр. узгоджується з, і доповнює такі документи, як Глобальний план дій ВООЗ для боротьби з неінфекційними захворюваннями (НІЗ) на 2013–2020 рр., План дій Європейського регіону ВООЗ для боротьби з НІЗ і Цілі сталого розвитку ООН на 2015–2030 рр., надаючи ясну «дорожню карту», яка має потенціал для кардинальних змін у Європі в області однієї з основних сьогоденних і завтрашніх проблем громадської охорони здоров'я - інсульту.

СТРАТЕГІЧНІ ЦІЛІ НА 2030 р.

План дій боротьби з інсультом у Європі містить цілі для кожної зі сфер діяльності, розглянутих в плані, - первинної профілактики, організації допомоги при інсульті, лікування при гострому інсульті, вторинної профілактики, реабілітації, оцінки результатів лікування і життя після інсульту.

Є чотири стратегічні цілі на 2030 рік. У нас є лише дванадцять років, щоб:

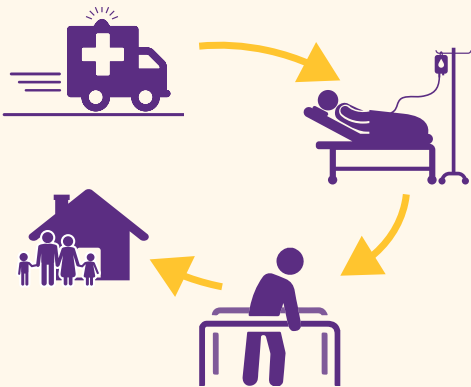


Знизити на 10% абсолютне число випадків інсульту в Європі.

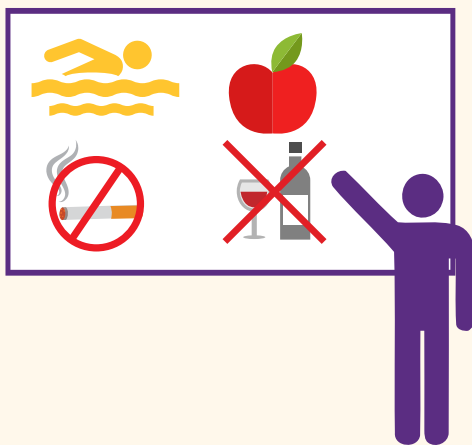
90%
АБО
БІЛЬШЕ



Лікувати $\geq 90\%$ усіх пацієнтів із інсультом у Європі в спеціалізованих інсультних блоках, в якості першого рівня надання допомоги.



Мати національні плани боротьби з інсультом, що охоплюють весь ланцюжок надання допомоги, від первинної профілактики до життя після інсульту.



Повністю впровадити національні стратегії мультисекторальних втручань в сфері охорони здоров'я з метою пропаганди та сприяння здоровому способу життя, а також для зменшення тих факторів навколишнього середовища (у тому числі забруднення повітря), соціально-економічних і освітніх чинників, які підвищують ризик інсульту.

ПЕРВИННА ПРОФІЛАКТИКА

“ Я ніколи не чула чогось про інсульт, доки він не трапився в мене. Коли я стала одужувати в лікарні, лікарі сказали: «У тебе був інсульт». «Що? Інсульт?» - я нічого не знала. Хоча я була юристом, ну і все таке.”

Елізабет Ортінес, фонд осіб, які пережили інсульт, Fundacio Ictus, Каталонія, Іспанія

Мета Гельсінгборгській декларації 2006 року полягала в тому, щоб всі країни прагнули зменшити основні фактори ризику інсульту серед населення своїх країн, найважливіше - артеріальної гіпертензії та тютюнопаління.

Інсульт є хворобою, яка в значній мірі піддатлива до запобігання. У нього спільні фактори ризику з іншими серцево-судинними захворюваннями (ССЗ), а також із багатьма іншими неінфекційними, або незаразними, захворюваннями (НІЗ). Зменшення факторів ризику інсульту вимагає втручання на рівні окремих осіб і суспільства - вирішення питань способу життя та медичних проблем. Таким чином, наприклад, відмова від тютюнопаління є втручанням на рівні індивідуума, у той час як боротьба із забрудненням повітря є втручанням на рівні суспільства. Політика і дії на рівні суспільства можуть впливати на здатність людини справлятися з додатними для модифікації факторами ризику.

Хоча заходи для зниження людьми власних факторів ризику слід заохочувати, в довгостроковій перспективі людині дуже важко підтримувати стан з меншим ризиком інсульту, якщо відсутні інші форми підтримки на рівні суспільства. Є переконливі докази того, що необхідно здійснювати втручання на рівні громадського здоров'я, націлені на широко розповсюджені фактори ризику, в тому числі втручання, що перешкоджають тютюнопалінню та заохочують до здорового способу життя. Вони можуть включати законодавчі зміни, кампанії в засобах масової інформації, маркування харчових продуктів, а також освітні та профілактичні заходи в школах, на робочих місцях і в громаді.

Такі ініціативи, як спорудження велосипедних доріжок, орієнтування людей при використанні

сходів, продаж здорової їжі в громадських місцях, заборони на тютюнопаління, зменшення кількості кухонної солі і цукру в оброблених харчових продуктах і безалкогольних напоях, просвіта в питаннях здоров'я та інформаційні кампанії в області громадського здоров'я для підвищення обізнаності щодо факторів ризику інсульту, які піддаються модифікації, є розумними втручаннями в області громадського здоров'я, і їх слід проводити.

Вкрай важливо охопити ініціативами з первинної профілактики все населення, а не тільки осіб, які вже знаходяться в групі високого ризику. Ось чому важливі узгоджені зусилля з підвищення обізнаності щодо підвищеного артеріального тиску (артеріальної гіпертензії), а потім із проведення скринінгу і лікування. Потрібні додаткові зусилля для охоплення і роботи з людьми, що мають нижчий соціально-економічний стан, серед яких фактори ризику інсульту є більш поширеними.

Медичні втручання і забезпечення дотримання схеми медикаментозного лікування життєво важливі, але необхідно також працювати з втручаннями на рівні суспільства та індивідуума.

“ Існує такий парадокс, що незважаючи на те, що ми знаємо, які з додатних для модифікації факторів ризику відповідальні за 90% випадків інсульту, важко зменшити жакливе число нових випадків інсульту щорічно ... Нам потрібна сильна система профілактичних заходів, в якій звичайні люди, медики та законодавці працюють разом дуже наполегливо і дуже довго для досягнення якогось прогресу.”

Елена Місіта, менеджер з інформаційно-просвітницької діяльності SAFE

Особи, відповідальні за прийняття рішень, повинні здійснювати і зміцнювати національні стратегії з первинної профілактики і контролю факторів ризику. Мультисекторальні втручання в сфері громадського здоров'я повинні пропагувати та сприяти здоровому способу життя, і забезпечувати загальний доступ до програм первинного скринінгу і лікування.

Основні відмінності між європейськими країнами щодо поширеності та контролю факторів ризику повинні бути усунені шляхом розробки загальноєвропейських настанов із скринінгу та усунення факторів ризику.

ПЕРВИННА ПРОФІЛАКТИКА - ЦІЛІ НА 2030 Р.

Нам необхідно побачити поступові зміни по всій Європі, щоб кожен міг отримати персональну оцінку ризику інсульту і будь-яке лікування, яке може знадобитися. Отже, ціллю є:

- 1** Забезпечити загальний доступ до первинного профілактичного лікування на основі покращеного і більш персоналізованого прогнозування ризику.

Необхідні нові закони і національні стратегії для усунення найбільш поширених факторів ризику. Це повинно включати кампанії громадського здоров'я, а також усунення впливу поганої освіти, матеріальних негараздів та несприятливого навколишнього середовища на підвищення ризику інсульту. Отже, ціллю є:

- 2** Розробка законодавчих положень і національних стратегій для мультисекторальних втручань в сфері громадського здоров'я, спрямованих на усунення поширених факторів ризику інсульту (таких, як тютюнопаління, зловживання цукром, кухонною сіллю, алкоголем, забруднення повітря), шляхом пропаганди, просвіти і проведення кампаній за здоровий спосіб життя, а також зменшення впливу екологічних, соціально-економічних і освітніх факторів ризику.

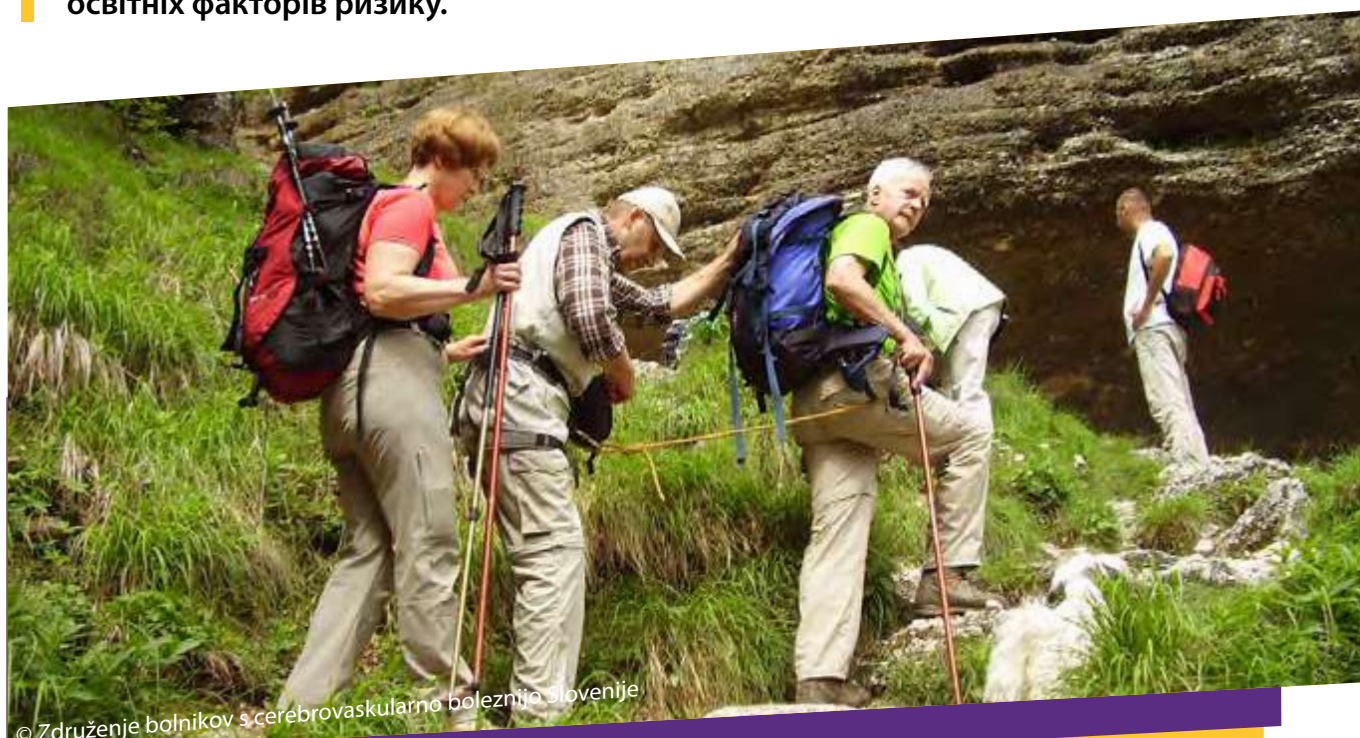
Скринінг на фактори ризику інсульту і лікування для їх усунення повинні бути пріоритетними. Отже, ціллю є:

- 3** Зробити доступними обґрунтовані доказами програми скринінгу факторів ризику інсульту та втручань для їх усунення в усіх європейських країнах.



Високий артеріальний тиск занадто часто залишається невиявленим та нелікованим. Ціль для кожної країни в Європі:

- 4** Забезпечити виявлення та контроль високого артеріального тиску у 80% людей з артеріальною гіпертензією.



ОРГАНІЗАЦІЯ ДОПОМОГИ ПРИ ІНСУЛЬТІ

// Існує програма під назвою «Рання виписка з підтримкою» (РВП), яка реально піднімає людей з лікарняних ліжок і прискорює їх повернення додому. Удома вони отримують терапію протягом перших 6–8 тижнів, і в багатьох країнах Європи було доведено, що це покращує результати лікування, а також дійсно знижує загальні витрати на медичне обслуговування. Тому ми зажадали, щоб наш міністр фінансів, який пережив інсульт (виконав програму РВП і) ..., він пройшов програму ранньої виписки з підтримкою, а шість тижнів по тому він їздив на велосипеді навколо Фенікс-парку в Дубліні - через шість тижнів після того, як він був не в змозі відкрити свої вхідні двері. І це переконало - тих людей, які приймають такі рішення, - так, як ніхто інший би не зміг ... це переконало їх у тому, що ця програма дійсно означає для життя реальної людини".

Кріс Мейсі, Ірландський фонд серця

Мета Гельсінгборгської декларації 2006 року полягала в тому, щоб всі пацієнти з інсультом в Європі мали доступ до медичної допомоги з дотриманням принципу наступності та безперервності - від організованих інсультних блоків в гострій фазі інсульту до належної реабілітації і заходів з вторинної профілактики.

Існують великі відмінності в організації допомоги при інсульті між країнами Європи. Тим не менш, те, як організована допомога при інсульті, має основоположне значення для якості медичної допомоги. Потрібна більш достовірні і точна інформація про структуру та організацію допомоги при інсульті. Це повинно включати реєстри для моніторингу ключових показників якості допомоги та програми для сертифікації інсультних блоків. Медичні товариства по боротьбі з інсультом і організації з підтримки пацієнтів з інсультом можуть суттєво змінити ситуацію, чинячи тиск для створення краще організованих служб з надання допомоги при інсульті та забезпечуючи практичну розробку і аудит необхідних стандартів якості.

Стосовно невідкладної допомоги та лікування при гострому інсульті, належна організація включає:

- програми постійного підвищення обізнаності населення з метою сприяти розпізнаванню симптомів інсульту населенням;
- навчання надання допомоги при інсульті диспетчерів, парамедиків і всього персоналу служб швидкої медичної допомоги;
- планування розташування інсультних центрів і маршрутів для машин швидкої допомоги з метою мінімізації часу поїздки;
- використання перевірених інструментів для розпізнавання симптомів інсульту, таких як тест FAST;
- централізовану госпіталізацію;
- наявність спеціалізованих інсультних команд і інсультних блоків, які пройшли сертифікацію та аудит;
- цілодобовий доступ до сканування мозку;
- телемедицину для віддалених районів;
- процеси безперервного поліпшення якості;
- планування таким чином, щоб рання виписка з підтримкою пацієнта сприяла такому ж рівню постінсультної позалікарняної допомоги, яку б надали в лікарні.

Сьогодні, у багатьох країнах все ще не вистачає достовірної і точної інформації про структуру та організацію допомоги при інсульті, а також про впровадження планів організації допомоги при інсульті. У всій Європі менше 10% пацієнтів з інсультом надходять до лікарні в межах 60 хв після виникнення симптомів; і в багатьох країнах затримка в часі від виникнення симптомів до надходження в лікарню за останні роки не зменшилася.

Лише в небагатьох країнах створена система сертифікації з чітко визначеними критеріями якості або ж система з регулярним моніторингом для порівняльного аналізу показників надання допомоги.

ОРГАНІЗАЦІЯ ДОПОГИ ПРИ ІНСУЛЬТІ - ЦІЛІ НА 2030 Р.

Організації з підтримки осіб, які пережили інсульт, і медичні товариства по боротьбі з інсультом мають життєво важливе значення для розробки та реалізації національних планів боротьби з інсультом, надаючи експертну допомогу, спеціальні знання та думки пацієнтів. Отже, ціллю є:

- 1** Створення в кожній країні медичного товариства і організації з підтримки осіб, які пережили інсульт, яка тісно співпрацює з уповноваженим органом у розробці, реалізації та аудиті національного плану боротьби з інсультом.

Існує безліч доказів того, що собою представляють плани організації належної допомоги при інсульті. Цими планами повинні керуватися служби надання допомоги при інсульті - від профілактики та лікування в гострому періоді до реабілітації та життя після інсульту. Обов'язково також залучення громадськості, щоб люди розуміли, чого очікувати від служб допомоги. Всі країни Європи повинні забезпечити наступне:

- 2** Національна система допомоги при інсульті повинна керуватися планами організації допомоги, які обґрунтовані доказами та охоплюють весь ланцюжок надання допомоги. Ці плани повинні бути зрозумілі населенню і адаптовані до регіональних умов для забезпечення рівного доступу до допомоги при інсульті,

- 3** незалежно від характеристик пацієнта, регіону та часу госпіталізації.

Якісна допомога при інсульті залежить від висококваліфікованого персоналу, що спеціалізується в області інсульту. Нам необхідно забезпечити підбір добре навченого персоналу у всіх країнах Європи, щоб ефективна робота могла виконуватися мультидисциплінарними інсультними командами. Країни повинні забезпечити наступне:

- 3** Організацію та надання допомоги при інсульті компетентним персоналом і командами, а також створення планів для ефективного набору та навчання персоналу в рамках національного плану боротьби з інсультом.

Надання допомоги в інсультному блоці має вирішальне значення для зниження летальності та функціональної неспроможності в результаті інсульту. Але воно має місце тільки в тому випадку, якщо ці інсультні блоки високої якості. Щоб визначити та оцінити, що собою являє хороший інсультний блок, всі європейські країни повинні забезпечити наступне:

- 4** Всі інсультні блоки та інші інсультні служби проходять регулярну сертифікацію або еквівалентні процеси аудиту для поліпшення якості.



ЛІКУВАННЯ ПРИ ГОСТРОМУ ІНСУЛЬТІ

// Як людина, у якої трапився інсульт, я маю право на отримання найкращої допомоги при інсульті:

прискорену діагностику, щоб мені могли швидко почати лікування;

проведення лікування спеціалізованою командою на всіх етапах мого шляху (в лікарні та під час реабілітації);

отримання допомоги, яка добре скоординована;

отримання доступу до лікування незалежно від фінансового стану, статі, культурного середовища або місця проживання;

отримання лікування, яке підходить мені як індивідууму, з урахуванням мого віку, статі, культури, цілей і моїх потреб, які змінюються з часом”.

Всесвітній білл про права людей,
які перенесли інсульт, Всесвітня
організація інсульту, 2014

Цілі лікування при гострому інсульті в Гельсінгборгській декларації 2006 року полягали в наступному: більше 85% пацієнтів із інсультом повинні виживати в перший місяць після інсульту; більше 70% тих, хто вижив, повинні бути незалежними в їх повсякденному функціонуванні через три місяці після виникнення інсульту; всіх пацієнтів з гострим інсультом, яким потенційно показане спеціальне лікування в гострому періоді, необхідно переводити до лікарні, де є технічні можливості та експертні знання для проведення такого лікування.

// Кожна людина з гострим інсультом заслуговує права на рівний доступ до оптимізованої та ефективної допомоги при інсульті, діагностики та лікування, незалежно від місця проживання, віку, статі, культури, соціального та економічного становища”.

Професор Аніта Арсовська,
член ради SAFE

Інсультні блоки, укомплектовані мультидисциплінарною командою спеціалістів з інсульту, є єдиним найбільш ефективним втручанням для досягнення кращих результатів лікування. А деякі втручання, які, як було показано, покращують результати, такі як тромболізис, можуть проводитися тільки там, де є добре організована допомога при інсульті та високоякісні інсультні блоки для допомоги в гострому періоді. Це також вірно для новіших процедур, таких як тромбектомія (механічне видалення тромбу).

Однак, в різних країнах Європи ступінь доступності інсультних блоків різний, і середній (медіанний) час, протягом якого люди отримують лікування, все ще дуже великий - час «від виникнення до голки» (від виникнення інсульту до початку тромболітичного лікування) становить 140 хв в Західній Європі і 150 хв - в Східній Європі. Медіана часу «від дверей до голки» (від поступлення пацієнта у лікарню до початку тромболітичного лікування), становила 70 хв, згідно звітів в міжнародних європейських реєстрах, хоча є приклади, коли час «від дверей до голки» становив лише 20 хв в центрах з високою лікувальною активністю і досвідом.



ГОСТРИЙ ІНСУЛЬТ - ЦІЛІ НА 2030 Р.

Ми знаємо, що інсультні блоки мають вирішальне значення, і, тим не менш, у багатьох регіонах люди не мають до них доступу. Тому всі країни повинні прагнути досягти:

- 1 Лікування $\geq 90\%$ всіх пацієнтів з інсультом у Європі в інсультних блоках, в якості першого рівня надання допомоги.**

Відновлення кровотоку в головному мозку може принести величезну користь багатьом пацієнтам, зменшуючи тривалу функціональну неспроможність і прискорюючи одужання. Але все ще немає повсюдної доступності тромболізису та тромбектомії в Європі. Тому ціллю для всіх країн є:

- 2 Гарантування доступу до реканалізаційної терапії для 95% пацієнтів, яким вона показана, по всій Європі.**



Чим швидше хворий отримає лікування методами реканалізаційної терапії, тим краще буде результат. Тому скорочення часу, необхідного для отримання хворим лікування після надходження в лікарню, є життєво важливим. Ціллю є:

- 3 Скорочення медіанного часу «від виникнення до голки» при внутрішньовенному тромболізісі, до менше 120 хв, а часу «від виникнення до реперфузії» при ендovasкулярному лікуванні до менш 200 хв.**

Ці перші дві цілі важливі для того, щоб могла збільшуватися частка людей, яких лікували ліками для руйнування тромбу (ВВТ - внутрішньовенний тромболізіс) або яким виконали механічне видалення тромбу (ЕВТ - ендovasкулярну тромбектомію). Країни повинні прагнути:

- 4 Досягти в усіх європейських країнах показників внутрішньовенного тромболізису (ВВТ) вище 15% і ендovasкулярної тромбектомії (ЕВТ) вище 5%.**

Суть у тому, щоб знизити летальність і функціональну неспроможність в результаті інсульту. Це включає й інсульти, викликані іншими, ніж тромбування, причинами - такими, як крововилив у мозок (внутрішньомозковий крововилив) і на поверхні головного мозку (субарахноїдальний крововилив). Необхідна ціль для країн Європи:

- 5 Зниження показників летальності за перший місяць після внутрішньомозкових і субарахноїдальних крововиливів до менше 25%, а також збільшення частоти хороших функціональних результатів до більше 50%.**

ВТОРИННА ПРОФІЛАКТИКА

У Гельсінгборгській декларації 2006 року цілі на 2015 рік полягали в тому, щоб знизити летальність від інсульту щонайменше на 20%, і щоб у всіх пацієнтів з ТІА (транзиторною ішемічною атакою) або інсультом здійснювалися відповідні заходи з вторинної профілактики.



Заходи з вторинної профілактики можуть знизити на 80% число повторних інсультів серед осіб, які вижили після інсульту. Це означає розпізнавання і лікування ТІА (мініінсультів) і забезпечення того, щоб було вжито заходів для належної оцінки ризику та складання планів лікування для людей з ТІА або тих, хто перебував з інсультом в лікарні, і щоб ці заходи проводилися поза лікарнею протягом усього життя.

Кожен випадок інсульту має свої особливості, і його причини необхідно ретельно розглянути для кращого планування методів вторинної профілактики. Це ще один аргумент на користь необхідності загальнодоступної візуалізації мозку.

Виявлення факторів ризику має два основних наріжних камені:

i Виявлення та допомогу пацієнтам в зменшенні факторів ризику, пов'язаних зі способом життя, за допомогою індивідуального підходу.

👤 «Медичні» фактори ризику, для яких існують протоколи ведення хворих.

Такі фактори ризику, як неправильне харчування, зловживання алкоголем і тютюнопаління, наркоманія, ожиріння, високі артеріальний тиск і холестерин, фібриляція

передсердь, цукровий діабет і апное уві сні, піддаються виправленню і повинні бути прийняті до уваги у кожного пацієнта, оскільки вони впливають один на одного.

Фактори, які не піддаються виправленню, такі, як вік, стать, расова або етнічна приналежність і сімейний анамнез, також впливають на фактори ризику, які піддаються виправленню. Національні реєстри інсульту повинні реєструвати ці фактори та використовувати втручання з вторинної профілактики.

Пацієнти з інсультом або ТІА часто мають супутні захворювання серця, нирок або захворювання периферичних артерій, і це вимагає обстеження і лікування. Депресія та тривожність можуть порушувати спосіб життя та дотримання призначеного лікування, а також є факторами ризику інсульту та деменції.

Існують великі відмінності в наданні вторинної профілактики в країнах Європи, але дані неоднорідні і часто застарілі. Ми точно знаємо, що більше 60% пацієнтів з інсультом надходять з високим артеріальним тиском. Хоча 80–90% отримують лікування, артеріальний тиск буде адекватно контролюватися менш ніж у 40%. Причини неадекватного контролю артеріального тиску включають відсутність моніторингу, недостатнє лікування та низький відсоток осіб, які дотримуються призначеного лікування. Подібним чином, хоча відсоток випадків призначення статинів при виписці з лікарні високий, відсоток осіб, які тривало дотримуються схеми лікування, низький. І занадто багато пацієнтів із фібриляцією передсердь досі не отримують пероральні антикоагулянти.



**БІЛЬШЕ 60%
ПАЦІЄНТІВ З
ІНСУЛЬТОМ
НАДХОДЯТЬ
З ВИСОКИМ
АРТЕРІАЛЬНИМ
ТИСКОМ**

ВТОРИННА ПРОФІЛАКТИКА - ЦІЛІ НА 2030 Р.

Немає виправдань тому, що особи, які вже перенесли інсульт або ТІА, не отримують лікування для вторинної профілактики, консультативну допомогу та підтримку. Тому життєво важливо:

- 1** Включення вторинної профілактики в національні плани боротьби з інсультом із подальшим спостереженням в системі первинної / позалікарняної допомоги.

Переважає більшість тих, хто вижив після інсульту, потребують консультацій і підтримки спеціалістів і мають бути впевнені, що вони можуть отримати своєчасну і належну допомогу з вторинної профілактики. Необхідна ціль:

- 2** Забезпечення того, щоб не менше 90% усіх пацієнтів з інсультом були прийняті спеціалістом з інсульту і мали доступ до заходів з вторинної профілактики (обстеженню та лікуванню).

З метою точної оцінки ризику повторного інсульту у осіб, які пережили інсульт, повинен бути доступним ряд діагностичних засобів і тестів.

Ціллю є:

- 3** Забезпечити доступ до основних методів дослідження: КТ (або МРТ), УЗД сонних артерій, ЕКГ, добового моніторингу ЕКГ, ехокардіографії (трансторакальної та транsezофагеальної), аналізів крові (на ліпіди, глюкозу, глікований гемоглобін та ін.).

З метою зниження ризику повторного інсульту, всі, хто вижив, повинні мати можливість отримати відповідне втручання. Ціль Плану дій боротьби з інсультом у Європі для кожної з європейських країн:

- 4** Забезпечення доступу до основних стратегій профілактики: рекомендацій щодо способу життя, антигіпертензивних засобів, гіполіпідемічних засобів, антиагрегантів, антикоагулянтів, пероральних гіпоглікемічних препаратів та інсулінів, каротидної ендартеректомії і закриттю незарощеного овального отвору.



РЕАБІЛІТАЦІЯ

“ Дані з усієї Європи свідчать про неадекватну реабілітаційну допомогу, яку часто надають в недостатньому обсязі і занадто пізно, або ж команди не в змозі надати всі відповідні методи лікування, і ще погані системи оцінки, так що поточна реабілітація також надається неефективно. При належному плануванні так не повинно бути”.

Монік Ліндхаут, асоціація осіб, які пережили інсульт, Hersenletsel.nl, Нідерланди

У Гельсінгборгській декларації 2006 року мета на 2015 рік полягала в тому, щоб в Європі все пацієнти с інсультом мали доступ до системи допомоги з дотриманням принципу наступності та безперервності - від допомоги в гострому періоді до належної реабілітації в спеціалізованих інсультних блоках.

Допомога при гострому інсульті, кваліфікований сестринський догляд і реабілітація спеціалістами - все це ключові аспекти комплексного інсультного блоку, і було показано, що лікування в таких установах знижує летальність і функціональну неспроможність.

Реабілітація включає фізичну реабілітацію, ерготерапію, лікування порушень мови та мовлення, за участю психологів і соціальних працівників у міру необхідності. Вона повинна включати мультидисциплінарний підхід за участю лікарів-інсультологів у комплексній інсультній команді, а також упорядкований план виписки з лікарні з документально закріпленою відповідальністю за задоволення постійних потреб в реабілітації поза лікарнею.

Однак, як показав звіт SAFE «Тягар інсульту» в 2017 році, доступ до реабілітації сильно розрізняється в різних країнах Європи.



Належна реабілітаційна практика повинна включати:

Інформацію для пацієнтів і осіб, які здійснюють догляд, - про інсульт, реабілітацію та плановану виписку, і подальше спостереження, - яка сама по собі покращує знання, задоволеність пацієнтів і зменшує депресію.

Ранню виписку з підтримкою, в основному для людей з легкими та помірними симптомами інсульту, коли допомогу надає на дому мобільна реабілітаційна команда в якості складової частини плану організації допомоги при інсульті.

Постійні і потенційно все більш інтенсивні втручання - наприклад, для пацієнтів із афазією це може означати високоінтенсивні тренування протягом тривалого періоду.

Тренування в повсякденному функціонуванні (ПФ), яке може бути корисним при проведенні аж до одного року після інсульту.

Тренування для поліпшення пристосованості організму і фізичного стану особи, яка вижила після інсульту, бажано з доступом до зелених зон.

Хоча ми не маємо достатніх доказів користі від реабілітаційних втручань пізніше ніж рік після інсульту, важливо визнати, що покращення може тривати протягом тривалого часу після інсульту, і що потреби пацієнта з часом будуть змінюватися. Тому для реабілітації ніколи не буває занадто пізно.

Існують великі відмінності в доступі до реабілітації між країнами Європи та всередині них. Ці відмінності, ймовірно, відображають міжнародні відмінності в організації допомоги при інсульті, в стратегічних підходах до інсульту та в доступних ресурсах. У багатьох країнах все ще відсутні комплексні інсультні блоки, а програми уповільненої реабілітації, які підтвержені в дослідженнях з інсультних блоків, практично відсутні. Пацієнтам із середньотяжким або тяжким інсультом лікування в інсультному блоці приносить ще більше користі.

Якщо це неможливо, блок післяінсультної реабілітації надає обґрунтовану доказами альтернативу продовженню лікування в стаціонарі.

Існує необхідність в збільшенні кількості і місткості комплексних інсультних блоків, щоб забезпечити всім пацієнтам рівний доступ. Існує також нестача реабілітаційного та сестринського персоналу зі знаннями та вміннями в області інсульту і розумінням особливостей реабілітації. Реабілітація в комплексному інсультному блоці має бути доступна в будь-який час.

У всіх європейських країнах відчувається брак допомоги з ранньої виписки з підтримкою пацієнта, а в деяких районах її не пропонують як складову частину плану організації допомоги при інсульті. Подібним чином, програми з тренування фізичної пристосованості організму не поширені в Європі, але на даний час розробляються в Італії та Сполученому Королівстві.

РЕАБІЛІТАЦІЯ - ЦІЛІ НА 2030 Р.

Отримання лікування правильної інтенсивності якомога швидше після інсульту має величезне значення для відновлення організму. Тому ціль для всіх країн:

- 1** Гарантувати, що не менше 90% населення мають доступ до ранньої реабілітації в інсультному блоці.

Приблизно для п'ятої частини осіб з інсультом, отримання реабілітаційної підтримки на дому з тією ж інтенсивністю, що і в лікарні, означає, що вони можуть бути виписані раніше. Отже, ціллю є:

- 2** Надання в усіх країнах ранньої виписки з підтримкою як мінімум 20% осіб, які пережили інсульт.

Поряд з проведенням спеціальної терапії при інсульті, важлива підтримка способу життя. Ціллю є:

- 3** Надання програм з тренування фізичної пристосованості всім особам, які пережили інсульт, за місцем проживання.

Особа, які пережили інсульт, часто говорять, що відчувають себе покинутими, коли залишають лікарню. Надання позалікарняної допомоги має плануватися і документуватися. Після виписки пацієнти (а також медичні та соціальні працівники за місцем проживання) повинні знати, яка підтримка їм необхідна. Тому ця ціль повинна бути звичайною практикою:

- 4** Надання документованого плану позалікарняної реабілітації та підтримки в самопомозі всім пацієнтам із інсультом і наявністю залишкових труднощів функціонування при виписці з лікарні.

Відновлення після інсульту може бути дуже довгим процесом - багато осіб, які пережили інсульт, описують поліпшення своєї мобільності або спілкування через місяці або навіть роки. Однак занадто часто у них немає можливості перевірити процес відновлення, відновити реабілітацію та переглянути вторинну профілактику. Ось чому життєво важливо, щоб країни прагнули:

- 5** Гарантувати, щоб для всіх пацієнтів з інсультом та осіб, які здійснюють догляд, переглядали необхідність в реабілітації та інші потреби через 3-6 міс після інсульту і потім щорічно.



© Can Stock Photo / mangostock

ОЦІНКА РЕЗУЛЬТАТІВ ЛІКУВАННЯ ТА ПОЛІПШЕННЯ ЯКОСТІ

// Норвезький інститут громадського здоров'я опублікував в 2018 році показники зниження летальності при інсульті в Норвегії, згідно з якими число випадків смерті в лікарні в результаті інсульту знизилося приблизно на 30%. Відносно громадського здоров'я це означає важливість реєстрів в системі охорони здоров'я, таких як реєстр інсульту. Можливість порівнювати цифри по всій Європі має бути дійсно великою перевагою для тих, хто щодня працює в області інсульту. А тим, хто постраждав від інсульту, це показує, що, якщо ви лікуєтесь в лікарні з інсультним блоком, - ваші шанси на виживання вище. Але, як я багато разів говорила, врятоване життя також необхідно прожити".

Грете Лунде, яка пережила інсульт, член ради SAFE

2006 р. - Мета оцінки результатів лікування при інсульті та оцінки якості полягає в тому, щоб всі країни ставили своїм завданням створення системи для регулярного збору даних, необхідних для оцінки якості надання допомоги при інсульті, включаючи питання безпеки пацієнтів.

Систематичне поліпшення якості допомоги при інсульті може бути досягнуто тільки при дотриманні настанов із лікування при інсульті, а дані збирають регулярно, щоб був можливий аудит допомоги, яка надається. Необхідно збирати дані про структуру служб надання допомоги при інсульті (установи, персонал та ін.); процеси надання допомоги (час „від дверей до голки“, інтенсивність реабілітації, час до надходження в інсультний блок та ін.) і результати лікування (летальність, фізичну, когнітивну та психологічну функціональну неспроможність, частоту ускладнень, таких як пневмонія та ін.).

У разі потреби досягти поліпшення якості допомоги при інсульті дуже важливі чіткі стандарти та оцінка якості. Ця інформація допомагає окремим клініцистам відстежувати і змінювати свою практику, а також дозволяє лікарні та позалікарняним службам допомоги при інсульті розуміти і покращувати показники своєї роботи. Тим, хто фінансує заклади охорони здоров'я, необхідно бути впевненими в тому, що гроші витрачаються належним чином, а фахівцям з планування охорони здоров'я на національному та міжнародному рівнях необхідно використовувати стандарти і дані аудиту для того, щоб сприяти поліпшенню допомоги.

Організація допомоги при інсульті в різних країнах Європи значно різниться, що впливає на те, як визначають план організації допомоги при інсульті. Ось чому важливо, щоб настанови з лікування при інсульті були адаптовані до місцевих умов на базі місцевих даних.



© Can Stock Photo / dolgachov

ОЦІНКА ТА ПОЛІПШЕННЯ ЯКОСТІ - ЦІЛІ НА 2030 Р.

Якби у всій Європі ми мали загальний набір стандартів якості, які вимірюються однаковими способами, базуються на порівнянних настановах, то значно б покращилися можливості національних служб охорони здоров'я і спеціалістів з інсульту порівнювати і покращувати свою практику. Тому нам необхідно:

Визначення Загальноєвропейської системи критеріїв якості допомоги при інсульті, яке включає:

розробку або оновлення загальноєвропейських настанов з організації надання допомоги при гострому інсульті, більш тривалої реабілітації та профілактики;

визначення загального набору даних, що охоплює основні показники якості допомоги при інсульті, щоб зробити можливим проведення точних міжнародних порівнянь надання допомоги, як в лікарні, так і поза лікарнею (включаючи показники структури, процесів, результатів лікування і досвід пацієнтів).



В Європі є багато прикладів того, як наявність особи, відповідальної за поліпшення надання допомоги при певних захворюваннях, приносить позитивні результати. Таким чином, у всіх країнах Європи слід призначати поименовану особу, відповідальну за поліпшення якості допомоги при інсульті в кожній країні або регіоні.

Встановлення стандартів і зіставлення показників допомоги при інсульті з цими стандартами має життєво важливе значення.

А забезпечення можливості використання цієї інформації спеціалістами з інсульту та громадськістю може сприяти кращому наданню допомоги. Ціль повинна полягати в тому, щоб створити на національному та регіональному рівні системи для оцінки та акредитації клінічних служб допомоги при інсульті, що забезпечують взаємну підтримку спеціалістів для поліпшення якості і постійний доступ до даних аудиту для населення.

“Включення досвіду пацієнтів та осіб, які їх доглядають, незмінно важливо і допомагає зробити так, щоб Європейський план дій боротьби з інсультом заслуговував на довіру. Сьогодні, у багатьох країнах, організації з підтримки осіб, які пережили інсульт, включені в роботу з розробки настанов, і, кажучи від імені моєї країни, я з радістю повідомляю, що сьогодні це є звичайною справою і приписано на рівні Національної ради охорони здоров'я і соціального забезпечення і реєстрів якості.”

**Проф. Бо Норрвінг, професор неврології
Лундського університету, Швеція**

Систематична оцінка досвіду осіб, які пережили інсульт, також може бути стимулом для кращого надання допомоги, орієнтованої на пацієнта. Сьогодні існує цілий ряд показників результатів лікування, що повідомляються пацієнтами, які слід використовувати. Тому ціллю є:

Збір повідомлених пацієнтами результатів лікування і віддалених результатів (наприклад, через шість місяців і один рік), що охоплюють як лікарняну, так і позалікарняну допомогу.



ЖИТТЯ ПІСЛЯ ІНСУЛЬТУ

// *Виписавшись з лікарні і приступивши до основної реабілітації, не розраховуйте, що це поверне вам колишнє життя або допоможе вам повністю інтегруватися в суспільство, якщо тільки це не буде доповнено повною і скоординованою підтримкою з боку вашої родини, держави, лікарів та інших експертів по інсульту, і організації з підтримки хворих із інсультом у вашій країні. У особи, яка пережила інсульт, все ще занадто багато проблем, які потребують вирішення, таких як відносини з людьми, робота або безробіття, впевненість у собі, фінансові питання, усунення болю, пересування, афазія, когнітивні порушення та інше, і особи, які пережили інсульт, не можуть впоратися з усіма цими проблемами самі”.*

Діана Вонг Рамос, яка пережила інсульт, союз осіб, що пережили інсульт Portugal AVC

Дослідження з інсульту, показники якості, настанови та плани дій в значній мірі сфокусовані на медичному лікуванні інсульту. Але тепер визнано, що вкрай необхідно приділяти увагу життю після інсульту. Хоча було проведено дуже мало досліджень життя після інсульту, що охоплюють подальшу тривалість життя, ясно, що для осіб, які пережили інсульт, та їхніх сімей це один з найбільш важливих аспектів підтримки та надання допомоги після інсульту. Зрештою, люди живуть протягом багатьох років з його наслідками - включаючи труднощі спілкування, психологічні та інші проблеми зі здоров'ям; фінансові труднощі і складності людських відносин; а також бар'єри, з якими вони стикаються як особи з функціональною неспроможністю.

Близько третини осіб, які пережили інсульт, мають функціональну неспроможність, постінсультне погіршення когнітивних функцій і порушення психічного здоров'я. Опитування показують, що особливо не задоволені потреби щодо спілкування, соціальних відносин, самотності, нетримання (сфінктерних порушень), стомлюваності і фінансових проблем, а також відсутності соціальної інтеграції. Після закінчення реабілітації існує гостра необхідність в планах персоналізованої допомоги і в скоординованій підтримці.

Необхідно терміново розробити і використовувати показники результатів лікування, що повідомляються пацієнтами, для вирішення проблеми нестачі даних і отримання доказів для кращого надання допомоги.

Сьогодні існує мало даних про всебічну та скоординовану підтримку. Не існує плану організації допомоги для тих, хто пережив інсульт, і, найголовніше, немає моделі того, як повинна виглядати найкраща допомога після виписки зі спеціалізованого закладу. Необхідно приділити увагу великому та зростаючому числу тих, хто пережив інсульт і має довгострокові потреби; нам необхідно розробити мінімальні стандарти надання допомоги та показники для їх оцінки.



ЖИТТЯ ПІСЛЯ ІНСУЛЬТУ - ЦІЛІ НА 2030 Р.

Проблеми, з якими стикаються у віддаленому періоді особи, які пережили інсульт, історично зазвичай ігнорувались. Всі європейські країни повинні більш відповідально підходити до проблеми життя після інсульту, щоб уряд приділяв цьому питанню особливу увагу, і плани допомоги при інсульті включали довгострокову підтримку, і були встановлені мінімальні стандарти. Європейські країни мають здійснити:

- 1** Призначення окремих осіб або груп урядового рівня, відповідальних за активне відстоювання питань життя після інсульту, і забезпечення того, щоб національні плани боротьби з інсультом враховували незадоволені довгострокові потреби осіб, які пережили інсульт, та їхніх сімей. Встановлення мінімальних стандартів відносно того, що повинен отримувати кожен, хто пережив інсульт, незалежно від того, де він живе.

Необхідно враховувати голос тих, хто вижив після інсульту, як окремих осіб, так і, в першу чергу, той, який доносять їх організації з підтримки, для поліпшення життя після надання допомоги при інсульті. Таким чином, ціллю для країн Європи є:

- 2** Формалізація участі осіб, які вижили після інсульту, і тих, хто здійснює догляд, а також їх асоціацій, у визначенні проблем і рішень, що дозволяють розробляти найкращі практики лікування пацієнтів і їх підтримки.

Плани допомоги при інсульті не повинні закінчуватися у той момент, коли припиняються медичні втручання. Вони повинні вказувати, як будуть задовольнятися потреби під час довгострокової підтримки. Ціллю є:

- 3** Організація підтримки з використанням національних планів допомоги при інсульті, яка буде надаватися особам, які пережили інсульт, незалежно від їх місця проживання і соціально-економічного становища.

Організації з підтримки хворих із інсультом надають величезну підтримку окремим особам, які пережили інсульт, і їхнім сім'ям. Заохочення росту цих організацій може мати величезне значення для всієї групи осіб, які перенесли інсульт. Ціллю є:

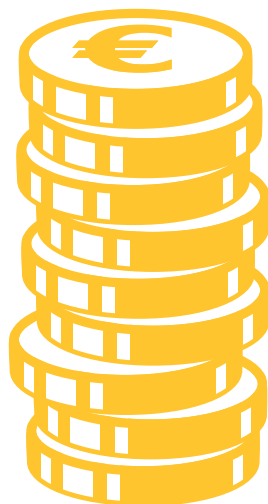
- 4** Підтримка в питаннях самопомоги і підтримка «товаришами по нещастю» осіб, які пережили інсульт, та їхніх сімей, шляхом відстоювання інтересів організацій з підтримки хворих із інсультом.

І там, де організації з підтримки хворих з інсультом або інші прагнуть надавати допомогу при особистому контакті, самопомогу можна поліпшити за допомогою нових технологій. Ми хочемо, щоб в країнах:

- 5** Підтримували впровадження цифрових інформаційних систем із самопомоги при інсульті та допоміжних систем.



©The Stroke Association UK



НА
34%
БІЛЬШЕ ІНСУЛЬТІВ

€45 МЛРД.
ЗАГАЛЬНІ ВИТРАТИ У
ЗВ'ЯЗКУ З ІНСУЛЬТОМ

ВИСНОВОК

Очікується, що до 2035 року число випадків смерті від інсульту збільшиться на 45%, а число осіб, які пережили інсульт і живуть з тривалими наслідками інсульту, збільшиться приблизно на чверть. Прогнозується, що в період з 2015 р. по 2035 р. загальна кількість випадків інсульту в Європейському Союзі збільшиться на 34% - з 613 148 в 2015 р. до 819 771 в 2035 р.

Доброю новиною є те, що інсульт є захворюванням, яке часто можна уникнути, або ж вилікувати та подолати.

З часу свого заснування в 2004 році, SAFE проводить кампанії, займається просвітою і сприяє проведенню наукових досліджень в області інсульту. Наша мета - досягти прогресу в профілактиці інсульту та поліпшити якість життя осіб, які пережили інсульт, їх сімей та тих, хто здійснює догляд. Роблячи це, як на європейському рівні, так і надаючи підтримку в цій роботі членам організації в різних країнах, ми показали, що для успішної боротьби з інсультом необхідне розширення співпраці між усіма відповідними зацікавленими сторонами.

SAFE прагне розвивати партнерські відносини з іншими організаціями в різних країнах Європи і співпрацювати з особами, які приймають рішення в галузі політики охорони здоров'я на рівні ЄС та на національному рівні. В кінцевому рахунку, саме політики та інші ключові особи, які приймають рішення, можуть забезпечити подолання кризи в області інсульту.

У зв'язку з тим, що насувається катастрофа прогнозованого зростання числа інсультів в Європі на 34%, SAFE і ESO вважають, що не можна послаблювати зусилля, що докладаються. Зараз, більш ніж коли-небудь, ми всі повинні працювати разом над тим, щоб досягти поліпшень, необхідних на кожному етапі надання допомоги при інсульті, і подолати значні відмінності і нерівність в країнах, про які йдеться в звіті «Тягар інсульту в Європі» за 2017 рік.

Про організацію SAFE

Європейський альянс боротьби з інсультом (SAFE) — некомерційна організація, створена у 2004 р. Вона — голос пацієнтів із інсультом у Європі, що представляє інтереси широкого спектра груп пацієнтів з більш ніж 30 європейських країн.

Мета SAFE — зменшити число інсультів у Європі, виступаючи за кращу профілактику, доступ до адекватного лікування, допомоги та реабілітації після інсульту.

Для отримання додаткової інформації про SAFE, будь ласка, відвідайте:

www.safestroke.eu

SAFE ASBL 0661.651.450

Підготовка цього звіту стала можливою завдяки освітнім грантам наступних організацій:



Bristol-Myers Squibb



Boehringer
Ingelheim

 **IPSEN**
Innovation for patient care