

ПЛАН ДЕЙСТВИЙ ПО БОРЬБЕ С ИНСУЛЬТОМ В ЕВРОПЕ НА 2018–2030 ГГ.

ПЛАН ДЕЙСТВИЙ ПО БОРЬБЕ С ИНСУЛЬТОМ В ЕВРОПЕ

на 2018-2030 гг.

Stroke Alliance for Europe

Rue Washington 40
1050, Brussels, Belgium

SAFE зарегистрирована как
некоммерческая организация
(Association sans but lucratif)
номер ASBL 0661.651.450

Email: mail@safestroke.com

Содержание

ПРЕДИСЛОВИЕ	2
ВВЕДЕНИЕ	3
СТРАТЕГИЧЕСКИЕ ЦЕЛИ НА 2030 г.	4
ПЕРВИЧНАЯ ПРОФИЛАКТИКА	6
ПЕРВИЧНАЯ ПРОФИЛАКТИКА - ЦЕЛИ НА 2030 г.....	7
ОРГАНИЗАЦИЯ ПОМОЩИ ПРИ ИНСУЛЬТЕ	8
ОРГАНИЗАЦИЯ ПОМОЩИ ПРИ ИНСУЛЬТЕ - ЦЕЛИ НА 2030 г.....	9
ЛЕЧЕНИЕ ПРИ ОСТРОМ ИНСУЛЬТЕ	10
ОСТРЫЙ ИНСУЛЬТ - ЦЕЛИ НА 2030 г.....	11
ВТОРИЧНАЯ ПРОФИЛАКТИКА	12
ВТОРИЧНАЯ ПРОФИЛАКТИКА - ЦЕЛИ НА 2030 г.....	13
РЕАБИЛИТАЦИЯ	14
РЕАБИЛИТАЦИЯ - ЦЕЛИ НА 2030 г.....	15
ОЦЕНКА РЕЗУЛЬТАТОВ ЛЕЧЕНИЯ И УЛУШЕНИЕ КАЧЕСТВА	16
ОЦЕНКА И УЛУЧШЕНИЕ КАЧЕСТВА - ЦЕЛИ НА 2030 г.....	17
ЖИЗНЬ ПОСЛЕ ИНСУЛЬТА	18
ЖИЗНЬ ПОСЛЕ ИНСУЛЬТА - ЦЕЛИ НА 2030Г.....	19
ЗАКЛЮЧЕНИЕ	20

ПРЕДИСЛОВИЕ

В этом году около 610 000 человек в Европейском Союзе перенесут инсульт, и, хотя цифры по странам разнятся, не менее, чем у 170 000 человек в европейских странах, не входящих в ЕС, возникнет инсульт. Это больше, чем один случай инсульта в минуту. Инсульт может иметь губительные последствия: приводить к смерти или пожизненной инвалидности, разрушать жизнь больных и их близких. Те, кто выживут после инсульта, присоединятся к миллионам лиц, переживших инсульт, по всей Европе,



которые живут, испытывая его негативные последствия для здоровья, социального и финансового благополучия.

В 2017 году Европейский альянс по борьбе с инсультом (SAFE) совместно с Европейской организацией инсульта (ESO) приступил к всестороннему обзору проблемы инсульта и оказания помощи при инсульте в Европе. Отчет «Бремя инсульта в Европе» (Burden of Stroke in Europe) выявил шокирующие различия между странами и внутри стран на каждом этапе выполнения плана организации помощи при инсульте, при этом постинсультная поддержка игнорировалась во всех странах.

Отчет показал, что в период с 2015 по 2035 год число инсультов, как ожидается, возрастет на 34% из-за старения населения, а во всей Европе число людей, переживших инсульт, должно увеличиться на один миллион, достигнув 4 631 050 человек. Общие расходы в связи с инсультом, в сфере здравоохранения и не связанные со здравоохранением в ЕС, в 2015 году составили примерно 45 млрд. евро, и они будут расти.



Вот почему в мае 2017 года, после многих лет сотрудничества, SAFE и ESO официально договорились о совместной работе по борьбе с инсультом.

Этот План действий по борьбе с инсультом в Европе является совместным проектом, результатом сотрудничества.

Он придерживается положений и основывается на двух предыдущих «Хельсингборгских декларациях», которые предоставили жизненно важную платформу для улучшения помощи при инсульте во всей Европе. ESO и SAFE гордятся тем, что координатором Плана действий по борьбе с инсультом в Европе является профессор Бо Норрвинг (Bo Norrving), который принимал участие в составлении предыдущих Хельсингборгских деклараций.

План действий по борьбе с инсультом для Европы создали 70 экспертов, работающих в группах, оценивающих все аспекты организации помощи при инсульте. Их задача состояла в том, чтобы выполнить обзор имеющихся данных о наилучшей практике и, учитывая текущее состояние помощи при инсульте, наметить ключевые цели, которые все страны и системы здравоохранения должны стремиться достигнуть к 2030 году.

План действий по борьбе с инсультом, который особенно важен для лиц, переживших инсульт, и тех, кто осуществляет за ними уход, предназначен для решения проблем, с которыми люди сталкиваются лишь после перенесенного инсульта.

План является как амбициозной базовой программой, так и призывом к действию. SAFE призывает всех лиц, принимающих решения, использовать его для изменения политики здравоохранения, определения приоритетов научных исследований, улучшения лечения пациентов с инсультом на местном уровне и оказания помощи, ориентированной на пациента, а также для решения проблемы неудовлетворенных потребностей, обнародованных в отчете «Бремя инсульта в Европе» (Burden of Stroke in Europe).

Бремя инсульта ложится на всех нас, но особенно на миллионы лиц, переживших инсульт, и на их близких, ежедневно живущих с его последствиями. Так давайте же преследовать цели, изложенные в Плане действий по борьбе с инсультом в Европе, для минимизации последствий этого бремени.

Джон Баррик, президент SAFE,

Барт ван-дер-Ворп, президент ESO

Валерия Касо, экс-президент ESO (2016-2018)



ВВЕДЕНИЕ

Инсульт остается одной из ведущих причин смерти и функциональной несостоятельности (инвалидности) в Европе, и прогнозы показывают, что при использовании подхода «дела идут своим чередом» бремя инсульта не уменьшится, ни в следующем десятилетии, ни после него. Важным фактором, который этому способствует, является то, что в Европе к 2030 году число людей в возрасте 60 лет и старше увеличится, как ожидается, на 23%.

К счастью, есть убедительные доказательства того, что инсульт относится к болезням, которые чрезвычайно податливы в отношении предотвращения, лечения и контролирования, и существует потенциал для резкого уменьшения бремени инсульта, в том числе для существенного уменьшения его долгосрочных последствий. Это требует совместных действий министерств здравоохранения и социального обеспечения, других правительственных органов, научных организаций и организаций по поддержке больных с инсультом, а также медицинских работников, клинических и доклинических исследователей и промышленности.

На двух предыдущих общеевропейских совещаниях по достижению консенсуса были рассмотрены научные данные и текущее состояние служб оказания помощи, а также определены цели для развития помощи при инсульте на предстоящее десятилетие. Результатом этого стали Хельсингборгские декларации 1995 и 2006 годов.

План действий по борьбе с инсультом в Европе соответствует формату предыдущих Хельсингборгских деклараций (разработка которых возглавлялась руководящим комитетом экспертов). Важно отметить, что на каждом этапе разработки этой версии также участвовали организации по поддержке перенесших инсульт пациентов и представители от перенесших инсульт пациентов. Такой процесс позволил рассмотреть то, что возможно с научной точки зрения; текущее состояние оказания помощи при инсульте; приоритеты и цели исследований и разработок, кроме того, были добавлены новые разделы: “Первичная профилактика” и “Жизнь после инсульта”, а также “Приоритеты для исследований и разработок” для трансляционных исследований по инсульту. Подробные научные сведения можно найти в соответствующей статье, опубликованной в *European Stroke Journal*.

План действий по борьбе с инсультом в Европе на 2018–2030 гг. согласуется с, и дополняет такие документы, как Глобальный план действий ВОЗ по борьбе с неинфекционными заболеваниями (НИЗ) на 2013–2020 гг., План действий Европейского региона ВОЗ для борьбы с НИЗ и Цели устойчивого развития ООН на 2015–2030 гг., предоставляя ясную «дорожную карту», которая обладает потенциалом для кардинальных изменений в Европе в области одной из основных сегодняшних и завтрашних проблем общественного здравоохранения - инсульта.

СТРАТЕГИЧЕСКИЕ ЦЕЛИ НА 2030 г.

План действий по борьбе с инсультом в Европе содержит цели для каждой из сфер деятельности, рассмотренных в плане, - первичной профилактики, организации помощи

при инсульте, лечения при остром инсульте, вторичной профилактики, реабилитации, оценки результатов лечения и жизни после инсульта.

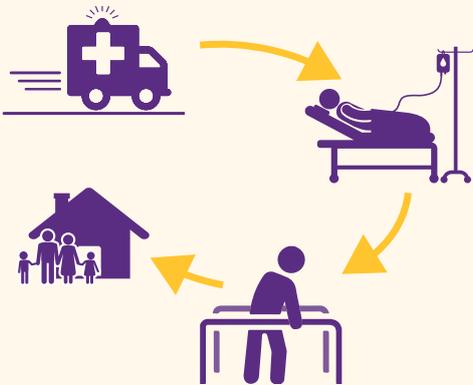


Снизить на 10% абсолютное число случаев инсульта в Европе.

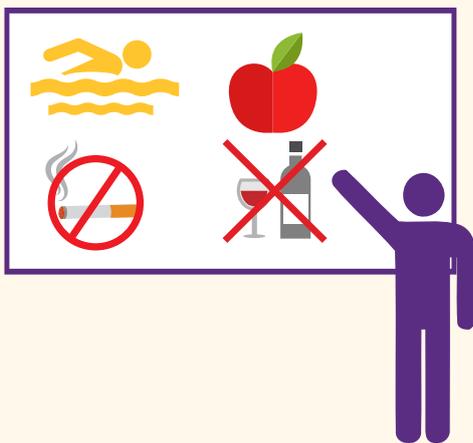
90%
ИЛИ БОЛЕЕ



Лечить $\geq 90\%$ всех пациентов с инсультом в Европе в специализированных инсультных блоках, в качестве первого уровня оказания помощи.



Иметь национальные планы борьбы с инсультом, охватывающие всю цепочку оказания помощи, от первичной профилактики до жизни после инсульта.



Полностью внедрить национальные стратегии мультисекторальных вмешательств в сфере здравоохранения с целью пропаганды и содействия здоровому образу жизни, а также для уменьшения тех факторов окружающей среды (в том числе загрязнения воздуха), социально-экономических и образовательных факторов, которые повышают риск инсульта.

ПЕРВИЧНАЯ ПРОФИЛАКТИКА

“ До того, как у меня случился инсульт, я никогда не слышала что-либо об инсульте. Когда я стала поправляться в больнице, врачи сказали: «У тебя был инсульт». «Что? Инсульт?» - я ничего не знала. Хотя я была юристом, ну и все такое.”

Элизабет Ортинес, фонд переживших инсульт Fundacio Ictus, Каталония, Испания

Цель Хельсингборгской декларации 2006 года заключалась в том, чтобы все страны стремились уменьшить основные факторы риска инсульта среди населения своих стран, важнее всего - артериальной гипертензии и табакокурения.

Инсульт является в значительной степени предотвратимым состоянием. У него общие факторы риска с другими сердечно-сосудистыми заболеваниями (ССЗ), а также со многими другими неинфекционными, или незаразными, заболеваниями (НИЗ). Уменьшение факторов риска инсульта требует вмешательств на уровне отдельных лиц и общества - решения вопросов образа жизни и медицинских проблем. Таким образом, например, отказ от курения является вмешательством на уровне индивидуума, в то время как борьба с загрязнением воздуха является вмешательством на уровне общества. Политика и действия на уровне общества могут влиять на способность человека справляться с модифицируемыми факторами риска.

Хотя самостоятельные меры по снижению факторов риска следует поощрять, в долгосрочной перспективе человеку очень трудно поддерживать состояние с более низким риском инсульта, если отсутствуют другие формы поддержки на уровне общества. Имеются убедительные доказательства того, что необходимо осуществлять вмешательства на уровне общественного здравоохранения, нацеленные на высоко распространенные факторы риска, в том числе вмешательства, препятствующие табакокурению и поощряющие здоровый образ жизни. Они могут включать законодательные изменения, кампании в

средствах массовой информации, маркировку продуктов питания, а также образовательные и профилактические меры в школах, на рабочих местах и в общине.

Такие инициативы, как сооружение велосипедных дорожек, ориентирование людей при использовании лестниц, продажа здоровой пищи в общественных местах, запреты на табакокурение, уменьшение количества поваренной соли и сахара в обработанных продуктах питания и безалкогольных напитках, санитарное просвещение и кампании в области общественного здравоохранения для повышения осведомленности о модифицируемых факторах риска инсульта, являются разумными вмешательствами в области общественного здравоохранения, и их следует проводить.

Крайне важно охватить инициативами по первичной профилактике все население, а не только лиц, которые уже находятся в группе высокого риска. Вот почему важны согласованные усилия по повышению осведомленности о повышенном артериальном давлении (артериальной гипертензии), а затем по проведению скрининга и лечения. Требуется дополнительные усилия для охвата и работы с людьми, имеющими более низкое социально-экономическое положение, среди которых факторы риска инсульта являются более распространенными.

Медицинские вмешательства и обеспечение соблюдения схемы медикаментозного лечения жизненно важны, но необходимо также работать с вмешательствами на уровне общества и индивидуума.

“ Существует такой парадокс, что несмотря на то, что мы знаем, какие модифицируемые факторы риска ответственны за 90% случаев инсульта, трудно уменьшить ужасающее число новых случаев инсульта ежегодно... Нам нужна сильная система профилактических мер, в которой обычные люди, медики и законодатели работают вместе очень упорно и очень долго для достижения какого-либо прогресса.”

Елена Мисита, менеджер по информационно-просветительской деятельности SAFE

Лица, ответственные за принятие решений, должны осуществлять и укреплять национальные стратегии по первичной профилактике и контролю факторов риска. Мультисекторальные вмешательства в области общественного здравоохранения должны пропагандировать и содействовать здоровому образу жизни, и

обеспечивать всеобщий доступ к программам первичного скрининга и лечения. Основные различия между европейскими странами в отношении распространенности и контроля факторов риска должны быть устранены путем разработки общеевропейских руководств по скринингу факторов риска и лечению.

ПЕРВИЧНАЯ ПРОФИЛАКТИКА - ЦЕЛИ НА 2030 Г.

Нам необходимо увидеть постепенные изменения по всей Европе, чтобы каждый мог получить персональную оценку риска инсульта и любое лечение, которое может понадобиться. Следовательно, целью является:

1 Обеспечить всеобщий доступ к первичному профилактическому лечению на основе улучшенного и более персонализированного прогнозирования риска.

Необходимы новые законы и национальные стратегии для уменьшения наиболее распространенных факторов риска. Это должно включать кампании общественного здравоохранения, а также устранение влияния плохого образования, лишений и окружающей среды на повышение риска инсульта. Следовательно, целью является:

2 Разработка законодательных положений и национальных стратегий для мультисекторальных вмешательств в сфере общественного здравоохранения, направленных на снижение распространенных факторов риска инсульта

(таких, как табакокурение, злоупотребление сахаром, поваренной солью, алкоголем, загрязнение воздуха), путем пропаганды, просвещения и проведения кампаний за здоровый образ жизни, а также уменьшения экологических, социально-экономических и образовательных факторов риска.

Скрининг на факторы риска инсульта и лечение для их устранения должны быть приоритетными. Следовательно, целью является:

3 Сделать доступными основанные на доказательствах программы скрининга и лечения в отношении факторов риска инсульта во всех европейских странах.

Высокое артериальное давление слишком часто не обнаруживается и не лечится. Цель для каждой страны в Европе:

4 Обеспечить обнаружение и контроль высокого артериального давления у 80% людей с артериальной гипертензией.



ОРГАНИЗАЦИЯ ПОМОЩИ ПРИ ИНСУЛЬТЕ

// Существует программа под названием «Ранняя выписка с поддержкой» (РВП), которая реально поднимает людей с больничных коек и ускоряет их возвращение домой. Дома они получают терапию в течение первых 6–8 недель, и во многих странах Европы было доказано, что это улучшает результаты лечения, а также действительно снижает общие затраты на медицинское обслуживание. Поэтому мы потребовали, чтобы наш министр финансов, переживший инсульт (выполнил программу РВП и) ..., он прошел программу ранней выписки с поддержкой, а шесть недель спустя он ездил на велосипеде вокруг Феникс-парка в Дублине - через шесть недель после того, как он был не в состоянии открыть свою входную дверь. И это убедило - тех людей, которые принимают такие решения, - так, как никто другой бы не смог... это убедило их в том, что эта программа действительно означает для жизни реального человека”.

Крис Мейси, Ирландский фонд сердца

Цель Хельсингборгской декларации 2006 года заключалась в том, чтобы все пациенты с инсультом в Европе имели доступ к преемственной и непрерывной системе помощи - от организованных инсультных блоков в острой фазе инсульта до надлежащей реабилитации и мер по вторичной профилактике.

Существуют большие различия в организации помощи при инсульте между странами Европы. Тем не менее, то, как организована помощь при инсульте, имеет основополагающее значение для качества медицинской помощи. Требуется более достоверная и точная информация о структуре и организации помощи при инсульте. Это должно включать реестры для мониторинга ключевых показателей качества помощи и программы для сертификации инсультных блоков. Медицинские общества по борьбе с инсультом и организации по поддержке пациентов с инсультом могут существенно изменить ситуацию, оказывая давление для создания лучше организованных

служб по оказанию помощи при инсульте и обеспечивая практическую разработку и аудит необходимых стандартов качества.

В отношении неотложной помощи и лечения при остром инсульте, надлежащая организация включает:

программы постоянного повышения осведомленности населения с целью способствовать распознаванию симптомов инсульта населением;

обучение помощи при инсульте диспетчеров, парамедиков и всего персонала служб скорой медицинской помощи;

планирование расположения инсультных центров и маршрутов для машин скорой помощи с целью минимизации времени поездки;

использование проверенных инструментов для распознавания симптомов инсульта, таких как тест FAST;

централизованную госпитализацию;

наличие специализированных инсультных команд и сертифицированных / прошедших аудит инсультных блоков;

24-часовой доступ к сканированию мозга;

телемедицину для отдаленных районов;

непрерывные процессы улучшения качества;

планирование таким образом, чтобы ранняя выписка с поддержкой пациента способствовала такому же уровню постинсультной внебольничной помощи, какую бы оказали в больнице.

Сегодня, во многих странах все еще не хватает достоверной и точной информации о структуре и организации помощи при инсульте, а также о внедрении планов организации помощи при инсульте. Во всей Европе менее 10% пациентов с инсультом поступают в больницу в пределах 60 мин после возникновения симптомов; и во многих странах задержка во времени от возникновения симптомов до поступления в больницу за последние годы не уменьшилась.

Лишь в немногих странах создана система сертификации с четко определенными критериями качества или же регулярно

мониторируемая система для сравнительного анализа показателей оказания помощи.

ОРГАНИЗАЦИЯ ПОМОЩИ ПРИ ИНСУЛЬТЕ - ЦЕЛИ НА 2030 Г.

Организации по поддержке больных с инсультом и медицинские общества по борьбе с инсультом имеют жизненно важное значение для разработки и реализации национальных планов борьбы с инсультом, предоставляя экспертную помощь, специальные знания и мнения пациентов. Следовательно, целью является:

1 *Создание в каждой стране медицинского общества и организации по поддержке больных с инсультом, которая тесно сотрудничает с уполномоченным органом в разработке, реализации и аудите национального плана борьбы с инсультом.*

Существует множество доказательств того, что собой представляют планы организации надлежащей помощи при инсульте. Этими планами должны руководствоваться службы оказания помощи при инсульте - от профилактики и лечения в остром периоде до реабилитации и жизни после инсульта. Обязательно также вовлечение общественности, чтобы люди понимали, чего ожидать от служб помощи. Все страны Европы должны обеспечить следующее:

2 *Национальная система помощи при инсульте должна руководствоваться основанными на доказательствах планах организации помощи, которые охватывают всю цепочку помощи. Эти планы должны быть понятны населению и адаптируемы к региональным условиям для обеспечения равного доступа к помощи при инсульте, независимо от характеристик пациента, региона и времени госпитализации.*

Качественная помощь при инсульте зависит от высококвалифицированного персонала, специализирующегося в области инсульта. Нам необходимо обеспечить подбор хорошо

обученного персонала во всех странах Европы, чтобы эффективная работа могла выполняться мультидисциплинарными инсультными командами. Страны должны обеспечить следующее:

3 *Организацию и оказание помощи при инсульте компетентным персоналом и командами, а также создание планов для эффективного набора и обучения персонала в рамках национального плана по борьбе с инсультом.*

Оказание помощи в инсультном блоке имеет решающее значение для снижения летальности и функциональной несостоятельности в результате инсульта. Но оно имеет место только в том случае, если эти инсультные блоки высокого качества. Чтобы определить и оценить, что собой представляет хороший инсультный блок, все европейские страны должны обеспечить следующее:

4 *Все инсультные блоки и другие инсультные службы проходят регулярную сертификацию или эквивалентные процессы аудита для улучшения качества.*



ЛЕЧЕНИЕ ПРИ ОСТРОМ ИНСУЛЬТЕ

// Как человек, у которого возник инсульт, я имею право на получение наилучшей помощи при инсульте:

ускоренную диагностику, чтобы мне могли быстро начать лечение;

проведение лечения специализированной командой на всех этапах моего пути (в больнице и во время реабилитации);

получение помощи, которая хорошо скоординирована;

получение доступа к лечению независимо от финансового положения, пола, культурной среды или места проживания;

получение лечения, которое подходит мне как индивидууму, с учетом моего возраста, пола, культуры, целей и моих меняющихся со временем потребностей”.

Всемирный билль про права людей с инсультом, Всемирная организация инсульта, 2014

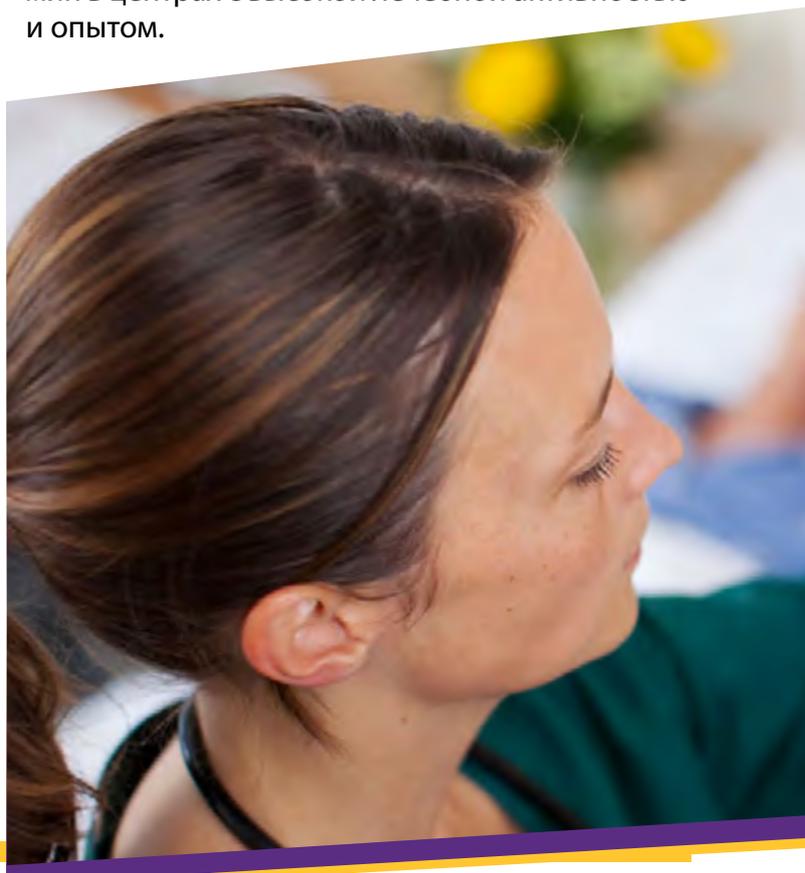
Цели лечения при остром инсульте в Хельсингборгской декларации 2006 года заключались в следующем: более 85% пациентов с инсультом должны выживать в первый месяц после инсульта; более 70% выживших должны быть независимыми в их повседневном функционировании через три месяца после возникновения инсульта; всех пациентов с острым инсультом, которым потенциально показано специальное лечение в остром периоде, должны переводить в больницы, где есть технические возможности и экспертные знания для проведения такого лечения.

// Каждый человек с острым инсультом заслуживает права на равный доступ к оптимизированной и эффективной помощи при инсульте, диагностике и лечению, независимо от места проживания, возраста, пола, культуры, социального и экономического положения”.

Профессор Анита Арсовска,
член совета SAFE

Инсультные блоки, укомплектованные мультидисциплинарной командой специалистов по инсульту, являются единственным наиболее эффективным вмешательством для достижения улучшенных результатов лечения. А некоторые вмешательства, которые, как было показано, улучшают результаты, такие как тромболизис, могут проводиться только там, где есть хорошо организованная помощь при инсульте и высококачественные инсультные блоки для помощи в остром периоде. Это также верно для более новых процедур, таких как тромбэктомия (механическое удаление тромба).

Однако, в разных странах Европы степень доступности инсультных блоков различна, и среднее (медианное) время, в течение которого люди получают лечение, все еще слишком велико - время от начала инсульта до начала лечения (ВИЛ) для тромболизиса составляет 140 мин в Западной Европе и 150 мин - в Восточной Европе. Медиана времени «от двери до иглы» (ВДИ; время, необходимое пациентам с инсультом для получения тромболизиса после поступления в больницу), составляло 70 мин, согласно отчетов в международных европейских реестрах, хотя есть примеры, когда ВДИ составляло только 20 мин в центрах с высокой лечебной активностью и опытом.



ОСТРЫЙ ИНСУЛЬТ - ЦЕЛИ НА 2030 Г.

Мы знаем, что инсультные блоки имеют решающее значение, и, тем не менее, во многих регионах люди не имеют к ним доступа. Поэтому все страны должны стремиться достичь:

1 *Лечения $\geq 90\%$ всех пациентов с инсультом в Европе в инсультных блоках, в качестве первого уровня оказания помощи.*

Восстановление кровотока в головном мозге может принести огромную пользу многим пациентам, уменьшая длительную функциональную несостоятельность и ускоряя выздоровление. Но все еще нет повсеместной доступности тромболитика и тромбэктомии в Европе. Поэтому целью для всех стран является:

2 *Гарантирование доступа к реканализационной терапии для 95% пациентов, которым она показана, по всей Европе.*

Чем быстрее больной получит лечение методами реканализационной терапии, тем лучше будет результат. Поэтому сокращение времени, необходимого для получения больным лечения после поступления в больницу, является жизненно важным. Целью является:

3 *Сокращение медианного времени «от начала инсульта до иглы» до менее 120 мин для внутривенного тромболитика, а времени «от начала инсульта до реперфузии» до менее 200 мин для эндоваскулярного лечения.*

Эти первые две цели важны для того, чтобы могла увеличиваться доля людей, которых лечили лекарствами для разрушения тромба (ВВТ - внутривенный тромболитик) или которым выполнили механическое удаление тромба (ЭВТ - эндоваскулярную тромбэктомию). Страны должны стремиться:

4 *Достичь во всех европейских странах показателей внутривенного тромболитика (ВВТ) выше 15% и эндоваскулярной тромбэктомии (ЭВТ) выше 5%.*

Суть в том, чтобы снизить смертность и функциональную несостоятельность в результате инсульта. Это включает и инсульты, вызванные иными, нежели тромбирование, причинами – такими, как кровоизлияние в мозг (внутричерепное кровоизлияние) и на поверхности головного мозга (субарахноидальное кровоизлияние). Необходимая цель для стран Европы:

5 *Снижение показателей летальности за первый месяц до менее 25% для внутримозговых кровоизлияний и субарахноидальных кровоизлияний, а также увеличение частоты хороших функциональных исходов до более 50%.*



© Can Stock Photo / racorn

ВТОРИЧНАЯ ПРОФИЛАКТИКА

В Хельсингборгской декларации 2006 года цели на 2015 год заключались в том, чтобы снизить смертность от инсульта минимум на 20%, и чтобы у всех пациентов с ТИА (транзиторной ишемической атакой) или инсультом осуществлялись соответствующие меры по вторичной профилактике.



Меры по вторичной профилактике могут снизить на 80% число тех выживших после инсульта, у кого возникает повторный инсульт. Это означает распознавание и лечение ТИА (миниинсультов) и обеспечение того, чтобы были предприняты меры для надлежащей оценки риска и составления планов лечения для людей с ТИА или тех, кто находился с инсультом в больнице, и чтобы эти меры проводились вне больницы в течение всей жизни.

Каждый случай инсульта имеет свои особенности, и его причины необходимо тщательно рассмотреть для лучшего планирования методов вторичной профилактики, это еще один довод в пользу необходимости общедоступной визуализации мозга.

Выявление факторов риска имеет два основных краеугольных камня:

i Выявление и помощь пациентам в уменьшении факторов риска, связанных с образом жизни, с помощью индивидуального подхода.



«Медицинские» факторы риска, для которых существуют протоколы ведения больных.

Такие факторы риска, как неправильное питание, злоупотребление алкоголем и табакокурение, наркомания, ожирение, высокие артериальное давление и холестерин, фибрилляция

предсердий, сахарный диабет и апноэ во сне, являются модифицируемыми и должны быть приняты во внимание у каждого пациента, поскольку они влияют друг на друга.

Немодифицируемые факторы, такие как возраст, пол, расовая или этническая принадлежность и семейный анамнез, также оказывают влияние на модифицируемые факторы риска. Национальные реестры инсульта должны регистрировать эти факторы и используемые вмешательства по вторичной профилактике.

Пациенты с инсультом или ТИА часто имеют сопутствующие заболевания сердца, почек или заболевание периферических артерий, и это требует обследования и лечения. Депрессия и тревожность могут нарушать образ жизни и соблюдение назначенного лечения, а также являются факторами риска инсульта и деменции.

Существуют большие различия в предоставлении вторичной профилактики в странах Европы, но данные неоднородные и часто устаревшие. Мы точно знаем, что более 60% пациентов с инсультом поступают с высоким артериальным давлением. Хотя 80–90% получают лечение, артериальное давление будет адекватно контролироваться менее чем у 40%. Причины неадекватного контроля артериального давления включают отсутствие мониторинга, недостаточное лечение и низкий процент лиц, соблюдающих назначенное лечение. Подобным образом, хотя процент случаев назначения статинов при выписке из больницы высок, процент лиц, длительно соблюдающих схему лечения, низок. И слишком много пациентов с фибрилляцией предсердий до сих пор не получают пероральные антикоагулянты.



БОЛЕЕ 60% ПАЦИЕНТОВ С ИНСУЛЬТОМ ПОСТУПАЮТ С ВЫСОКИМ АРТЕРИАЛЬНЫМ ДАВЛЕНИЕМ

ВТОРИЧНАЯ ПРОФИЛАКТИКА - ЦЕЛИ НА 2030 Г.

Нет оправданий тому, что лица, уже перенесшие инсульт или ТИА, не получают лечение для вторичной профилактики, консультативную помощь и поддержку. Поэтому жизненно важно, чтобы страны:

1 *Включали вторичную профилактику в национальные планы борьбы с инсультом с последующим наблюдением в системе первичной / внебольничной помощи.*

подавляющее большинство выживших после инсульта нуждаются в консультациях и поддержке специалистов и должны быть уверены, что они могут получить своевременную и надлежащую помощь по вторичной профилактике. Необходимая цель:

2 *Обеспечение того, чтобы не менее 90% всех пациентов с инсультом были приняты специалистом по инсульту и имели доступ к мерам по вторичной профилактике (обследованию и лечению).*

В целях точной оценки риска повторного инсульта у лиц, переживших инсульт, должен быть доступен ряд диагностических средств и тестов. Целью является:

3 *Обеспечить доступ к основным методам исследования: КТ (или МРТ), УЗИ сонных артерий, ЭКГ, суточному мониторингованию ЭКГ, эхокардиографии (трансторакальной и трансэзофагеальной), анализам крови (на липиды, глюкозу, гликированный гемоглобин и др.).*

В целях снижения риска повторного инсульта, все выжившие должны иметь возможность получить соответствующее вмешательство. Цель Плана действий по борьбе с инсультом в Европе для каждой из европейских стран:

4 *Обеспечение доступа к основным стратегиям профилактики: рекомендациям по образу жизни, антигипертензивным средствам, гиполипидемическим средствам, антиагрегантам, антикоагулянтам, пероральным гипогликемическим препаратам и инсулинам, каротидной эндартерэктомии и закрытию незарощенного овального отверстия.*



РЕАБИЛИТАЦИЯ

// Данные со всей Европы свидетельствуют о неадекватной реабилитационной помощи, которую часто оказывают в недостаточном объеме и слишком поздно, или же команды не в состоянии предоставить все соответствующие методы лечения, и еще плохие системы оценки, так что текущая реабилитация также предоставляется неэффективно. При надлежащем планировании так не должно быть”.

Моник Линдхаут, ассоциация переживших инсульт Hersenletsel.nl, Нидерланды

В Хельсингборгской декларации 2006 года цель на 2015 год заключалась в том, чтобы в Европе все пациенты с инсультом имели доступ к преемственной и непрерывной системе помощи - от помощи в остром периоде до надлежащей реабилитации в специализированных инсультных блоках.

Помощь при остром инсульте, квалифицированный сестринский уход и реабилитация специалистами - все это ключевые аспекты комплексного инсультного блока, и было показано, что лечение в таких учреждениях снижает смертность и функциональную несостоятельность.

Реабилитация включает эрготерапию, физическую реабилитацию и лечение нарушений речи и языка, при участии психологов и социальных работников по мере необходимости. Она должна включать мультидисциплинарный подход с участием врачей-инсультологов в комплексной инсультной команде, а также упорядоченный план выписки из больницы с документально закрепленной ответственностью за удовлетворение постоянных потребностей в реабилитации вне больницы.

Однако, как показал отчет SAFE «Бремя инсульта» в 2017 году, доступ к реабилитации сильно различается в разных странах Европы.



Надлежащая реабилитационная практика должна включать:

Информацию для пациентов и лиц, осуществляющих уход, - об инсульте, реабилитации и планируемой выписке, и последующем наблюдении, - которая сама по себе улучшает знания, удовлетворенность пациентов и уменьшает депрессию.

Раннюю выписку с поддержкой, в основном для людей с легкими или умеренно выраженными симптомами инсульта, когда помощь оказывает на дому мобильная реабилитационная команда в качестве составной части плана организации помощи при инсульте.

Постоянные и потенциально все более интенсивные вмешательства - например, для пациентов с афазией это может означать высокоинтенсивную тренировку в течение длительного периода.

Тренировку в повседневном функционировании (ПФ), которая может быть полезной при проведении вплоть до одного года после инсульта.

Тренировку для улучшения приспособленности организма и физического состояния лица, выжившего после инсульта, предпочтительно с доступом к зеленым зонам.

Хотя мало доказательств пользы от реабилитационных вмешательств через один год, важно признать, что улучшение может продолжаться в течение длительного времени после инсульта, и что потребности пациента со временем будут меняться. Поэтому для реабилитации никогда не бывает слишком поздно.

Существуют большие различия в доступе к реабилитации между странами Европы и внутри них. Эти различия, вероятно, отражают международные различия в организации помощи при инсульте, в стратегических подходах к инсульту и в доступных ресурсах. Во многих странах все еще отсутствуют комплексные инсультные блоки, а программы замедленной реабилитации, подтвержденные в исследованиях по инсультным блокам, практически отсутствуют. Пациентам со среднетяжелым или тяжелым

инсультом лечение в инсультном блоке приносит еще больше пользы.

Если это невозможно, блок постинсультной реабилитации предоставляет основанную на доказательствах альтернативу продолжению лечения в стационаре.

Существует необходимость в увеличении количества и вместимости комплексных инсультных блоков, чтобы обеспечить всем пациентам равный доступ. Существует также нехватка реабилитационного и сестринского персонала со знаниями и умениями в области инсульта и пониманием особенностей

реабилитации. Реабилитация в комплексном инсультном блоке должна быть доступна в любое время.

Во всех европейских странах ощущается нехватка помощи по ранней выписке с поддержкой пациента, а в некоторых районах ее не предоставляют как составную часть плана организации помощи при инсульте. Сходным образом, программы по тренировке физической приспособленности организма не распространены в Европе, но в настоящее время разрабатываются в Италии и Соединенном Королевстве.

РЕАБИЛИТАЦИЯ - ЦЕЛИ НА 2030 Г.

Получение лечения правильной интенсивности как можно быстрее после инсульта имеет огромное значение для восстановления организма. Поэтому цель для всех стран:

- 1 Гарантировать, что не менее 90% населения имеют доступ к ранней реабилитации в инсультном блоке.**

Приблизительно для пятой части лиц с инсультом, получение реабилитационной поддержки на дому с той же интенсивностью, что и в больнице, означает, что они могут быть выписаны раньше. Следовательно, целью является:

- 2 Предоставление во всех странах ранней выписки с поддержкой как минимум 20% лиц, переживших инсульт.**

Наряду с проведением специальной терапии при инсульте, важна поддержка образа жизни. Целью является:

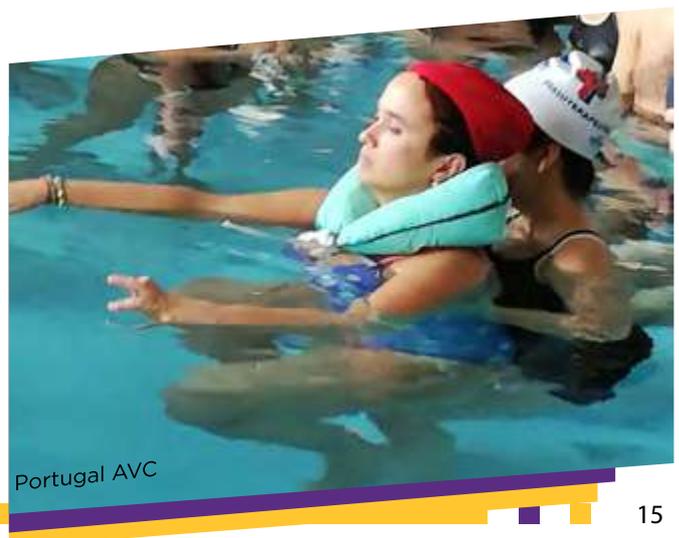
- 3 Предоставление программ по тренировке физической приспособленности всем лицам, пережившим инсульт, по месту жительства.**

Лица, пережившие инсульт, часто говорят, что чувствуют себя покинутыми, когда покидают больницу. Оказание внебольничной помощи должно планироваться и документироваться. После выписки пациенты (а также медицинские и социальные работники по месту жительства) должны знать, какая поддержка им необходима. Поэтому эта цель должна быть обычной практикой:

- 4 Предоставление документированного плана внебольничной реабилитации и поддержки в самопомощи всем пациентам с инсультом и наличием остаточных затруднений функционирования при выписке из больницы.**

Восстановление после инсульта может быть очень долгим процессом - многие лица, пережившие инсульт, описывают улучшения своей мобильности или общения через месяцы или даже годы. Однако слишком часто у них нет возможности проверить процесс восстановления, возобновить реабилитацию и пересмотреть вторичную профилактику. Вот почему жизненно важно, чтобы страны стремились:

- 5 Гарантировать, чтобы для всех пациентов с инсультом и лиц, осуществляющих уход, пересматривали необходимость в реабилитации и другие потребности через 3–6 мес после инсульта и затем ежегодно.**



ОЦЕНКА РЕЗУЛЬТАТОВ ЛЕЧЕНИЯ И УЛУШЕНИЕ КАЧЕСТВА

/// Норвежский институт здравоохранения опубликовал в 2018 году показатели снижения летальности при инсульте в Норвегии, согласно которым число случаев смерти в больнице в результате инсульта снизилось приблизительно на 30%. В отношении общественного здравоохранения это означает важность реестров в системе здравоохранения, таких как реестр инсульта. Возможность сравнивать цифры по всей Европе должна быть действительно большим преимуществом для тех, кто ежедневно работает в области инсульта. А тем, кто пострадал от инсульта, это показывает, что, если вы лечитесь в больнице с инсультным блоком, - ваши шансы на выживание выше. Но, как я много раз говорила, спасенная жизнь также должна быть прожита”.

Грете Лунде, пережившая инсульт, член совета SAFE

2006 г. - цель оценки результатов лечения при инсульте и оценки качества заключается в том, чтобы все страны ставили своей задачей создание системы для регулярного сбора данных, необходимых для оценки качества лечения при инсульте, включая вопросы безопасности лечения пациентов.

Систематическое улучшение качества помощи при инсульте может быть достигнуто только при следовании наставлениям по лечению при инсульте, а данные собирают регулярно, чтобы возможен был аудит оказываемой помощи. Необходимо собирать данные о структуре служб оказания помощи при инсульте (учреждений, персонале и др.); процессах оказания помощи (времени “от двери до иглы”, интенсивности реабилитации, времени до поступления в инсультный блок и др.) и результатах лечения (летальности, физической, когнитивной и психологической функциональной несостоятельности, частоте осложнений, таких как пневмония и др.).

При необходимости добиться улучшения качества помощи при инсульте очень важны четкие стандарты и оценка качества. Эта информация помогает отдельным клиницистам отслеживать и изменять свою практику, а также позволяет больнице и внебольничным службам помощи при инсульте понимать и улучшать показатели своей работы. Тем, кто финансирует учреждения здравоохранения, необходимо быть уверенными в том, что деньги расходуются должным образом, а специалистам по планированию здравоохранения на национальном и международном уровнях необходимо использовать стандарты и данные аудита для того, чтобы способствовать улучшению помощи.

Организация помощи при инсульте в разных странах Европы значительно различается, что влияет на то, как определяют план организации помощи при инсульте. Вот почему важно, чтобы руководства по лечению при инсульте были адаптированы к местным условиям на основе местных данных.



© Can Stock Photo / dolgachov

ОЦЕНКА И УЛУЧШЕНИЕ КАЧЕСТВА - ЦЕЛИ НА 2030 Г.

Если бы во всей Европе мы имели общий набор стандартов качества, измеряемых одинаковыми способами, базирующихся на сопоставимых руководствах, то значительно бы улучшились возможности национальных служб здравоохранения и специалистов по инсульту сравнивать и улучшать свою практику. Поэтому нам необходимо:

Определение Общеввропейской системы критериев качества помощи при инсульте, которое включает:

разработку или обновление общеввропейских руководств по организации оказания помощи при остром инсульте, более длительной реабилитации и профилактики;

определение общего набора данных, охватывающего основные показатели качества помощи при инсульте, чтобы сделать возможным проведение точных международных сравнений оказания помощи, как в больнице, так и вне больницы (включая показатели структуры, процессов, результатов лечения и опыт пациентов).

В Европе есть много примеров того, как наличие лица, ответственного за улучшение оказания помощи при определенных заболеваниях, приносит положительные результаты. Таким образом, во всех странах Европы следует назначать поименованное лицо, ответственное за улучшение качества помощи при инсульте в каждой стране или регионе.



Установление стандартов и сопоставление показателей помощи при инсульте с этими стандартами имеет жизненно важное значение. А обеспечение возможности использования этой информации специалистами по инсульту и общественностью может способствовать лучшему оказанию помощи.

Цель должна состоять в том, чтобы создать на национальном и региональном уровне системы для оценки и аккредитации клинических служб помощи при инсульте, обеспечивающие взаимную поддержку специалистов для улучшения качества и постоянный доступ к данным аудита для населения.

“ Включение опыта пациентов и лиц, осуществляющих уход, неизменно важно и помогает сделать Европейский план действий по борьбе с инсультом заслуживающим доверия. Сегодня во многих странах организации по поддержке больных с инсультом включены в работу по разработке руководств, и, говоря от лица моей страны, я с радостью сообщаю, что в настоящее время это является обычным делом и предписано на уровне Национального совета здравоохранения и социального обеспечения и реестров качества.”

Проф. Бо Норрвинг, профессор неврологии Лундского университета, Швеция

Систематическая оценка опыта лиц, переживших инсульт, также может быть стимулом для лучшего оказания помощи, ориентированной на пациента. Сегодня существует целый ряд показателей результатов лечения, сообщаемых пациентами, которые следует использовать. Поэтому целью является:

Сбор сообщенных пациентами результатов лечения и отдаленных результатов (например, через шесть месяцев и один год), охватывающих как больничную, так и внебольничную помощь.



ЖИЗНЬ ПОСЛЕ ИНСУЛЬТА

// Выписавшись из больницы и приступив к основной реабилитации не рассчитывайте, что это вернет вам прежнюю жизнь или поможет вам полностью интегрироваться в общество, если только это не будет дополнено полной и скоординированной поддержкой со стороны вашей семьи, государства, врачей и других экспертов по инсульту, и организации по поддержке больных с инсультом в вашей стране. У пережившего инсульт все еще слишком много проблем, которые требуют решения, таких как отношения с людьми, работа или безработица, уверенность в себе, финансовые вопросы, устранение боли, передвижение, афазия, когнитивные нарушения и прочее, и пережившие инсульт не могут справиться со всеми этими проблемами сами”.

Диана Вонг Рамос, пережившая инсульт, союз переживших инсульт Portugal AVC

Исследования по инсульту, показатели качества, руководства и планы действий в значительной степени сфокусированы на медицинском лечении инсульта. Но теперь признано, что крайне необходимо уделять внимание жизни после инсульта. Хотя было проведено очень мало исследований жизни после инсульта, охватывающих последующую продолжительность жизни, ясно, что для лиц, переживших инсульт, и их семей это один из наиболее важных аспектов поддержки и оказания помощи после инсульта. В конце концов, люди живут в течение многих лет с его последствиями - включая трудности общения, психологические и другие проблемы со здоровьем; финансовые трудности и сложности в отношениях; а также барьеры, с которыми они сталкиваются как лица с функциональной несостоятельностью.

Около трети лиц, переживших инсульт, имеют функциональную несостоятельность, постинсультное ухудшение когнитивных функций и нарушения психического здоровья. Опросы показывают, что особенно не удовлетворены потребности в отношении общения, социальных

отношений, одиночества, недержания (сфинктерных нарушений), утомляемости и финансовых проблем, а также отсутствия социальной интеграции. По окончании реабилитации существует острая необходимость в планах персонализированной помощи и в скоординированной поддержке.

Срочно необходимо разработать и использовать показатели результатов лечения, сообщаемые пациентами, для решения проблемы нехватки данных и предоставления доказательств для лучшего оказания помощи.

Сегодня имеется мало данных о всесторонней и скоординированной поддержке. Не существует плана организации помощи для тех, кто пережил инсульт, и, самое главное, нет модели того, как должна выглядеть наилучшая помощь после выписки из специализированного учреждения. Необходимо уделить внимание большому и растущему числу тех, кто пережили инсульт и имеют долгосрочные потребности; нам необходимо разработать минимальные стандарты оказания помощи и показатели для их оценки.



ЖИЗНЬ ПОСЛЕ ИНСУЛЬТА - ЦЕЛИ НА 2030 Г.

Проблемы, с которыми сталкиваются в отдаленном периоде лица, пережившие инсульт, исторически обычно игнорировались. Все европейские страны должны более ответственно подходить к проблеме жизни после инсульта, чтобы правительство уделяло этому вопросу особое внимание, и планы помощи при инсульте включали долгосрочную поддержку, и были установлены минимальные стандарты. Европейские страны должны осуществить:

1 Назначение отдельных лиц или групп правительственного уровня, ответственных за активное отстаивание вопросов жизни после инсульта, и обеспечение того, чтобы национальные планы борьбы с инсультом учитывали долгосрочные неудовлетворенные потребности лиц, переживших инсульт, и их семей. Установление минимальных стандартов в отношении того, что должен получать каждый, кто пережил инсульт, независимо от того, где он живет.

Необходимо учитывать голос выживших после инсульта, как отдельных лиц, так и, в первую очередь, донесенный их организациями по поддержке, для улучшения жизни после оказания помощи при инсульте. Таким образом, целью для стран Европы является:

2 Формализация участия выживших после инсульта и лиц, осуществляющих уход, а также их ассоциаций, в определении проблем и решений, позволяющих разрабатывать лучшие практики лечения пациентов и их поддержки.

Планы помощи при инсульте не должны заканчиваться на моменте, когда прекращаются медицинские вмешательства. Они должны указывать, как будут удовлетворяться потребности при долгосрочной поддержке. Целью является:

3 Организация поддержки с использованием национальных планов помощи при инсульте, которая будет предоставляться лицам, пережившим инсульт, независимо от их места проживания и социально-экономического положения.

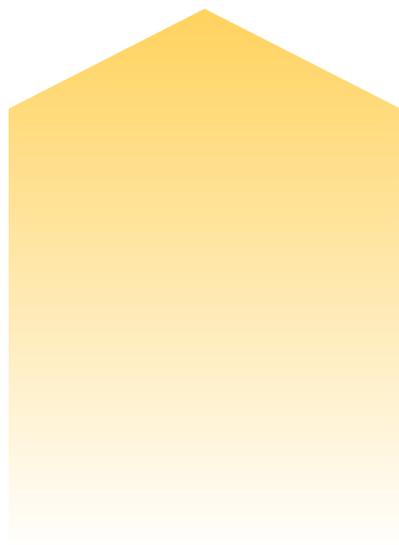
Организации по поддержке больных с инсультом оказывают огромную поддержку отдельным лицам, пережившим инсульт, и их семьям. Поощрение роста этих организаций может иметь огромное значение для всей группы лиц, перенесших инсульт. Целью является:

4 Поддержка в вопросах самопомощи и поддержка «товарищами по несчастью» лиц, переживших инсульт, и их семей, путем отстаивания интересов организаций по поддержке больных с инсультом.

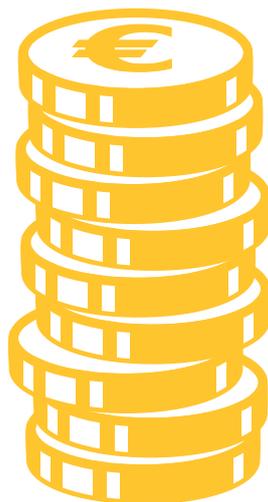
И там, где организации по поддержке больных с инсультом или другие стремятся предоставлять помощь при личном контакте, самопомощь можно улучшить с помощью новых технологий. Мы хотим, чтобы в странах:

5 Поддерживали внедрение цифровых информационных систем по самопомощи при инсульте и вспомогательных систем.





НА
34%
БОЛЬШЕ
ИНСУЛЬТОВ



€45 МЛРД.
ОБЩИЕ РАСХОДЫ В
СВЯЗИ С ИНСУЛЬТОМ



ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Ожидается, что к 2035 году число смертей от инсульта увеличится на 45%, а число лиц, переживших инсульт и живущих с длительными последствиями инсульта, увеличится примерно на четверть. Прогнозируется, что в период с 2015 по 2035 год общее число инсультов в Европейском Союзе увеличится на 34% - с 613 148 в 2015 г. до 819 771 в 2035 г.

Хорошей новостью является то, что инсульт является заболеванием, которое часто можно предотвратить, излечить и преодолеть.

С момента своего основания в 2004 г., SAFE проводит кампании, занимается просвещением и способствует проведению научных исследований в области инсульта. Наша цель - добиться прогресса в профилактике инсульта и улучшить качество жизни лиц, переживших инсульт, их семей и тех, кто осуществляет уход. Делая это, как на европейском уровне, так и оказывая поддержку в этой работе членам организации в разных странах, мы показали, что для успешной

борьбы с инсультом необходимо расширение сотрудничества между всеми соответствующими заинтересованными сторонами. SAFE стремится развивать партнерские отношения с другими организациями в разных странах Европы и сотрудничать с лицами, принимающими решения в области политики здравоохранения на уровне ЕС и на национальном уровне. В конечном счете, именно политики и другие ключевые лица, принимающие решения, могут обеспечить преодоление кризиса в области инсульта.

В связи с надвигающейся катастрофой прогнозируемого роста числа инсультов в Европе на 34%, SAFE и ESO считают, что нельзя ослаблять прилагаемые усилия. Сейчас, более чем когда-либо, мы все должны работать вместе над тем, чтобы добиться улучшений, необходимых на каждом этапе выполнения плана помощи при инсульте, и преодолеть значительные различия и неравенство в странах, о которых говорится в отчете «Бремя инсульта в Европе» за 2017 г.

Об организации SAFE

Европейский альянс по борьбе с инсультом (SAFE) - некоммерческая организация, созданная в 2004 г. Она - голос пациентов с инсультом в Европе, представляющая интересы широкого спектра групп пациентов из более чем 30 европейских стран.

Цель SAFE - уменьшить число инсультов в Европе, выступая за лучшую профилактику, доступ к адекватному лечению, помощи и реабилитации после инсульта.

Для получения дополнительной информации о SAFE, пожалуйста, посетите:

www.safestroke.eu

SAFE ASBL 0661.651.450

Підготовка цього звіту стала можливою завдяки освітнім грантам наступних організацій:

