

**STROKE  
ACTION  
PLAN  
EUROPE  
2018 – 2030**



**ОСНОВНЫЕ ПРИНЦИПЫ ЛЕЧЕНИЯ ИНСУЛЬТА SAP- E**

Обзор доказательных вмешательств, охватывающих всю цепочку оказания помощи при инсульте.

## SAP-E: основы лечения инсульта

Этот документ предназначен для людей, работающих с инсультом; еще один документ, направленный на людей. Работа с планированием лечения инсульта или пропаганда лечения инсульта будут своевременно опубликованы на веб-сайте **SAP-E**.

Манифест **Essentials of Stroke Care** был создан как инструмент плана действий при инсульте для Европы (SAP-E) [1] и была одобрена Европейской организацией по борьбе с инсультом.[2]

Лечение инсульта должно осуществляться на протяжении всей цепочки лечения инсульта, включая лечение острейшего периода, первичную и вторичную профилактику, реабилитацию и жизнь после инсульта, чтобы удовлетворить все потребности пациентов – и избежать того, что у пациентов останутся ненужные остаточные симптомы, когнитивный психологический дефицит, а также высокий риск рецидива.

Смертность после инсульта зависит от качества ухода за больными в инсультных отделениях [1], а повышение стандартов ухода за больными снижает как смертность [3] так и длительную нетрудоспособность [4].

Внедрение моделей, обеспечивающих доставку надлежащий уход за всеми пациентами может еще больше снизить смертность с эффектами, сохраняющимися с течением времени.[5].

Манифест **Essentials of Stroke Care Manifesto** устанавливает важный стандарт оказания помощи при инсульте на догоспитальном этапе, во время неотложной госпитализации, в период реабилитации и в течение жизни после инсульта и включает хирургические, фармакологические, немедикаментозные и поддерживающие вмешательства.

Необходимы основные требования для разумной помощи при инсульте при планировании и обновлении услуг, обеспечение необходимых компетенций у медицинских работников, а также для обеспечения полноты местных больничных протоколов и, наконец, предоставление возможности более молодому медицинскому персоналу быть знакомым с минимальным стандартом во всей цепочке оказания помощи при инсульте.

Мы понимаем, что могут быть дополнительные компоненты качественной помощи при инсульте помимо основных вмешательств, перечисленных в этом документе. Хотя они явно важны, но выходят за рамки данной работы, чтобы включить их, поскольку мы отсылаем читателей к соответствующим руководствам ESO.

Манифест по основам лечения инсульта был подготовлен подкомитетом, созданным Руководящим советом ESO по запросу комитета по внедрению SAP-E(участники перечислены в конце).

Список вмешательств охватывает путь пациента в ходе лечения и основан на лучших рекомендациях, базирующихся на фактических данных.

SAP-E содержит рекомендации из руководств ESO высокого качества.

Они были переведены в практический список того, **Что делать** и чего **Не делать**.

Мы использовали рекомендации ESO везде, где они были доступны. Если их не было, мы предпочли на основе рекомендаций GRADE [4] Если руководства в рекомендациях GRADE не существовало, мы выбирали наилучшее доступное руководство на основе консенсуса. Мы сослались на источник и предоставили информацию о типе источник (например, рекомендация, основанная на доказательствах (EBR), систематический обзор (SR), метаанализ (MA), рандомизированное контролируемое исследование (РКИ), заявление о консенсусе (CS), исследовательская статья (RA)) что позволяет читателю судить о качестве доказательств, а также предлагает легкий доступ к дальнейшему чтению.

*Сокращения указаны в конце текста (табл. 1).*

## Догоспитальная помощь

Необходимо сделать	Источник	Тип источника
1. Образовательные кампании для повышения осведомленности о немедленном вызове скорой помощи для людей с подозрением на инсульт	[+КГМИП К]	EBR
2. Диспетчеры и бригады СМП должны быть обучены простым шкалам инсульта FAST, NIHSS для выявления потенциальных пациентов с инсультом.	[КГМИПН ]	EBR
3. Бригадам СМП следует внедрить протокол «кодового инсульта», включая отправку с наивысшим приоритетом, догоспитальное уведомление и быстрый перевод в ближайшую больницу, «готовую к инсульту».	[?СОП д яЕВНТ]	EBR
Не делать	Источник	Тип источника
1. Рутинное использование O <sub>2</sub> ; только если SpO <sub>2</sub> <95%	[5]	EBR
2. Догоспитальное введение инсулина	[5]	EBR
3. Догоспитальное использование гипотермии	[5]	?

## При поступлении с подозрением на инсульт или ТИА

Необходимо сделать	Источник	Тип источника
1. Пациенты должны быть госпитализированы в больницу с установленным быстрым протоколом острого инсульта и персоналом имеющим опыт лечения острого инсульта.	[+]	APP
2. Пациенты должны пройти быстрое, но тщательное клиническое обследование, включая неврологическое обследование; используйте оценку тяжести инсульта NIHSS	[+]	EBR
3. Немедленная визуализация головно_го мозга с помощью бесконтрастной КТ или МРТ (DWI, T2*/SWI, FLAIR) у пациентов с сохраняющимися симптомами	[+]	EBR
4. КТ или МР-ангиографию следует проводить всем пациентам, поступившим в течение 6 часов или потенциально подходящим для тромбэктомии.	[+]	EBR
5. У пациентов, прибывших с неизвестным временем начала заболевания в течение 6-24 часов и потенциально подходящих для ВВТ или ЭВТ, следует выполнить МРТ с МР ангиографией и МР перфузию или КТ с КТ ангиографией и КТ-перфузией.	[?]	EBR
6. Экстренная диагностика, включая АЧТВ, МНО, электролиты, креатинин, общий анализ крови и ЭКГ, но их выполнение не должно задерживать реперфузионную терапию.	[+]	EBR
Подумайте о том, чтобы сделать	Источник	Тип источника
1. МРТ в режимах DWI, FLAIR, T2*/SWI и TOF+/-CE МРА шейных артерий у больных ТИА после оценки специалистов	[11]	EBR

## Экстренная реперфузионная терапия

Необходимо сделать	Источник	Тип источника
1. Перед началом ВВТ необходимо измерить уровень глюкозы в крови.	[+]	EBR
2. ВВТ с альтеплазой при потенциально инвалидирующем инсульте, в том числе легком, в течение 4,5 часов от начала, независимо от возраста, если нет противопоказаний	[-]	
3. Реперфузионная терапия (ВВТ и/или ЭВТ по индивидуальным показаниям) при окклюзии крупных сосудов в течение 6 часов от начала заболевания.	[-]	EBR
4. Реперфузионная терапия (ВВТ и/или ЭВТ) у отдельных пациентов в позднем временном окне с благоприятными профилями визуализации, как подробно описано в конкретных руководствах.	[-]	EBR

## Начать неотложную фармакологическую терапию

Необходимо сделать	Источник	Тип источника
1. Аспирин следует назначать при ишемическом инсульте или ТИА по прибытии после первичной визуализации у пациентов, не получающих реперфузионную терапию, обычно 250–300 мг аспирина.	?	EBR
2. Артериальное давление следует поддерживать <185/110 мм. рт. ст. в первые 24 часа после ВВТ и ЭВТ с помощью фармакологических и нефармакологических вмешательств.	? ]	EBR
3. При остром ВЧК артериальное давление должно быть снижено до систолического артериального давления на уровне 140 мм. рт. ст. или ниже, как можно быстрее в течение 6 часов, и снижение артериального давления должно поддерживаться до 7 дней.	?	EBR
4. При судорогах в течение 7 дней давать противоэпилептические препараты в течение 3 мес.	[?]	EBR
5. При приступах, возникающих после 7-го дня, назначить противоэпилептические препараты длительного действия.	[?]	EBR
6. При ВЧК ассоциированным с приемом оральных антикоагулянтов рассмотреть реверсивную терапию в зависимости от принимаемых антикоагулянтов.	[?]	EBR
Не делать	Источник	Тип источника
1. Снижение артериального давления у пациентов с ишемическим инсультом, не получающих реперфузионную терапию, за исключением случаев, когда артериальное давление очень высокое (>220/120 мм. рт.ст.) и снижение артериального давления показано по другим причинам.	[6]	EBR
2. Систолическое артериальное давление не должно снижаться более чем на 90 мм. рт. ст. при остром ВЧК, чтобы предотвратить повреждение почек.	[13]	EBR
3. Не используйте противоэпилептические препараты для первичной профилактики судорог.	[6]	EBR

## Острый инсульт в «Инсультном блоке»

Необходимо сделать	Источник	Тип источника
1. Госпитализация в ОРИТ по прибытии в больницу, инсультное отделение подходит для всех типов инсульта/ТИА.	[+]	EBR
2. Скрининг глотания должен проводиться при поступлении, и до того, как пациенту будут давать, какие-либо пероральные продукты питания, жидкости или лекарства. При наличии проблем с глотанием рекомендуется осмотр специалиста (медсестры, врача и т. д.) предпочтительно в течение 24 часов, чтобы решить, требуется ли изменение диеты или кормление через зонд, и начать нутритивную поддержку.	[+]	EBR
3. Помогите пациенту сесть в кровати, встать или ходить, если общее клиническое состояние позволяет мобилизацию в течение первых 24 часов.	[?]	EBR
4. Первичный скрининг и оценка специалистами по реабилитации (физиотерапия, трудотерапия, логопед) в течение 48 часов по стандартному протоколу.	[?]	EBR
Не делать	Источник	Тип источника
1. Если необходима помощь, чтобы сесть, встать или ходить, не предлагайте слишком активную мобилизацию в первые 24 часа.	[14]	EBR

## Реабилитация и уход в отделении инсульта/ранняя выписка с поддержкой

Необходимо делать	Источник	Тип источника
1. Все люди, нуждающиеся в стационарной реабилитации после инсульта, должны быть госпитализированы в специализированное инсультное отделение для реабилитации и ухода.	[?]	EBR
2. В инсультном отделении должна быть многопрофильная команда, состоящая из специалистов, имеющих опыт лечения инсульта, включая врачей, медсестер, эрготерапевтов, физических терапевтов, логопедов, социальных работников и клинических диетологов.	[?]	EBR
3. Базовые компоненты оценки должны включать глотание, настроение и когнитивные функции, температуру, питание, функцию кишечника и мочевого пузыря, повреждение кожи, подвижность, функциональную оценку, планирование выписки, профилактику венозной тромбоэмболии.	[?]	EBR
4. Вовлекайте пациентов и лиц, осуществляющих уход, в процесс реабилитации, а также предоставляйте обучение и информацию об инсульте.	[?]	EBR
5. Реабилитационная команда следует передовым методам, определенным в практических рекомендациях.	[?]	EBR
6. Ранняя выписка с поддержкой (ESD), если она доступна, полезна для пациентов с симптомами инсульта легкой и средней степени тяжести, которые находятся в стабильном медицинском состоянии и имеют ресурсы для ухода и поддержки на дому. Мультидисциплинарную реабилитацию начать в течение 3 дней после выписки.	[?]	EBR

## Реабилитация и уход в отделении инсульта/ранняя выписка с поддержкой

Не делать	Источник	Тип источника
1. Не отказывайте в помощи в инсультном отделении пациентам с неопределенным реабилитационным потенциалом.	[19]	EBR

### Профилактика осложнений

Необходимо сделать	Источник	Тип источника
1. Используйте последовательную прерывистую пневматическую компрессию (ППК) на уровне бедра для предотвращения ТГВ и ТЭЛА у иммобилизованных пациентов с ишемическим инсультом или внутричерепным кровоизлиянием. Если ППК недоступна, используйте НМГ в профилактических дозах у пациентов с ВЧК, ожидая, по крайней мере, до 48–72 часов.	[?] (ВЧК)	EBR
2. Оцените остаточный объем мочевого пузыря с помощью ультразвука и используйте прерывистую катетеризацию для предотвращения инфекций мочевыводящих путей.	[?]	EBR
3. Профилактика делирия путем структурированного наблюдения, немедикаментозных вмешательств и медикаментозного лечения в соответствии с местной практикой при манифестном делирии.	[?]	EBR
4. Предотвращайте падения в соответствии с обычной практикой	[+]	EBR
Не делать	Источник	Тип источника
5. Использование градуированных компрессионных чулок	[23]	EBR
6. Применение нефракционированного гепарина, за исключением пациентов с тяжелой почечной недостаточностью.	[23]	EBR
7. Использование постоянных катетеров из-за риска инфекций мочевыводящих путей и синдрома нижних мочевых путей.	[11]	EBR

### Дальнейшая работа во время пребывания в инсультном отделении

Необходимо сделать	Источник	Тип источника
1. Анализ крови: уровень глюкозы в плазме натощак или HbA1C, профиль липидов, печеночные тесты	[+]	EBR
2. Повторные измерения артериального давления, т.е. каждые 15-30 минут в зависимости от базовых показателей и до хорошего качества артериального давления	[+ каждые 15-30 мин]	EBR
3. Телеметрия в течение 24 часов и более, также в зависимости от клинических потребностей (контроль артериального давления, анализ сердечного ритма, насыщение кислородом)	[?]	EBR

4. Клиническая оценка структурных заболеваний сердца (анамнез, физикальное обследование, аускультация)	+	EBR
5. Визуализация сонных артерий для определения стеноза (доплер, КТА/МРА)	[?]	EBR
6. Продленный кардиомониторинг для пациентов с подозрением на кардиоэмболический инсульт которые являются потенциальными кандидатами для назначения ОАК (оральных антикоагулянтов)	+	EBR
<b>Подумайте о том что-бы сделать</b>	<b>Источник</b>	<b>Тип источника</b>
1. Эхокардиографию следует использовать при подозрении на возможную сердечную этиологию (анамнез, визуализация эмболии (КТ, МРТ), ЭКГ и т. д.).	[+]	EBR
2. КТ-ангиография при поражении крупных сосудов дуги аорты и внутримозговых сосудов	[?]	EBR

### Медикаментозная вторичная профилактика

<b>Необходимо сделать</b>	<b>Источник</b>	<b>Тип источника</b>
1. Обеспечьте персонализированное лечение сердечно-сосудистых факторов риска, которое включает как образ жизни, так и фармакологические подходы.	[+]	EBR
2. Ваши подходы к пациенту должны учитывать физические и когнитивные нарушения после инсульта, а также способность человека понимать и принимать лекарства.	[+]	EBR
3. Меры вторичной профилактики следует начинать как можно скорее и желательно в течение одной недели; антитромботические средства в течение 24 часов	[+]	EBR
<b><i>Гипотензивная терапия</i></b>		
1. Целью лечения артериального давления является постоянное достижение клинического систолического артериального давления ниже 130 мм рт.ст. Более высокий порог может быть оправдан у людей с двусторонним поражением сонных артерий, у пожилых или у ослабленных людей с ограниченной ожидаемой продолжительностью жизни.	[+]	EBR
2. Выбор гипотензивного средства зависит от местной практики. Следует принимать во внимание вопросы соблюдения режима лечения, цены, количество суточных доз и профиль побочных эффектов.		GCP
3. Людям с ишемическим инсультом следует предлагать длительное лечение статинами, если нет противопоказаний.	[+]	CS
4. Людям с ВМК статины можно назначать при наличии других показаний, но они обычно не требуются при ВЧК.	[+]	CS
<b><i>Антитромботические препараты</i></b>		
5. При ишемическом инсульте или ТИА без мерцательной аритмии назначают длительно антитромбоцитарную терапию, если нет противопоказаний.	[+]	EBR
6. При ишемическом инсульте или ТИА с фибрилляцией предсердий назначают антикоагулянты длительного действия, если нет противопоказаний. Выбор препарата будет разным.	[+]	EBR

предпочтение следует отдавать прямым антикоагулянтам, откладывая антагонисты витамина К на второй план.		
<b>Подумайте о том что-бы сделать</b>	<b>Источник</b>	<b>Тип источника</b>
1. Ишемический инсульт: рассмотреть вопрос о закрытии открытого овального окна у пациентов в возрасте до 60 лет и при отсутствии альтернативной причины инсульта.	[+]	EBR
2. Ишемический инсульт: рассмотреть возможность применения ЭОУЛП (эндоваскулярная окклюзия ушка левого предсердия) при мерцательной аритмии с противопоказаниями к ОАК	[+]	EBR
3. ВЧК, связанное с пероральной антикоагулянтной терапией из-за фибрилляции предсердий: рассмотреть возможность возобновления долгосрочной пероральной антикоагулянтной терапии после индивидуальной оценки рисков и преимуществ.	[+]	CS
<b>Не делать</b>	<b>Источник</b>	<b>Тип источника</b>
1. Не назначайте антитромбоцитарные препараты при мерцательной аритмии, если только нет других показаний.	[31]	EBR
2. Не используйте гепарин перед началом антикоагулянтной терапии.	[31]	EBR

### Заболевания сонных артерий

<b>Необходимо сделать</b>	<b>Источник</b>	<b>Тип источника</b>
1. КТА / МРА - при поступлении «золотой стандарт» Допплерография и КТ-ангиография или МР-ангиография - предпочтительно выполнить в течении 4_8 часов для исключения стеноза сонных артерий, если общее состояние пациента или сопутствующая патология не мешают этому.	[]	EBR
2. Людей с симптоматическим стенозом 70-99% следует немедленно направить к сосудистому хирургу. У людей с симптоматическим стенозом 50-69% рассмотрите каротидную эндартерэктомию.	[?]	EBR
3. КЭА или КАС желателно проводить в течение 14 дней после начала инсульта, если нет противопоказаний.	[?]	EBR
4. КЭА предпочтительнее КАС у людей старше 70 лет.	[?]	EBR

### Изменение образа жизни в целях вторичной профилактики

<b>Необходимо сделать</b>	<b>Источник</b>	<b>Тип источника</b>
1. Дайте совет бросить курить и предложите помощь в прекращении курения, которая может включать фармакотерапию.	+	EBR
2. Дайте совет ограничить потребление алкоголя до 14 единиц в неделю для мужчин и до 7 единиц в неделю для женщин, предложите поддержку.	[+]	EBR



3. Дайте рекомендации по диете. Это будет зависеть от местной практики, но может включать: <ul style="list-style-type: none"> <li>a. есть пять или более порций фруктов и овощей в день.</li> <li>b. уменьшить и заменить насыщенные жиры в своем рационе полиненасыщенными или мононенасыщенными.</li> <li>c. уменьшить потребление соли.</li> </ul>	[?+]	EBR
4. Упражнения и физическая активность должны поощряться с учетом индивидуальных возможностей	[+]	EBR

### После выписки

Необходимо сделать	Источник	Тип источника
1. Выписку необходимо планировать с участием пациента и его родственников, чтобы обеспечить оказание необходимой помощи и информирование пациентов и опекунов о том, на какую минимальную поддержку можно рассчитывать.	[+]	EBR
2. Регулярное мониторинговое артериальное давление после выписки.	+	EBR
3. Приверженность здоровому образу жизни и медикаментозной вторичной профилактике следует сочетать с ведением чек-листа постинсультного пациента.	+	RA

### Жизнь после инсульта

Аспект	Необходимо делать	Источник	Тип источника
Наблюдение за пациентом	После инсульта пациенты должны наблюдаться не реже одного раза в год на предмет функционального ухудшения и появления новых симптомов, включая боль, с помощью постинсультного чек-листа	[?]	EBR
Участие, поддержка и образование пациента и его родственников	Пациенты и родственники должны участвовать в составлении планов ухода и других планах или решениях в отношении жизни после инсульта и получать соответствующую поддержку и обучение.	[?]	EBR
Вождение	Оценка навыков вождения должна проводиться в соответствии с местным законодательством.	[?]	EBR
Социализация (общественная жизнь, работа, активность в свободное время)	Должна быть проведена индивидуальная оценка, а при необходимости предоставлены направления и консультации.	[?]	EBR
Отношения/сексуальность	Консультирование (невролог, психолог, сексопатолог)	[?]	EBR
Поддержка инвалидов	Своевременное планирование и обучение мероприятиям по уходу, создание бытовой эргономики	[?]	EBR

Расширенное планирование ухода	Следует составить предварительное планирование ухода и периодически пересматривать его.	[?]	EBR
Переход на длительный уход	Краткая выписка и план ухода должны быть представлены при поступлении в отделение долгосрочного ухода.  В случае текущих целей реабилитации, должен быть доступ к соответствующим реабилитационным услугам  В случае изменения статуса пациента должна быть проведена переоценка реабилитации и ухода	[?]	EBR

Этот документ был разработан указанной ниже группой авторов, созданной Руководящим комитетом по внедрению SAP-E, одобренным этим комитетом и одобренным Исполнительным комитетом ESO.

Торстен Штайнер. Отделение неврологии, Klinikum Frankfurt Höchst, Франкфурт и университетская клиника Гейдельберга, Гейдельберг, Германия

Гийом Турк. Кафедра неврологии, GHU Paris Psychiatrie et Neurosciences, Hopital Sainte-Anne, Парижский университет, Париж, Франция

Джесси Доусон. Институт сердечно-сосудистых и медицинских наук, Колледж медицины, ветеринарии и наук о жизни, Университет Глазго, Великобритания

Катарина Саннерхаген, Институт неврологии и физиологии, Гетеборгский университет, Швеция

Ханне Кристенсен, отделение неврологии, больница Биспеbjerg и университет Копенгаген, Дания

**Табл. 1: Аббревиатура**

SAP-E	Stroke Action Plan - План действий при инсульте
ОИИ	Острый ишемический инсульт
КАС	Каротидно артериальное стентирование
КЭА	Каротидная эндартериоэктомия
MPT+contr	MPT + контраст
КТ	Компьютерная томография головного мозга
КТА	Компьютерно-томографическая ангиография
DWI	Диффузионно-взвешенные изображения (последовательность MPT)
ЭКГ	Электрокардиография
EBR	Evidence based recommendation - рекомендация основанная на доказательствах
СМП	Скорая медицинская помощь
ESO	European Stroke Organisation - Европейская Организация по Инсульту
ESD	Early supported discharge - ранняя поддерживаемая выписка
FLAIR	Fluid-attenuated inversion recovery (последовательность MPT)
GRADE	Оценка разработки и оценки рекомендаций

HbA1c	Гликозилированный гемоглобин
ВЧК	Внутричерепное кровоизлияние
ППК	Переменяющаяся пневматическая компрессия
ВВТ	Внутривенный тромболизис
ЭОУЛП	Эндovasкулярная окклюзия ушка левого предсердия
НМГ	Низкомолекулярные гепарины
LVO	Large vessel occlusion - Окклюзия крупной артерии
mmHg	мм.рт.ст.
МА	Meta-analysis - мета-анализ
МРА	МР ангиография
МРТ	Магнитно-резонансная томография
ЭВТ	Эндovasкулярная тромбэкстракция/тромбаспирация
NASCET	North American Symptomatic Carotid Endarterectomy Trial (Испытание симптоматической каротидной эндартерэктомии в Северной Америке)
ОАК	Оральные антикоагулянты
ОТ	Occupational therapy - трудотерапия
PFO	Patent foramen ovale - Пациенты с открытым овальным окном
ФТ	Физическая терапия
PTT = aPTT	Partial thromboplastin time = activated PTT - АЧТВ
RCT	Randomized Controlled Trial - Рандомизированное контролируемое исследование
SaO2	Oxygen saturation - Yfcsotybt кислорода в крови
SWI	Susceptibility weighted imaging (МРТ последовательность)
SR	Systematic review - систематический обзор
T2	Transverse relaxation time (МРТ последовательность)
ТИА	Транзиторная ишемическая атака
TOF	Time of flight (МРТ последовательность)

Please note that this document has been translated from English by Kyrgyz stroke experts collaborating with the National WHO Office in Kyrgyzstan.

The translation is based on the original document written in the English language and approved by the Steering Committee of the Stroke Action Plan for Europe.

This translation may not be entirely accurate or comprehensive due to the complexities and nuances of medical terminology, cultural differences, and the limitations of machine translation technology if this has been used.

The SAP-E Steering Committee assumes no responsibility for any errors made in the translation process.

## References

1. Norrving B, Barrick J, Davalos A, et al. Action Plan for Stroke in Europe 2018-2030. *Eur Stroke J* 2018;3:309-336
2. (ESO) ESO. Stroke Action Plan for Europe. <https://actionplan.eso-stroke.org>, 2021
3. Steiner T, Norrving B, Bornstein NM, et al. Update on The European Stroke Organisation Guidelines standard operating procedure on guideline preparation and publishing. submitted to *European Stroke Journal* 2020
4. GRADE. GRADE your evidence and improve your guideline development in health care. <https://gradepro.org>, 2020
5. Kobayashi A, Czlonkowska A, Ford GA, et al. European Academy of Neurology and European Stroke Organization consensus statement and practical guidance for pre-hospital management of stroke. *Eur J Neurol* 2018;25:425-433
6. Powers WJ, Rabinstein AA, Ackerson T, et al. Guidelines for the Early Management of Patients With Acute Ischemic Stroke: 2019 Update to the 2018 Guidelines for the Early Management of Acute Ischemic Stroke: A Guideline for Healthcare Professionals From the American Heart Association/American Stroke Association. *Stroke* 2019;50:e344 - e418

7. Expert Panel on Neurologic I, Salmela MB, Mortazavi S, et al. ACR Appropriateness Criteria(®) Cerebrovascular Disease. *Journal of the American College of Radiology : JACR* 2017;14:S34-S61
8. Turc G, Bhogal P, Fischer U, et al. European Stroke Organisation (ESO) - European Society for Minimally Invasive Neurological Therapy (ESMINT) Guidelines on Mechanical Thrombectomy in Acute Ischemic Stroke. *European Stroke Journal* 2019;4
9. Berge E, Whiteley W, Audebert H, et al. European Stroke Organisation (ESO) guidelines on intravenous thrombolysis for acute ischaemic stroke. *European Stroke Journal* 2021;6:I-LXII
10. European Stroke Organization E. Guidelines for management of ischaemic stroke and transient ischaemic attack 2008. *Cerebrovascular Disease* 2008;25:457-507
11. Boulanger JM, Lindsay MP, Gubitz G, et al. Canadian Stroke Best Practice Recommendations for Acute Stroke Management: Prehospital, Emergency Department, and Acute Inpatient Stroke Care, 6th Edition, Update 2018. *International journal of stroke: official journal of the International Stroke Society* 2018;13:949 -984
12. Ahmed N, Audebert H, Turc G, et al. Consensus statements and recommendations from the ESO-Karolinska Stroke Update Conference, Stockholm 11 -13 November 2018. *Eur Stroke J* 2019;4:307-317
13. Sandset EC, Anderson CS, Bath PM, et al. European Stroke Organisation (ESO) guidelines on blood pressure management in acute ischaemic stroke and intracerebral haemorrhage. *Eur Stroke J* 2021;0:23969873211012133
14. National Institute for Health and Care Excellence (NICE). Stroke and transient ischaemic attack in over 16s: diagnosis and initial management. [www.nice.org.uk/guidance/ng128](http://www.nice.org.uk/guidance/ng128), 2019
15. Christensen H, Cordonnier C, Kõrv J, et al. European Stroke Organisation Guideline on Reversal of Oral Anticoagulants in Acute Intracerebral Haemorrhage. *Eur Stroke J* 2019;4:294-306
16. National Institute for Health and Care Excellence (NICE). Nutrition support for adults: oral nutrition support, enteral tube feeding and parenteral nutrition. [www.nice.org.uk/guidance/cg32](http://www.nice.org.uk/guidance/cg32), 2013
17. National Institute for Health and Care Excellence (NICE). Rehabilitation after a stroke. [www.nice.org.uk](http://www.nice.org.uk), 2013
18. Lanctôt KL, Lindsay MP, Smith EE, et al. Canadian Stroke Best Practice Recommendations: Mood, Cognition and Fatigue following Stroke, 6th edition update 2019. *International journal of stroke : official journal of the International Stroke Society* 2019:1747493019847334-1747493019847334
19. Hebert D, Lindsay MP, McIntyre A, et al. Canadian stroke best practice recommendations: Stroke rehabilitation practice guidelines, update 2015. *Int J Stroke* 2016;11:459-484
20. Steiner T, Salman RA, Ntaios G. The European Stroke Organisation (ESO) guidelines. *Int J Stroke* 2015;9:838-839
21. (NHS) NHS. Delirium: prevention, diagnosis and management. <https://www.nice.org.uk/guidance/cg103>, 2010
22. (NHS) NHS. Falls in older people: assessing risk and prevention. <https://www.nice.org.uk/guidance/cg103>, 2013
23. Dennis M, Caso V, Kappelle LJ, Pavlovic A, Sandercock PA. European Stroke Organisation (ESO) guidelines for prophylaxis for venous thromboembolism in immobile patients with acute ischaemic stroke. *European Stroke Journal* 2016;1:6-19

24. Kirchhof P, Benussi S, Kotecha D, et al. 2016 ESC Guidelines for the management of atrial fibrillation developed in collaboration with EACTS: The Task Force for the management of atrial fibrillation of the European Society of Cardiology (ESC) Developed with the special contribution of the European Heart Rhythm Association (EHRA) of the ESC Endorsed by the European Stroke Organisation (ESO). *Eur Heart J* 2016
25. Pepi M, Evangelista A, Nihoyannopoulos P, et al. Recommendations for echocardiography use in the diagnosis and management of cardiac sources of embolism: European Association of Echocardiography (EAE) (a registered branch of the ESC). *European journal of echocardiography : the journal of the Working Group on Echocardiography of the European Society of Cardiology* 2010;11:461-476
26. Intercollegiate Stroke Working Party National clinical guideline for stroke, Fifth Edition, Royal College of Physicians, London, 2016
27. Williams B, Mancia G, Spiering W, et al. 2018 ESC/ESH Guidelines for the management of arterial hypertension. *Eur Heart J* 2018;39:3021-3104
28. Klijn CJ, Paciaroni M, Berge E, et al. Antithrombotic treatment for secondary prevention of stroke and other thromboembolic events in patients with stroke or transient ischemic attack and non-valvular atrial fibrillation: A European Stroke Organisation guideline. *Eur Stroke J* 2019;4:198-223
29. Messe SR, Gronseth GS, Kent DM, et al. Practice advisory update summary: Patent foramen ovale and secondary stroke prevention: Report of the Guideline Subcommittee of the American Academy of Neurology. *Neurology* 2020
30. National Institute for Health and Care Excellence. Atrial fibrillation: management- Clinical guideline. [www.nice.org.uk/guidance/cg180](http://www.nice.org.uk/guidance/cg180), 2014
31. Steffel J, Verhamme P, Potpara TS, et al. The 2018 European Heart Rhythm Association Practical Guide on the use of non-vitamin K antagonist oral anticoagulants in patients with atrial fibrillation. *Eur Heart J* 2018;39:1330-1393
32. Fonseca AC, Merwick Á, Dennis M, et al. European Stroke Organisation (ESO) guidelines on management of transient ischaemic attack. *European Stroke Journal*;0:2396987321992905
33. Bonati LH, Kakkos S, Berkefeld J, et al. European Stroke Organisation guideline on endarterectomy and stenting for carotid artery stenosis. *European Stroke Journal*;0:23969873211012121
34. Wein T, Lindsay MP, Cote R, et al. Canadian stroke best practice recommendations: Secondary prevention of stroke, sixth edition practice guidelines, update 2017. *Int J Stroke* 2018;13:420-443
35. Philp I, Brainin M, Walker MF, et al. Development of a poststroke checklist to standardize follow-up care for stroke survivors. *J Stroke Cerebrovasc Dis* 2013;22:e173-180
36. Ward AB, Chen C, Norrving B, et al. Evaluation of the Post Stroke Checklist: a pilot study in the United Kingdom and Singapore. *International Journal of Stroke* 2014;9 Suppl A100:76-84
37. Heart and Stroke. Post-Stroke Checklist. [https://www.strokebestpractices.ca/-/media/1-stroke-best-practices/resources/professional-resources/csbp\\_post\\_stroke\\_checklist\\_en.ashx](https://www.strokebestpractices.ca/-/media/1-stroke-best-practices/resources/professional-resources/csbp_post_stroke_checklist_en.ashx), 2020
38. Heart and Stroke. Transitions and Community Participation Following Stroke - Section 5: Transition to Long-Term Care Following a Stroke. <https://www.strokebestpractices.ca/recommendations/managing-stroke-transitions-of-care/transition-of-patients-to-long-term-care-following-a-stroke>, 2020



Разработано Глобальной консультативной группой сообщества по инсульту (2012 г.), одобрено Всемирной организацией по борьбе с инсультом, адаптировано группой разработчиков Канадских рекомендаций по передовой практике в области инсульта Фонда сердца и инсульта (2014 г.)

Имя пациента: \_\_\_\_\_

Дата заполнения: \_\_\_\_\_

Выполнено:  Поставщиком медицинских услуг |  Пациентом |  Членом семьи пациента |  Другое: \_\_\_\_\_

С момента вашего инсульта или последней оценки

## 1 Вторичная профилактика

Получали ли вы медицинские рекомендации относительно изменения образа жизни, связанного со здоровьем, или лекарств для предотвращения повторного инсульта?

НЕТ

Направьте пациента к поставщикам первичной медико-санитарной помощи для оценки факторов риска и лечения, если это необходимо, или к службам вторичной профилактики инсульта.

ДА

Продолжайте следить за прогрессом

## 2 Деятельность Повседневная жизнь

Вам стало труднее позаботиться о себе?

НЕТ

Продолжайте следить за прогрессом

ДА

Испытываете ли вы трудности  с одеванием, умыванием или купанием?  приготовление горячих напитков или еды?  выходом наружу?

Если да, рассмотрите возможность направления в службы ухода на дому; консультации эрготерапевта вторичная профилактика инсульта.

## 3 Мобильность

Вам стало труднее ходить или безопасно передвигаться (например, с кровати на стул)?

НЕТ

Продолжайте следить за прогрессом

ДА

Вы продолжаете получать реабилитационную терапию?

Нет. Рассмотрите возможность направления в службы ухода на дому; физический терапевт (ЛФК); вторичная профилактика инсульта.

Да. Обновить запись пациента; обзор на следующей консультации

## 4 Спастичность

Увеличивается ли у вас скованность в руках, кистях или ногах?

НЕТ

Продолжайте следить за прогрессом

ДА

Мешает ли это повседневной жизни?

Нет. Обновить запись пациента; обзор на следующей консультации

Да. Рассмотреть вопрос о направлении в реабилитационную службу; услуги по вторичной профилактике инсульта; врач с опытом лечения постинсультной спастичности (например, физиотерапевт, невролог).

## 5 Боль

Есть ли у вас новая боль?

НЕТ

Продолжайте следить за прогрессом

ДА

Обеспечьте адекватную оценку со стороны поставщика медицинских услуг, имеющего опыт обезболивания.

## 6 Недержание

У вас больше проблем с контролем мочевого пузыря или кишечника?

НЕТ

Продолжайте следить за прогрессом

ДА

Рассмотрите возможность направления к поставщику медицинских услуг с опытом лечения недержания мочи; вторичная профилактика инсульта.



## 7 Связь

Вам становится сложнее общаться?

НЕТ  Продолжайте следить за прогрессом

ДА  рассмотреть вопрос о направлении к логопеду; реабилитационная служба; вторичная профилактика инсульта.

## 8 Настроение

Чувствуете ли вы себя более тревожным или подавленным?

НЕТ  Продолжайте следить за прогрессом

ДА  Рассмотрите возможность направления к поставщику медицинских услуг (например, к психологу, нейропсихологу, психиатру) с опытом работы с постинсультными изменениями настроения; вторичная профилактика инсульта.

## 9 Познание

Вам стало труднее думать, концентрироваться или запоминать?

НЕТ  Продолжайте следить за прогрессом

ДА  Мешает ли это вашей способности участвовать в деятельности?

Нет. Обновить запись пациента; рассмотреть при следующей консультации

Да. Рассмотрите возможность направления к поставщику медицинских услуг, имеющему опыт лечения постинсультных когнитивных изменений; услуги по вторичной профилактике инсульта; реабилитационная служба; Клиника памяти.

## 10 Жизнь после инсульта

Вам становится все труднее заниматься досугом, заниматься хобби, работать или заниматься сексом?

НЕТ  Продолжайте следить за прогрессом

ДА  Рассмотрите возможность направления в организацию поддержки инсульта (местная/ провинциальная группа поддержки, Канадский фонд кардиологии и инсульта, программа «Жизнь с инсультом»); досуг, профессиональный или рекреационный терапевт.

## 11 Личные отношения

Ваши личные отношения (с семьей, друзьями или другими людьми) стали более сложными или натянутыми?

НЕТ  Продолжайте следить за прогрессом

ДА   Запланируйте следующий визит первичной медико-санитарной помощи с пациентом и членом(ам) семьи, чтобы обсудить трудности.

Рассмотрите возможность направления в организацию поддержки инсульта (местная/ провинциальная группа поддержки, Фонд по борьбе с инсультом, поставщик медицинских услуг (например, психолог, консультант, терапевт) с опытом семейных отношений и инсульта.

## Усталость

Испытываете ли вы усталость, которая мешает вам выполнять упражнения или другие виды деятельности?

НЕТ  Продолжайте следить за прогрессом

ДА   Обсудите усталость с поставщиком первичной медико-санитарной помощи.

Рассмотрите возможность направления в службы ухода на дому для обучения и консультирования.

## 13 Другие вызовы

Есть ли у вас другие проблемы или проблемы, связанные с инсультом, которые мешают вашему выздоровлению или вызывают у вас стресс?

НЕТ  Продолжайте следить за прогрессом

ДА   Запланируйте следующий визит первичной медико-санитарной помощи с пациентом и членом (членами) семьи, чтобы обсудить проблемы и проблемы.

Рассмотрите направление к поставщику медицинских услуг; организация поддержки при инсульте (местная или провинциальная группа поддержки, Канадский фонд Heart and Stroke Foundation).