

**STROKE  
ACTION  
PLAN  
EUROPE  
2018 – 2030**



**Невід'ємні складові надання допомоги при інсульті  
у відповідності до Плану дій для подолання інсульту в Європі  
(Stroke Action Plan for Europe - SAP-E)  
Огляд втручань, заснованих на свідченнях, що охоплюють  
увесь ланцюг надання допомоги при інсульті**

## **Невід'ємні складові надання допомоги при інсульті у відповідності до Плану дій для подолання інсульту в Європі**

Цей документ призначений для фахівців, які надають допомогу пацієнтам з інсультом; ще один документ, призначений людям, які залучені до планування надання допомоги при інсульті та адвокацією допомоги при інсульті, буде оприлюднений на веб-сайті SAP-E у визначені терміни.

Маніфест «Essentials of Stroke Care» (Невід'ємні складові надання допомоги при інсульті) був розроблений як інструмент для Плану дій для подолання інсульту в Європі (The Stroke Action Plan for Europe - SAP-E) [1] і схвалений Європейською організацією інсульту [2].

Надання допомоги при інсульті має здійснюватися на усіх ланках повного ланцюга, що включає гостру допомогу, вторинну профілактику, реабілітацію та життя після інсульту, для задоволення усіх потреб пацієнтів - і для уникнення того, що пацієнти залишаються з невиправданими залишковими симптомами, когнітивним та психологічним дефіцитом та високим ризиком рецидиву. Летальність після інсульту залежить від якості надання допомоги при інсульті [1], а підвищення стандартів надання допомоги зменшує як спричинену інсульту смертність [3], так і довготривалу втрату функціональної спроможності [4]. Впровадження моделей, які забезпечують надання належної допомоги всім пацієнтам, може ще більше знизити смертність і забезпечити стійкість цього ефекту у часі [5].

Маніфест «Essentials of Stroke Care» (Невід'ємні складові надання допомоги при інсульті) визначає невід'ємний стандарт для надання допомоги при інсульті - в догоспітальних умовах, під час гострого перебування в лікарні, під час реабілітації та протягом життя після інсульту, та включає хірургічні, фармакологічні, немедикаментозні та підтримуючі втручання.

Формулювання невід'ємних вимог щодо розважливого лікування інсульту необхідні при плануванні та оновленні послуг, забезпеченні необхідних компетенцій медичних працівників, а також для забезпечення повноти протоколів місцевих лікарень, і, нарешті, для ознайомлення молодого медичного персоналу з мінімальним стандартом у всьому ланцюгу надання допомоги при інсульті.

Ми визнаємо, що можуть існувати додаткові компоненти відмінного надання допомоги пацієнтам з інсульту понад та за межами основних втручань, наведених у цьому документі. Хоча вони вочевидь важливі, включення їх до цієї праці не було передбачене, тож ми спрямовуємо читачів до відповідних настанов ESO.

Маніфест «Essentials of Stroke Care» (Невід'ємні складові надання допомоги при інсульті) був підготовлений підкомітетом, створеним Керівною радою ESO відповідно до запиту Керівного комітету з впровадження SAP-E (члени вказані наприкінці). Перелік втручань охоплює шлях пацієнта через етапи надання допомоги і базується на найкращих рекомендаціях на основі свідчень. Це керівництво містить рекомендації з високоякісних настанов. Вони наведені як зручний перелік того, що робити, а що не робити. Ми використовували настанови ESO (Європейської Організації Інсульту) завжди, коли це було можливо. Якщо їх не було, ми віддали перевагу настановам, заснованим на концепції GRADE [4]. Якщо не існувало настанов на основі GRADE, ми обирали найкращі доступні настанови на основі консенсусу (узгодженого твердження). Ми посилалися на джерело та наводили інформацію про тип джерела (наприклад, рекомендація що заснована на свідченнях (РЗС), узгодженому твердженні (УТ), дослідницькій статті (ДС)), щоб надати читачеві змогу якості свідчень, а також забезпечити легкий доступ до подальшого читання. Скорочення наведені наприкінці тексту (таблиця 1).

## Надання допомоги на догоспітальному етапі

Слід робити	Джерело	Тип джерела
1. Просвітні кампанії для підвищення обізнаності про необхідність негайного звернення у службу екстреної медичної допомоги у випадку підозри на інсульт	[5]	РЗС
2. Диспетчери та виїзний персонал служби екстреної медичної допомоги мають бути навчені простій догоспітальній шкалі інсульту для визначення пацієнтів з можливим інсультом	[5]	РЗС
3. Служба ЕМД мусить застосовувати протокол "код інсульт", що включає спрямування бригади з чесним найвищим пріоритетом, повідомлення персоналу лікарні про доправлення до них пацієнта, та швидке доправлення до найближчої лікарні, "готової для надання допомоги при інсульті"	[5]	РЗС
Не можна робити	Джерело	Тип джерела
1. Не показане рутинне застосування дихальної суміші, збагаченої киснем. Інгаляція збагаченої киснем суміші показана тільки при SpO <sub>2</sub> <95%	[5]	РЗС
2. Догоспітальне введення інсуліну не показане	[5]	РЗС
3. Догоспітальне використання індукованої гіпотермії не показане	[5]	РЗС

## Надання допомоги пацієнтові з підозрою на інсульт або транзиторну ішемічну атаку при його прибутті до лікарні

Слід робити	Джерело	Тип джерела
1. Пацієнт має бути поправлений до лікарні з визначеним швидким маршрутом для надання допомоги при гострому інсульті та з наявним персоналом, що має належну кваліфікацію для надання допомоги при гострому інсульті	[6]	РЗС
2. Пацієнтові має бути виконане швидке але ретельне клінічне оцінювання, що включає неврологічне обстеження з використанням шкали оцінки тяжкості інсульту, наприклад NIHSS	[6]	РЗС
3. Пацієнтові, в якого зберігаються симптоми, необхідно виконати візуалізацію головного мозку з використанням неконтрастно КТ або МРТ (DWI, T2*/SWI, FLAIR)	[7]	РЗС
4. Усім пацієнтам, які прибули не пізніше ніж за 6 годин після появи симптомів інсульту або можуть відповідати критеріям для виконання тромбектомії, необхідно виконати КТ- або МРТ-ангіографію	[8]	РЗС
5. Пацієнтам, які прибули з невизначеним часом виникнення в межах 6-24 годин, і можуть відповідати критеріям для виконання внутрішньовенного тромболізу або ендovasкулярної тромбектомії, необхідно виконати МРТ з МР-ангіографією та МР-дослідженням перфузії або КТ з КТ-ангіографією та КТ-дослідженням перфузії	[9]	РЗС
6. Екстрене дослідження крові, що включає АЧТЧ (активованій частковим тромбопластином час згортання крові, що зазвичай некоректно називають «активованій частковий тромбопластиновий час»), міжнародне нормоване відношення (що зазвичай некоректно називають «міжнародне нормалізоване відношення»), концентрації електролітів в сироватці крові, креатинін та	[10]	РЗС

розраховану швидкість клубочкової фільтрації, а також ЕКГ мають бути виконані, але не затримувати реперфузійну терапію		
<b>Розглянути доречність виконання</b>	<b>Джерело</b>	<b>Тип джерела</b>
1. МРТ з дифузійно-зваженою візуалізацією (DWI), FLAIR, T2*/SWI та TOF, а також за необхідності МР-ангіографія сонних артерій з контрастним підсиленням можуть бути доречними у пацієнтів, які перенесли ТІА, після обстеження фахівцем	[11]	РЗС

## Гостре реперфузійне лікування

Слід робити	Джерело	Тип джерела
1. Рівень глюкози в крові має бути визначений до початку виконання внутрішньовенного тромболізу	[11]	РЗС
2. Внутрішньовенний тромболізис при потенційно інвалідизуючому інсульті, а також малому інсульті, в межах 4,5 годин після появи симптомів, незалежно від віку пацієнта, за умови відсутності протипоказань	[9]	РЗС
3. Реперфузійна терапія (внутрішньовенний тромболізис та/або механічна тромбектомія - виходячи з конкретних обставин) при оклюзії базилярної великої артерії в межах 6 годин після виникнення	[8, 9]	РЗС
4. Реперфузійна терапія (внутрішньовенний тромболізис та/або механічна тромбектомія) у окремих пацієнтів у пізньому часовому вікні зі сприятливими профілями при візуалізації, як детально визначено у відповідних настановах	[8, 9]	РЗС

## Початок гострого фармакологічного лікування

Слід робити	Джерело	Тип джерела
1. Ацетилсаліцилову кислоту в дозі зазвичай 250-300 мг слід призначити пацієнтові з ішемічним інсультом або ТІА, якому не проводиться реперфузійна терапія, після виконання первинного візуалізаційного дослідження	[6]	РЗС
2. У перші 24 години після внутрішньовенної тромболітичної терапії або механічної тромбекстракції артеріальний тиск слід утримувати на рівні <185/110 мм рт.ст. фармакологічними та нефармакологічними втручаннями	[9, 12, 13]	РЗС
3. При гострому внутрішньочерепному крововиливі необхідно якомога швидше і в межах 6 годин знизити артеріальний тиск до рівня систолічного АД <140 мм рт.ст., і утримувати на такому рівні впродовж до 7 діб	[13, 14]	РЗС
4. При судомах, що виникли впродовж 7 діб, призначити протиепілептичні засоби на 3 міс.	[6]	РЗС
5. При судомах, що виникли після 7 доби, призначити тривале лікування протиепілептичними засобами	[6]	РЗС
6. При внутрішньочерепному крововиливі, пов'язаному з прийомом перорального антикоагулянта, розглянути доречність призначення лікування, що усуває дію антикоагулянта, відповідно до конкретного антикоагулянтного засобу	[15]	РЗС

Не можна робити	Джерело	Тип джерела
1. Не слід знижувати артеріальний тиск у пацієнтів з ішемічним інсультом, яким не виконується реперфузійне лікування, за умови, що артеріальний тиск не перевищує 220/120 мм рт.ст., і зниження артеріального тиску не показано з інших причин	[6]	РЗС
3. При гострому внутрішньочерепному крововиливі систолічний артеріальний тиск не слід знижувати більш ніж на 90 мм рт.ст., щоб уникати ураження нирок	[13]	РЗС
3. Протиепілептичні засоби не слід призначати для первинного запобігання судомам	[6]	РЗС

## Надання допомоги у відділенні гострого інсульту

Слід робити	Джерело	Тип джерела
1. Госпіталізувати до відділення гострого інсульту по прибутті до лікарні; відділення гострого інсульту придатне для допомоги при усіх типах інсульту або ТІА	[11]	РЗС
2. При прийнятті пацієнта до відділення і до призначення їжі, рідини або ліків через рот - необхідно виконати скринінг для визначення порушень ковтання. Якщо скринінг виявив порушення ковтання - показано оцінювання стану ковтання фахівцем з порушень мовлення та мови (або за відсутності такого - медсестрою, фахівцем ерготерапії), бажано не пізніше ніж за 24 години, для прийняття рішення щодо доречності зміни дієти або годування через зонд, та початку корекції порушень ковтання	[16]	РЗС
3. Якщо загальний клінічний стан пацієнта дозволяє раннє відновлення рухової активності - слід після завершення перших 24 годин від початку захворювання допомогти йому переміститися з ліжка на стілець, підвестися або пройтися	[17]	РЗС
4. Ранній скринінг та оцінювання фахівцями реабілітації (фізичний терапевт, ерготерапевт, фахівець з порушень мовлення та мови) в перші 48 годин з використанням стандартного протоколу	[17]	МЗС
Не можна робити	Джерело	Тип джерела
1. Якщо для переміщення з ліжка на стілець, підведення або ходіння пацієнтові потрібна допомога - не слід надмірно навантажувати його руховою активністю впродовж перших 24 годин	[14]	РЗС

## Реабілітація у відділенні гострого інсульту та догляд / рання виписка з підтримкою

Слід робити	Джерело	Тип джерела
1. Усі пацієнти, яким після перенесеного інсульту потрібна реабілітація в умовах лікарні, мають бути госпіталізовані до спеціалізованого відділення допомоги при інсульті для реабілітації та догляду	[18]	РЗС
2. У відділенні допомоги при інсульті має бути наявною мультидисциплінарна команда, що включає професіоналів з належною кваліфікацією надання допомоги при інсульті, а саме лікарів, медичних сестер, ерготерапевтів, фізичних терапевтів, фахівців з порушень мовлення та мови, соціальних працівників, клінічних дієтологів	[18]	РЗС

3. Основні складові оцінювання мають включати ковтання, настрої та когнітивні функції, температуру, харчування, функціонування кишківника та сечового міхура, ушкодження шкіри, рухомість, функціональний стан, планування виписки, запобігання венозним тромбоемболічним ускладненням	[18]	РЗС
4. Залучати у процес реабілітації пацієнтів та їх піклувальників, надавати їм просвіту та інформацію щодо інсульту	[18]	РЗС
5. Команда надання реабілітації має слідувати найкращим практикам, визначеним практичними настановами	[18]	РЗС
6. Рання виписка з підтримкою (РВП) - якщо доступна - вигідна для пацієнтів з легкими або помірними симптомами інсульту, які медично стабільні та мають ресурси для догляду і підтримки вдома. РВП може бути надана в найкращий спосіб командою, що забезпечують реабілітацію пацієнта в умовах лікарні, і має бути ініційована в межах 3 днів до виписки	[18]	РЗС
<b>Не можна робити</b>	<b>Джерело</b>	<b>Тип джерела</b>
1. Неприпустимо відмовляти в наданні допомоги в умовах відділення інсульту пацієнтам з невизначеним потенціалом щодо реабілітації	[19]	РЗС

### Запобігання ускладненням

Слід робити	Джерело	Тип джерела
1. Використовуйте високу (на рівні стегон) послідовну переміжну пневматичну компресію (ППК) для запобігання тромбозу глибоких вен (ТГВ) та тромбоемболії легеневих артерій (ТЕЛА) у знерухомлених пацієнтів з ішемічним інсультом або внутрішньочерепним крововиливом. Якщо ППК недоступна - використовуйте гепарин низької молекулярної маси (ГНММ) у профілактичній дозі, однак у пацієнтів, які перенесли внутрішньочерпний крововилив (ВЧК), з цим призначенням необхідно перерешувати щонайменше 48-72 години.	[20] (щодо ВЧК)	РЗС
2. Визначити остаточний об'єм сечі в сечовому міхурі після його спорожнення та за необхідності - використовувати переміжну катетеризацію сечового міхура для запобігання інфекцій сечовивідних шляхів	[11]	РЗС
3. Запобігайте делірію, застосовуючи структуроване спостереження, нефармакологічні втручання, а також медичні втручання відповідно до місцевої практики при делірії з проявами	[21]	РЗС
4. Запобігайте падінням відповідно до звичайної практики	[22]	РЗС
<b>Не можна робити</b>	<b>Джерело</b>	<b>Тип джерела</b>
1. Не слід використовувати калібровані компресійні панчохи	[23]	РЗС
2. Не слід використовувати нефраціонований гепарин, за виключенням пацієнтів з тяжкою нирковою недостатністю	[23]	РЗС
3. Використовувати постійні сечові катетери - через ризик інфекцій сечовивідних шляхів та синдрому нижнього сечового тракту	[11]	РЗС

## Подальші обстеження впродовж знаходження у відділенні інсульту

Слід робити	Джерело	Тип джерела
1. Аналізи крові: глюкоза натщесерце або глікований гемоглобін, ліпідний профіль, стан печінки	[11]	РЗС
2. Повторні вимірювання артеріального тиску, наприклад кожні 15-30 хвилин, залежно від стабільності артеріального тиску, та до досягнення його стійкого рівня	[11]	РЗС
3. Телеметрія впродовж 24 годин або довше - залежно від клінічних потреб (контроль артеріального тиску, аналіз серцевого ритму, насичення киснем гемоглобіну артеріальної крові)	[11]	РЗС
4. Клінічне оцінювання на предмет структурного захворювання серця (анамнез, фізичне обстеження, аускультція)	[11]	РЗС
5. Обстеження сонних артерій на предмет можливого стенозу (доплерівське ультразвукове дослідження або КТ- чи МРТ-ангіографія)	[11]	РЗС
6. Додатковий моніторинг у пацієнтів з підозрою на кардіоемболічний механізм інсульту, які можуть бути кандидатами для призначення пероральних антикоагулянтів	[24]	РЗС
<b>Розглянути доречність виконання</b>	<b>Джерело</b>	<b>Тип джерела</b>
1. Ехокардіографічне обстеження показане завжди, коли підозрюється кардіогенна етіологія інсульту (медичний анамнез, підозра на емболічну природу інсульту за даними КТ чи МРТ мозку, дані ЕКГ, тощо)	[25]	РЗС
2. КТ-ангіографія для виявлення ураження великих судин у дузі аорти або внутрішньомозкових артеріях	[11]	РЗС

## Фармакологічна вторинна профілактика

Слід робити	Джерело	Тип джерела
1. Забезпечити персоналізоване лікування, спрямоване на усунення чинників серцево-судинного ризику, що включає як виправлення способу життя, так і фармакологічні підходи	[26]	РЗС
2. Обираючи лікувальні підходи, слід брати до уваги обмеження фізичної та інтелектуальної спроможності після інсульту та здатність особи зрозуміти, що йому призначено, та приймати ліки	[26]	РЗС
3. Заходи вторинної профілактики мають бути розпочаті якомога швидше, бажано - впродовж першого тижня, а прийом антитромботичних засобів - впродовж перших 24 годин	[26]	РЗС
<b>Антигіпертензивні засоби</b>		
1. Мета антигіпертензивного лікування полягає у досягненні та стійкому утриманні клінічного систолічного артеріального тиску нижче 130 мм рт.ст. У осіб з двостороннім стенозом сонних артерій, осіб старечого віку, або у дуже ослаблених осіб з обмеженою очікуваною тривалістю життя може бути доречним більш високий пороговий рівень.	[27]	РЗС

2. Вибір антигіпертензивного засобу залежить від місцевої практики. Слід брати до уваги питання комплаєнсу (поступливості прийому), ціну, денну кількість прийомів лікарського засобу, профіль побічних дій		(GCP)
3. Пацієнтам, які пережили ішемічний інсульт, має бути запропоноване довготривале лікування статинами за відсутності протипоказань	[12]	УТ
4. У осіб, які пережили ВЧК, статини може бути призначений за наявності інших показань, але рутинної потреби в лікуванні статинами немає	[12]	УТ
<b>Антитромботичні засоби</b>		
1. Після ішемічного інсульту або ТІА за відсутності фібриляції передсердь - показаний довготривалий прийом антитромбоцитарних засобів за відсутності протипоказань	[28]	РЗС
2. Після ішемічного інсульту або ТІА за наявності фібриляції передсердь - показаний довготривалий прийом антикоагулянтів за відсутності протипоказань. Вибір певного лікарського засобу залежить від місцевої практики, але прямі пероральні антикоагулянти безпечніші, ніж антагоністи вітаміну К	[28]	РЗС
<b>Розглянути доречність виконання</b>	<b>Джерело</b>	<b>Тип джерела</b>
1. Після ішемічного інсульту: розглянути доречність закриття відкритого овального отвору у пацієнтів віком до 60 років та за відсутності альтернативної причини інсульту	[29]	РЗС
2. Після ішемічного інсульту: при фібриляції передсердь та наявності протипоказань до призначення антикоагулянтів - розглянути доречність встановлення окклюдера додатку лівого передсердя	[30]	РЗС
3. Після ВЧК, пов'язаного з прийомом перорального антикоагулянту з приводу фібриляції передсердь: залучити пацієнта до клінічного випробування або розглянути доречність відновлення довготривалого лікування пероральним антикоагулянтом після індивідуального співставлення ризиків та вигід	[12]	УТ
<b>Не можна робити</b>	<b>Джерело</b>	<b>Тип джерела</b>
1. Не слід призначати антитромбоцитарні засоби пацієнтам з фібриляцією передсердь, якщо для цього немає інших показань	[31]	РЗС
2. Не слід починати антикоагулянтне лікування з призначення гепарину до пероральних антикоагулянтів	[31]	РЗС

## Ураження сонних артерій

<b>Слід робити</b>	<b>Джерело</b>	<b>Тип джерела</b>
1. За виключенням пацієнтів, які дуже ослаблені або мають супутні захворювання, що вочевидь є протипоказаннями для втручання, слід провести обстеження для визначення можливого стенозу сонних артерій (доплерівська ультрасонографія або комп'ютерно-томографічна чи магніторезонансна ангіографія), найкраще - у перші 48 годин після появи симптомів, якщо відповідне обстеження не було виконане при госпіталізації	[32]	РЗС
2. Пацієнтів зі стенозом 70-99%, що має клінічні прояви, слід негайно направити до фахівця з ендovasкулярних втручаннях або судинного хірурга. У осіб зі стенозом 50-69% слід розглянути доречність каротидної ендартеректомії	[33]	РЗС



3. Каротидна ендартеректомія або стентування сонної артерії найкраще виконати у перші 14 діб після виникнення інсульту, за відсутності протипоказань	[33]	РЗС
4. У осіб старше 70 років слід каротидна ендартеректомія краща за стентування сонної артерії	[33]	РЗС

## Нефармакологічна вторинна профілактика - зміни способу життя

Слід робити	Джерело	Тип джерела
1. Порадити відмовитися від паління та запропонувати відповідну підтримку в цьому, яка може включати фармакотерапію	[34]	РЗС
2. Порадити обмежити споживання алкоголю 14 дозами на тиждень для чоловіків та 7 дозами для жінок, за необхідності запропонувати підтримку	[34]	РЗС
3. Надати рекомендації щодо дієти, які можуть різнитися залежно від місцевої практики, але можуть включати наступні а. Споживання п'яти або більше порцій овочів та фруктів на добу б. Зменшення споживання та заміна насичених жирів у дієті поліненасиченими або мононенасиченими с. Зменшення споживання кухарської солі	[34]	РЗС
4. Заохочувати до фізичних вправ та фізичної активності з урахуванням особистої спроможності пацієнта	[34]	РЗС

## Після виписки

Слід робити	Джерело	Тип джерела
1. Планування виписки має здійснюватися із залученням пацієнта та його рідних, аби забезпечити надання необхідної допомоги та інформування як пацієнтів, так і піклувальників щодо мінімальної планованої підтримки	[18]	РЗС
2. Після виписки з лікарні необхідний регулярний моніторинг артеріального тиску	[18]	РЗС
3. Має бути запланований регулярний контроль фармакологічної та нефармакологічної вторинної профілактики, з використанням переліку контрольних питань	[35, 36]	ДС

## Життя після інсульту

Аспект	Слід робити	Джерело	Тип джерела
Тривале спостереження	Пацієнтів, які пережили інсульт, слід принаймні щорічно піддавати обстеженню для визначення функціонального зниження та появи нових симптомів, таких як біль, з використанням контрольного переліку для обстеження після інсульту [37], та за необхідності - спрямовувати до відповідних фахівців	[38]	РЗС
Залучення, підтримка та просвіта пацієнтів та їх рідних	Пацієнти та їх рідні мають бути залучені до побудови планів надання допомоги й догляду та інших планів або рішень щодо життя після інсульту, та отримувати відповідну підтримку та просвіту	[38]	РЗС
Керування автомобілем	Оцінювання здатності до керування автомобілем має виконуватися у відповідності до місцевого законодавства	[38]	РЗС

Участь (соціальна активність, праця, дозволя)	Слід виконувати індивідуальне оцінювання, та за необхідності спрямовувати пацієнтів для відповідного обстеження та консультування	[38]	РЗС
Відносини / статеве життя	Необхідно надавати відповідну просвіту та консультування	[38]	РЗС
Підтримка у зв'язку з неспроможністю	Мають виконуватися плани надання допомоги та своєчасно подаватися заявки	[38]	РЗС
Завчасне планування надання допомоги	Надання допомоги та догляду мають плануватися завчасно та періодично піддаватися перегляду	[38]	РЗС
Перехід до надання тривалої допомоги	При прийнятті пацієнта для тривалого догляду і допомоги мають бути наявні виписний епікриз та план надання допомоги У разі наявності поточних цілей реабілітації - має бути наявний доступ до доречних служб реабілітації У випадку змін стану - має бути наявний доступ для повторного оцінювання та реабілітації	[38]	РЗС

Цей документ розроблений Робочою групою, перелік учасників якої наведений нижче, що була утворена Керуючим комітетом з запровадження Плану дій для подолання інсульту в Європі, та ухвалений Виконавчим комітетом Європейської організації інсульту

#### **Члени Робочої групи:**

Thorsten Steiner. Department of Neurology, Klinikum Frankfurt Höchst, Frankfurt, and Heidelberg University Hospital Heidelberg, Germany

Guillaume Turc. Department of Neurology, GHU Paris Psychiatrie et Neurosciences, Hopital Sainte-Anne, Université de Paris, Paris, France

Jesse Dawson. Institute of Cardiovascular and Medical Sciences, College of Medical, Veterinary & Life Sciences, University of Glasgow, UK

Katharina Sunnerhagen, Institute of Neuroscience and Physiology, University of Gothenburg, Sweden

Hanne Christensen, Department of Neurology, Bispebjerg Hospital and University of Copenhagen, Denmark

#### **Скорочення**

АЧТЧ Активований частковим тромбопластином час згортання крові

ВЧК Внутрішньочерепний крововилив

ДС Дослідницька стаття

ЕКГ Електрокардіографія

КТ Комп'ютерна томографія

мм рт.ст. міліметри ртутного стовпчика

MPT Магніторезонансна томографія

РЗС Рекомендація, заснована на свідченнях

TIA Транзиторна ішемічна атака

УТ Узгоджене твердження

DWI (Diffusion weighted imaging) - режим MPT-дослідження

FLAIR (Fluid-attenuated inversion recovery) - режим MPT-дослідження

GCP (Good Clinical Practice) - належна клінічна практика

GRADE (Grading of Recommendations Assessment Development and Evaluation) - широко визнаний підхід до розробки та оцінювання клінічних настанов

SWI (Susceptibility weighted imaging) - режим MPT

T2 (Transverse relaxation time) - режим MPT

TOF (Time of flight) - режим MPT

## Література

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, Körv 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. [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. [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-resouces/csbp\\_post\\_stroke\\_checklist\\_en.ashx](https://www.strokebestpractices.ca/-/media/1-stroke-best-practices/resources/professional-resouces/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

*Please note that this document has been translated from English by Dr Dmitriy Gulyayev from the Ukrainian Anti-Stroke Association.*

*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.*