



## ЗМІСТ

Склад мультидисциплінарної робочої групи з опрацювання клінічної настанови .....	4
Список скорочень.....	6
ПЕРЕДМОВА МУЛЬТИДИСЦИПЛІНАРНОЇ РОБОЧОЇ ГРУПИ .....	7
ЧАСТИНА ПЕРША: ВСТУП ТА ОГЛЯД.....	9
Вступ.....	9
Огляд допомоги при інсульті у Канаді .....	10
Огляд модуля «Настрій, когнітивні функції та стомлюваність після інсульту».....	11
Істотні зміни в оновленні модуля «Настрій, когніція та відчуття втоми/знесилення після інсульту» 2019 року .....	12
Методологія розробки настанови.....	13
Подяка, фінансування, цитування.....	15
ЧАСТИНА ДРУГА: КАНАДСЬКІ РЕКОМЕНДАЦІЇ НАЙКРАЩИХ ПРАКТИК ЩОДО ІНСУЛЬТУ, СТОСОВНО НАСТРОЮ, КОГНІТИВНИХ ФУНКЦІЙ ТА ВІДЧУТТЯ ВТОМИ/ЗНЕСИЛЕННЯ ПІСЛЯ ІНСУЛЬТУ ...	16
1. Післяінсультна депресія.....	16
Визначення та опис .....	16
1.1 Скринінг з метою виявлення постінсультної депресії .....	18
1.2 Оцінка постінсультної депресії .....	18
1.3 Немедикаментозне лікування постінсультної депресії .....	19
1.4 Фармакотерапія постінсультної депресії .....	20
1.5 Профілактичне лікування постінсультної депресії .....	21
1.6 Інші зміни настрою .....	22
1.7 Постійний моніторинг, підтримка та навчання .....	22
2. Судинні когнітивні порушення .....	30
Визначення та опис .....	30
2.1 Скринінг щодо судинних когнітивних порушень .....	31
2.2 Оцінка судинних когнітивних порушень.....	32
2.3 Лікування судинних когнітивних порушень після інсульту.....	35
2.4 Фармакотерапія судинних когнітивних порушень після інсульту .....	37
Таблиця 2А: Діагностичні критерії судинних когнітивних порушень та деменції.....	47
3. Відчуття втоми/знесилення після інсульту.....	52
Визначення та опис .....	52

3.1 Діагностика й оцінка .....	52
3.2 Лікування постінсультної стомлюваності .....	53
Рамка 3: Приклади конкретних стратегій збереження енергії.....	54
Додаток 2 .....	60
Таблиця 1А: Обрані перевірені інструменти для скринінгу та оцінки постінсультної депресії.....	60
Таблиця 1В: Вибрані перевірені інструменти для скринінгу та оцінки тривожності після інсульту .....	70
Таблиця 1С: Зведена таблиця обраних фармакотерапевтичних засобів для лікування постінсультної депресії .....	78
Таблиця 2В: Короткий виклад обраних інструментів для скринінгу та первинної оцінки судинних когнітивних порушень у осіб, які перенесли інсульт.....	83
Таблиця 3А: Короткий огляд обраних перевірених інструментів для скринінгу та оцінки відчуття втоми/знесилення після інсульту .....	103

### **Склад мультидисциплінарної робочої групи з опрацювання клінічної настанови**

Дубров Сергій Олександрович	Перший заступник Міністра охорони здоров'я України, голова робочої групи
Соколова Лариса Іванівна	професор кафедри неврології Національного медичного університету імені О.О. Богомольця, заступник голови робочої групи з клінічних питань
Гуляєва Марина Віталіївна	виконавчий директор громадської організації «Українська асоціація боротьби з інсультом», керівник науково-організаційного відділу Інсультного центру медичного центру «Універсальна клініка «Оберіг» (за згодою)
Коваленко Ольга Євгеніївна	професор кафедри сімейної медицини та амбулаторно-поліклінічної допомоги Національного університету охорони здоров'я України імені П.Л. Шупика
Колосинська Олена Олександрівна	провідний науковий співробітник відділу медичної експертизи та лікування наслідків впливу радіаційного опромінення Інституту клінічної радіології державної установи «Національний науковий центр радіаційної медицини Національної академії медичних наук України» (за згодою)
Костюк Михайло Романович	старший науковий співробітник відділення судинної нейрохірургії державної установи «Інститут нейрохірургії імені акад. А.П. Ромоданова Національної академії медичних наук України» (за згодою)
Лебединець Дмитро Володимирович	керівник Інсультного центру клінічна лікарня «Феофанія» Державного управління справами (за згодою)
Литвак Світлана Олегівна	керівник Інсультного нейрохірургічного центру державної установи «Інститут нейрохірургії імені акад. А.П. Ромоданова Національної академії медичних наук України» (за згодою)
Ліщишина Олена Михайлівна	завідувач наукового відділу організації медичної допомоги Державної наукової установи «Науково-практичний центр профілактичної та клінічної медицини» Державного управління справами (за згодою)
Міщенко Тамара Сергіївна	головний науковий співробітник Державної установи «Інститут неврології, психіатрії та наркології Національної академії медичних наук України» (за згодою)
Міщенко Владислав Миколайович	завідувач відділу судинної патології головного мозку та реабілітації державної установи «Інститут неврології, психіатрії та наркології Національної академії медичних наук України», професор кафедри неврології, психіатрії, наркології та медичної

	психології Харківського національного університету імені В.Н. Каразіна (за згодою)
Мороз Володимир Васильович	завідувач відділення невідкладної судинної нейрохірургії з рентгеноопераційною державної установи «Інститут нейрохірургії імені акад. А.П. Ромоданова Національної академії медичних наук України» (за згодою)
Московко Сергій Петрович	завідувач кафедри нервових хвороб Вінницького національного медичного університету імені М.І. Пирогова
Прокопів Марія Мирославівна	в.о. завідувач кафедри неврології Національного медичного університету імені О.О. Богомольця
Рошчін Георгій Георгійович	завідувач кафедри медицини катастроф та військово-медичної підготовки Національного університету охорони здоров'я України імені П.Л. Шупика
Фломін Юрій Володимирович	завідувач Інсультного центру медичного центру «Універсальна клініка «Оберіг» (за згодою)

### **Методичний супровід та інформаційне забезпечення**

Гуленко Оксана Іванівна	начальник відділу стандартизації медичної допомоги Державного підприємства «Державний експертний центр Міністерства охорони здоров'я України».
-------------------------	--

Електронну версію документа можна завантажити з офіційного сайту Міністерства охорони здоров'я України (<http://www.moz.gov.ua>) та з Реєстру медико-технологічних документів зі стандартизації медичної допомоги, що розміщений на сайті Державного експертного центру МОЗ України (<https://www.dec.gov.ua/mtd/home/>).

**Державний експертний центр Міністерства охорони здоров'я України є членом**

Guidelines International Network  
(Міжнародна мережа настанов)



### **Рецензенти:**

Маньковський Дмитро Станіславович	завідуючий відділенням кардіоневрології Державної установи «Інститут серця Міністерства охорони здоров'я України», д.мед.н.
Негрич Тетяна Іванівна	завідувач кафедрою неврології Львівського Національного медичного університету ім. Данила Галицького, д.мед.н., професор

**Перегляд клінічної настанови заплановано на 2028 рік**

## Список скорочень

ГТР	генералізований тривожний розлад
ІЗЗСН	інгібітор зворотного захоплення серотоніну та норадреналіну
КТ	комп'ютерна томографія
МРТ	магнітно-резонансна томографія
ПД	постінсультна депресія
ПЕТ	позитронно-емісійна томографія
РКД	Рандомізовані клінічні дослідження
СІЗЗС	селективні інгібітори зворотного захоплення серотоніну
СКП	судинні когнітивні порушення
TIA	транзиторна ішемічна атака
ЦСР	цереброспінальна рідина
CSBPR	Канадські настанови щодо передових практик при інсульті
CADASIL	церебральна аутосомно-домінантна артеріопатія з підкірковими інфарктами та лейкоенцефалопатією (cerebral autosomal dominant arteriopathy with subcortical infarcts and leukoencephalopathy)
HAM-D	шкала оцінки депресії Гамільтона
MCI	помірні когнітивні порушення
PST	терапія методами розв'язання проблем
PSF	постінсультна втома (Post-stroke fatigue )
rTMS	транскраніальна магнітна стимуляція
tDCS	транскраніальна стимуляція постійним струмом
VaD	судинна деменція
VCI	судинні когнітивні порушення
VaMCI	помірні судинні когнітивні порушення

## ПЕРЕДМОВА МУЛЬТИДИСЦИПЛІНАРНОЇ РОБОЧОЇ ГРУПИ

Дана Клінічна настанова (КН) є адаптованою для системи охорони здоров'я України версією **Canadian Stroke Best Practice Recommendations: Mood, Cognition and Fatigue following Stroke**. Sixth Edition, Update 2019. Heart and Stroke Foundation of Canada (2023), що була обрана робочою групою, як приклад найкращої практики надання медичної допомоги пацієнтам з когнітивними розладами після перенесеного інсульту та ґрунтується на даних доказової медицини стосовно ефективності та безпеки медичних втручань, фармакотерапії та організаційних принципів її надання. КН була обрана на основі об'єктивних критеріїв оцінки з використанням міжнародного інструменту - Опитувальника з експертизи та оцінки настанов AGREE II.

Запропонована КН не повинна розцінюватись, як стандарт медичного лікування. Дотримання положень КН не є гарантією успішного лікування у кожному конкретному випадку, її не можна розглядати, як посібник, що включає усі необхідні методи лікування або, навпаки, виключає інші. Остаточне рішення стосовно вибору конкретної клінічної процедури або плану лікування повинен приймати лікар з урахуванням клінічного стану пацієнта та можливостей для проведення заходів діагностики та лікування у конкретному закладі охорони здоров'я. КН «Настрій, когніція та відчуття втоми/знесилення після інсульту» має на меті надання допомоги лікарю та пацієнту в прийнятті раціонального рішення у різних клінічних ситуаціях, є інформаційною підтримкою для підвищення якості медичної допомоги на основі доказів ефективності застосування певних медичних технологій, ліків та організаційних ресурсів медичної допомоги.

Дана КН містить інформацію стосовно обґрунтування лікувальних, профілактичних та організаційних заходів, що спрямовані на запобігання поліпрагмазії та допомагають лікарю ефективно діяти в конкретних клінічних ситуаціях, уникаючи неефективних та помилкових втручань.

Ця Клінічна настанова підготовлена відповідно до ліцензійної угоди щодо передачі авторського права між Heart and Stroke Foundation of Canada (Фондом серця та інсульту Канади) та Громадською організацією «Українська асоціація боротьби з інсультом». Виключний володар авторського права на матеріал цього видання – Фонд серця та інсульту Канади – забороняє будь-яку форму відтворення, зберігання або передачі цього матеріалу – як в цілому, так і частинами – без письмової згоди правовласника. **У випадку виявлення будь-якого відтворення чи поширення англо- чи україномовної версії цього матеріалу або його частин, або посягань на таке відтворення чи поширення третіми сторонами – Громадська організація «Українська асоціація боротьби з інсультом» зобов'язана повідомити про це Фонду серця та інсульту Канади та співпрацювати з ним у врегулюванні судового позову щодо захисту авторського права.**

Переклад українською мовою здійснено Громадською організацією «Українська асоціація боротьби з інсультом». з дозволу Фонду серця та інсульту Канади. Відповідальність за точність перекладу несе виключно

перекладач. У випадку виявлення користувачем україномовної версії незрозумілих або помилкових на його погляд положень – пропонуємо звернутися до оригінальної англomовної версії, яка вільно доступна за посиланням

(клікніть на QR-кодi в електронній версії цієї публікації або скануйте його відповідною програмою у паперовій версії)



Переклад українською: П.В.Лебединець, редагування перекладу: Ю.В.Фломін

У випадку будь-яких розбіжностей між англomовною та україномовною версіями провідною є англomовна версія. Повідомлення про випадки виявлення неточностей та розбіжностей перекладу або підозри про таку неточність просимо надсилати Українській асоціації боротьби з інсультом електронним листом на адресу: [strokeinua@gmail.com](mailto:strokeinua@gmail.com)



## CANADIAN STROKE BEST PRACTICE RECOMMENDATIONS MOOD, COGNITION AND FATIGUE FOLLOWING STROKE SIXTH EDITION, 2019

### ЧАСТИНА ПЕРША ВСТУП ТА ОГЛЯД

#### **Вступ до Канадської настанови з передових практик при інсульті**

*Канадські настанови щодо передових практик при інсульті — CSBPR (Canadian Stroke Best Practice Recommendations)* призначені для надання сучасних обґрунтованих доказами рекомендацій щодо профілактики та лікування інсульту, а також для сприяння оптимальному відновленню та реінтеграції осіб з безпосереднім досвідом інсульту (пацієнтів, членів родин та неофіційних осіб, які здійснюють догляд). Канадський Фонд серця та інсульту — HSF (Heart & Stroke Foundation) — розробляє Настанови CSBPR. Настанови призначені для використання усіма членами міждисциплінарних команд, які разом надають допомогу пацієнтам з інсультом за принципом наступності та безперервності — від появи симптомів до довгострокового відновлення. У цих Настановах з передової практики розглянуті питання, які стосуються усіх типів інсульту, включаючи гострий ішемічний інсульт, транзиторну ішемічну атаку, внутрішньомозковий крововилив і субарахноїдальний крововилив.

Тема шостого видання CSBPR — *«Партнерство та співпраця»*. У цій Настанові наголошується на важливості інтеграції та координації в усій системі охорони здоров'я для забезпечення своєчасної та безперервної медичної допомоги пацієнтам з інсультом для оптимізації відновлення та результатів лікування. Спільна робота міждисциплінарних експертів з інсульту, служб екстреної медичної допомоги, інших груп допомоги при судинних захворюваннях, працівників місцевої медичної служби, інструкторів із санітарної освіти та дослідників з особами, які перенесли інсульт, членами їх родин та особами, які здійснюють догляд, покращить нашу здатність знижувати: поширеність факторів ризику та смертність від інсульту. Ця Настанова також включає розгляд питань, присвячених особам, які перенесли інсульт і можуть мати інші проблеми зі здоров'ям та супутні захворювання (відомі як множинні супутні захворювання), які мають потреби у складній медичній допомозі, та потребують співпраці між представниками різних спеціальностей. Також, ця Настанова підкреслює гостру необхідність у партнерських відносинах для підтримки та покращення доступу до якісної медичної допомоги при інсульті у сільських та віддалених районах.

Метою поширення та впровадження цих рекомендацій є оптимізація допомоги при інсульті на території Канади, зменшення відмінностей в практиці допомоги пацієнтам, які пережили інсульт, та скорочення розриву між сучасними знаннями та клінічною практикою.

Фонд серця та інсульту тісно співпрацює з національними, районними та регіональними зацікавленими сторонами та партнерами з метою розробки та впровадження скоординованого та інтегрованого підходу до профілактики

інсульту, лікування, реабілітації та реінтеграції до громади у кожній провінції та території Канади. CSBPR забезпечує загальний набір рекомендацій та цілей для надання допомоги при інсульті та описує ресурси та інфраструктуру, необхідні на системному рівні, а також клінічні протоколи та процеси, необхідні для створення та посилення інтегрованих, високоякісних та ефективних служб допомоги при інсульті для усіх канадців. Завдяки інноваціям, втіленим у передові практики допомоги при інсульті, ця Настанова сприяє реформуванню системи охорони здоров'я Канади.

CSBPR розроблені та представлені в рамках моделі постійного вдосконалення і написані для керівників системи охорони здоров'я, тих, хто її фінансує, адміністраторів та працівників охорони здоров'я, кожен з яких відіграє важливу роль в оптимізації профілактики та лікування інсульту і відповідає за результати. З метою оптимізації заходів з профілактики та надання допомоги використано потужну базу дослідницької літератури. Задля полегшення застосування на практиці передбачено декілька інструментів впровадження, які використовуються у поєднанні з програмами активного професійного розвитку. За допомогою моніторингу якості допомоги оцінюється вплив дотримання передових практик, а результати потім використовуються для спрямування постійного вдосконалення. Проведені останнім часом заходи з моніторингу якості допомоги при інсульті дали переконливі результати, які й надалі підтверджують цінність впровадження в Канаді обґрунтованих доказами передових практик в організації та наданні допомоги при інсульті.

### **Огляд допомоги при інсульті у Канаді**

- Щорічно близько 62 000 осіб з інсультом та транзиторною ішемічною атакою проходять лікування у канадських лікарнях. Крім того, за оцінками, на кожен симптоматичний інсульт припадає приблизно дев'ять прихованих інсультів, які призводять до незначних змін когнітивних функцій та процесів.
- Інсульт та інші цереброваскулярні захворювання є третьою, за кількістю випадків, причиною смерті в Канаді та другою в усьому світі. У той час як кількість смертей від інсульту зменшується в Північній Америці та деяких країнах Європи, вона збільшується в більшості інших країн.
- Інсульт є основною причиною інвалідності у дорослих, при цьому більше ніж 400 000 осіб у Канаді живуть з наслідками інсульту.
- Щорічні витрати, пов'язані з інсультами, складають приблизно 3,6 млрд. доларів, враховуючи витрати на охорону здоров'я та втрату економічної ефективності.
- Сукупні витрати канадської системи охорони здоров'я та особисті витрати осіб, які здійснюють догляд за пацієнтами з деменцією, склали 10,4 млрд. доларів у 2016 році. Очікується, що до 2031 року ця цифра зросте до 16,6 млрд. доларів<sup>1</sup>

- Людські втрати від інсульту не можна виміряти.

### **Огляд модуля «Настрій, когнітивні функції та стомлюваність після інсульту»**

*Партнерство та співпраця* вкрай важливі для досліджень настрою, когнітивних функцій та стомлюваності після інсульту. Післяінсультна депресія та зміни когнітивних функцій (судинні когнітивні порушення), навіть незначні, як повідомляється, спостерігаються у 30-60% людей у перший рік після інсульту. Не менше занепокоєння викликає велика кількість членів сім'ї та неформальних опікунів, які також можуть відчувати симптоми депресії у фазі відновлення після інсульту, а час появи симптомів може варіюватися від декількох тижнів до року або більше після того, як інсульт стався. Наявність будь-якого з цих наслідків інсульту може утруднити активну участь в реабілітації, уповільнити прогрес і потенційно привести до гірших результатів для людей, які пережили інсульт, включаючи підвищення смертності та нижчу якість життя. Кожен з цих станів є складним, у них можуть бути схожі симптоми, тому розібратися в основних механізмах може бути непросто. Крім того, люди можуть зіткнутися з більш ніж однією з цих проблем. У сучасній практиці пацієнти, які перенесли інсульт, не проходять постійний скринінг щодо цих станів, а в найбільш слушний час для скринінгу немає достатніх доказів та консенсусу. Люди, які пережили інсульт, часто повідомляють, що їх симптоми неправильно інтерпретуються, наприклад, повідомлення щодо симптомів постінсультної стомлюваності може розглядатися як симптом депресії, а не окрема проблема. Тепер ми також розуміємо, що ці стани не залежать від ступеня тяжкості; будь-який з цих станів може з'явитися навіть після, здавалося б, легкого інсульту. Розуміння кожного з цих станів, їх поєднання та взаємодії, а також кращих наявних наразі даних діагностики, оцінки та лікування призведе до поліпшених результатів, орієнтованих на конкретного пацієнта та дозволить пацієнтам, із більшою ймовірністю, досягти своїх цілей в реабілітації.

Ключовий аспект цієї настанови, присвячений змінам когнітивних функцій та настрою після інсульту, вимагає, щоб пацієнти, які перенесли інсульт, їх сім'ї та члени медичної команди працювали разом в тісному партнерстві для виявлення напрямків ризику, узгодження цілей лікування і реабілітації, а також для реалізації відповідних стратегій лікування. Це застосовується до всього періоду надання медичної допомоги та підкреслює співпрацю людей з інсультном, їх сімей та опікунів, медичних установ і більш широкої спільноти. Люди, які страждають від будь-яких із цих проблем після інсульту, часто повідомляють, що відчувають дискримінацію, в першу чергу, через, власне, інсульт, а тим більше, якщо він супроводжується одним або усіма цими станами.

У *Партнерстві та співробітництві* беруть участь медичні установи, представники урядових структур, люди з інсультном, їх сім'ї та опікуни, а також громадськість. Разом вони повинні забезпечити пацієнтам своєчасний доступ

до фахівців, які мають досвід лікування цих станів, а також постійний моніторинг ефектів лікування та досягнення результатів. Перші кроки *співпраці* для медичних працівників щодо настрою, когнітивних функцій та стомлюваності – це зрозуміти частоту виникнення та вбудувати процес діагностики симптомів депресії, судинних когнітивних порушень і постінсультної стомлюваності у регулярні робочі процеси.

В ідеалі, коли діагностика виявляє проблеми настрою або порушення когнітивних функцій людей, які пережили інсульт, або ж у членів їх сімей, слід без зволікання направляти їх до фахівців, щоб полегшити доступ до відповідної поглибленої діагностики та лікування, а також для отримання підтримки та інформації для самостійного лікування. Безперервність догляду та тісне спілкування медичних працівників, а також членів медичної команди з людиною, що перенесла інсульт, та її сім'єю мають вирішальне значення для плавного переходу між місцями надання медичної допомоги та для забезпечення того, щоб проблеми, пов'язані з настроєм, когнітивними функціями та стомлюваністю, не залишилися непоміченими. Важливими є часті перевірки стану та постійне навчання людей, які перенесли інсульт, та їхніх сімей, оскільки ці аспекти можуть бути втрачені на більш пізніх стадіях реабілітації якщо вони не з'являться.

Недавні звіти щодо якості послуг із лікування інсульту в Канаді та в окремих її провінціях показали, що діагностика і спостереження за людьми, які перенесли інсульт, на предмет постінсультної депресії, стомлюваності та порушень когнітивної функції як в міських, так і в сільських районах, є суперечливими. Затримка комплексної оцінки та лікування розладів настрою і когнітивних функцій можуть призвести до поганих результатів лікування та більш повільного відновлення.

### **Істотні зміни в оновленні модуля «Настрій, когніція та відчуття втоми/знесилення після інсульту» 2019 року**

Оновлення модуля Рекомендацій Канадської передової практики щодо інсульту «Настрій, когнітивні функції та стомлюваність після інсульту» 2019 року підкріплює масив наукових даних, доступних для проведення скринінгу, діагностики та лікування цих станів після інсульту, що постійно зростає та змінюється. У цьому розділі робиться наголос на скоординований та організований підхід до діагностики та оцінки, а також на належному веденні пацієнтів.

У деяких напрямках дані досліджень слабші або тільки починають з'являтися. За цими темами робоча група змогла надати попередні рекомендації, засновані на думці експертів та поточній клінічній практиці.

Основні моменти невеликих та істотних оновлень, а також нових доповнень до шостого видання модуля «Настрій, когнітивні функції та стомлюваність після інсульту» 2019 р. включають:

- ✓ До кожного розділу були додані нові клінічні аспекти, що підтверджують появу нових методів лікування і практик, заснованих на консенсусі.
- ✓ Додана нова література, в якій передбачається, що профілактичне лікування антидепресантами може бути ефективним для деяких людей, що перенесли інсульт.
- ✓ Нова інформація щодо стратегії когнітивної реабілітації для людей з судинними когнітивними порушеннями.
- ✓ Оновлена порівняльна таблиця інструментів оцінки для діагностики судинних когнітивних порушень.
- ✓ Оновлена інформація щодо лікування постінсультної стомлюваності.

### **Методологія розробки настанови**

Канадські настанови щодо найкращих практик щодо інсульту (CSBPR) представляють високоякісні, засновані на фактичних даних, рекомендації з лікування інсульту у стандартизованому форматі для підтримки медичних працівників усіх напрямків. Очікується, що виконання цих рекомендацій зменшить варіабельність клінічної практики та зменшить розрив між науковими даними та практичною роботою.

Рекомендації адресовані медичним працівникам усієї системи охорони здоров'я, що надають допомогу особам, які постраждали від інсульту. Керівники системи охорони здоров'я, спонсори, старші менеджери та адміністратори, які відповідають за координацію і надання медичних послуг при інсульті в межах області або регіону також вважатимуть цей документ актуальним і застосовним до своєї роботи.

Методологія оновлення рекомендацій включає дванадцять окремих кроків, які забезпечують ретельний та кропіткий процес. Ці кроки включають наступне (подробіці доступні в Інтернеті):

1. Створити експертну мультидисциплінарну робочу групу для модуля, а також для осіб, які пережили інсульт, та/або осіб, які здійснюють догляд (Додаток 1);
2. Систематичний пошук, оцінка та оновлення наукової літератури до лютого 2019 р.;
3. Систематичний пошук і оцінка рекомендацій зовнішніх довідкових посібників;
4. Оновлення зведених таблиць наукових доказів;
5. Створення групи огляду та перегляду наявних рекомендацій і розробка нових рекомендацій, за необхідності;
6. Подання запропонованого оновлення розділу Консультативного комітету з Канадської передової практики щодо інсульту;
7. Внутрішній огляд запропонованого оновлення розділів. Зворотній зв'язок із робочою групою, доопрацювання правок;

8. Зовнішня перевірка й остаточні правки на основі зауважень. (Список зовнішніх рецензентів занесено до Додатка 1);
9. Оновлення навчальних матеріалів і ресурсів для впровадження;
10. Остаточне узгодження, погодження та переклад розділів;
11. Публічний випуск і поширення останнього оновлення розділів;
12. Продовження поточного процесу перегляду та оновлення.

Детальна методологія та пояснення для кожного з цих кроків у розробці та розповсюдженні CSBPR доступний у Canadian Stroke Best Practice Recommendations Overview and Methodology посібник доступний на канадському веб-сайті найкращих методів лікування інсульту за адресок <https://www.strokebestpractices.ca/recommendations/overview-methods-and-knowledge-exchange>

**Конфлікт інтересів.** Усі потенційні учасники процесу розробки та розгляду Настанови повинні підписати угоди щодо конфіденційності та заявити про усі фактичні та потенційні конфлікти інтересів у письмовій формі. Будь-які заявлені конфлікти інтересів розглядаються головами Консультативного комітету з передової практики та відповідними співробітниками Фонду захворювань серця та інсульту на предмет їх потенційного впливу. Потенційні члени будь-якої робочої групи, у яких є конфлікти інтересів, що вважаються значними, не можуть входити до консультативної або робочої групи. Учасники, у яких є конфлікти інтересів в одній конкретній темі, визначаються на початку обговорення щодо цієї теми, і якщо це голова робочої групи, то інший учасник без конфлікту інтересів бере на себе роль голови робочої групи у цьому обговоренні для забезпечення збалансованого обговорення. Заяви щодо конфлікту інтересів для членів робочої групи можна знайти у Додатку 1.

**Присвоєння рівнів доказовості.** Робочій групі були надані повні таблиці наукових доказів, які включають зведення усіх високоякісних доказів, що були знайдені в результаті пошуку літератури. Група авторів обговорює цінність доказів і на основі консенсусу розробляє остаточний набір запропонованих рекомендацій.

В ході обговорень можуть бути визначені та додані до таблиці доказів додаткові дослідження, якщо буде досягнуто консенсусу щодо їх цінності. Усім рекомендаціям присвоюється рівень доказовості від А до С, відповідно до критеріїв, визначених у Таблиці 1. При розробці та включенні рекомендацій рівня С консенсус досягається у робочій групі та підтверджується в процесі внутрішнього та зовнішнього аналізу. Цей рівень доказовості використовується з обережністю та лише за відсутності більш переконливих доказів у питаннях, які вважаються найважливішими у наданні допомоги при інсульті (наприклад, транспорт з використанням служб швидкої допомоги або деяких методів скринінгу). До шостого видання додана категорія «Клінічні міркування». До цього розділу включено висновки експертів у відповідь на обґрунтовані запити від ряду медичних фахівців, які звертаються за порадами

та вказівками експертів із конкретних клінічних проблем, з якими регулярно стикаються за відсутності будь-яких наукових доказів з цього питання.

*Примітка. Усі посилання на рекомендації та твердження, представлені у цьому модулі, можна знайти у таблицях доказів та списках посилань, представлених для цього модуля на сайті [www.strokebestpractices.ca](http://www.strokebestpractices.ca).*

**Таблиця 1. Короткий огляд критеріїв для рівнів доказовості, наведених у Канадських рекомендаціях з передових практик при інсульті (шосте видання)**

<b>Рівні доказовості</b>	<b>Критерії*</b>
<b>А</b>	Дані метааналізу рандомізованих контрольованих досліджень (РКД) або узгоджені між собою результати двох або більше РКД. Бажані ефекти явно переважають небажані ефекти або навпаки.
<b>В</b>	Дані одного РКД або узгоджені між собою результати двох або більше добре спланованих нерандомізованих та/або неконтрольованих досліджень та великих обсерваційних досліджень. Метааналіз нерандомізованих та/або обсерваційних досліджень. Бажані ефекти переважають або майже врівноважують небажані ефекти, або навпаки.
<b>С</b>	Консенсус групи з розробки КН стосовно визначених тем підтверджується обмеженими дослідницькими даними. Бажані ефекти переважають або майже врівноважують небажані ефекти, або навпаки, як визначено в консенсусі групи з написання.
<b>Клінічні міркування</b>	Розумно обґрунтовані практичні поради, підтверджені консенсусом групи з розробки, щодо конкретних клінічних питань, які є загальними та/або суперечливими, і недостатньо даних досліджень для рекомендацій на практиці.

\*адаптовано з Guyatt et al. 2008 [12]

## **Фінансування**

Розробка Канадських настанов щодо найкращих практик для лікування інсульту повністю фінансується Канадським фондом серця та інсульту. Жодні кошти на розробку цих настанов не надходять з комерційних джерел, включаючи фармацевтичні компанії та виробників пристроїв. Усі члени робочих груп зі створення рекомендацій та зовнішні рецензенти є добровольцями й не отримують жодної винагороди за участь в розробці, оновленні та аналізі рекомендацій. Усі учасники заповнюють декларацію про конфлікт інтересів до своєї участі.

## **Посилання на оновлення модуля**

Рекомендації, що включені до цієї настанови, також опубліковані в International Journal of Stroke: 2019 р. International Journal of Stroke. <https://doi.org/10.1177/1747493019847334>

Посилання на англійську версію:

<https://journals.sagepub.com/doi/epub/10.1177/1747493019847334>

Посилання на французьку версію:

<https://journals.sagepub.com/doi/epub/10.1177/1747493019847334>

### Коментарі

Ми чекаємо на коментарі, пропозиції й запити щодо розробки та застосування *Канадських настанов з передових практик при інсульті*. Будь ласка, надсилайте коментарі команді з проблеми інсульту Фонду серця та інсульту за адресою: [strokebestpractices@heartandstroke.ca](mailto:strokebestpractices@heartandstroke.ca)

## ЧАСТИНА ДРУГА: КАНАДСЬКІ РЕКОМЕНДАЦІЇ НАЙКРАЩИХ ПРАКТИК ЩОДО ІНСУЛЬТУ, СТОСОВНО НАСТРОЮ, КОГНІТИВНИХ ФУНКЦІЙ ТА ВІДЧУТТЯ ВТОМИ/ЗНЕСИЛЕННЯ ПІСЛЯ ІНСУЛЬТУ

### Розділ перший: Післяінсультна депресія (6-е видання, 2019 р.)

#### 1. Післяінсультна депресія. Оновлення 2019р.

##### Визначення та опис:

**Постінсультна депресія.** У цьому розділі ми розглядаємо постінсультну депресію. Відповідна категорія DSM-5 – це розлади настрою, викликані іншим захворюванням, (наприклад інсульт) із депресивними ознаками, епізодом, схожим на депресію, або змішаними симптомами порушень настрою. Вона часто пов'язана з ураженням великих судин. (Robinson and Jorge, AJP, [Volume 173, Issue 3, March 01, 2016](#), pp. 221-23).

- Пацієнт, який є кандидатом для цього діагнозу, має пригнічений настрій або втрату інтересу або задоволення разом із чотирма іншими симптомами депресії (наприклад, втрата ваги, безсоння, психомоторне збудження, відчуття втоми/знесилення, відчуття нікчемності, зниження концентрації, суїцидальні думки) тривалістю два або більше тижнів.
- У її патогенезі беруть участь кілька механізмів, зокрема біологічні, поведінкові та соціальні фактори.
- Симптоми, зазвичай, з'являються протягом перших трьох місяців після інсульту (постінсультна депресія з раннім початком); однак можуть виникнути в будь-який час (постінсультна депресія з пізнім початком). Симптоми нагадують симптоми депресії, викликані іншими причинами, хоча є і деякі відмінності: люди, які перенесли інсульт із депресією після нього, частіше відчувають порушення сну, вегетативні симптоми та соціальну ізоляцію.

**Судинна депресія** –це нова концепція, що включає більш широкий спектр депресивних розладів. Судинна депресія пов'язана з ішемією дрібних судин і у людей, які страждають на судинну недостатність, можуть бути наявні ознаки ураження білої речовини при нейровізуалізації. Судинна депресія також включає постінсультну депресію (ПД), як підкатегорію. Для осіб після інсульту із судинною депресією характерний початок у старшому віці, більш



виражені когнітивні порушення, відсутність депресій у сімейному й власному анамнезі та більш серйозні фізичні порушення, аніж у літніх людей з несудинною депресією. Було виявлено, що вони по-різному реагують на лікування та мають різний прогноз. Крім того, люди з судинною депресією, яка супроводжується виконавчою дисфункцією, та/або люди, у яких з плином часу спостерігається прогресування гіперінтенсивності білої речовини, погано реагують на лікування антидепресантами та мають більш хронічний та рецидивуючий клінічний перебіг (Taylor WD, Steffens DC, MacFall JR, et al: White matter hyperintensity progression and late-life depression outcomes. Arch Gen Psychiatry 2003; 60:1090–1096)

**Апатію** найчастіше визначають як багатовимірний синдром зменшення обсягу цілеспрямованої діяльності, емоцій та когніції (Sachdev 2017; Chen 2018). У людей спостерігається втрата мотивації, переживань, інтересу та емоційних реакцій, що призводить до втрати ініціативи, зниження взаємодії з середовищем і зниження інтересу до суспільного життя. Це може негативно вплинути на відновлення після інсульту. Апатія може виникати як самостійний синдром, хоча вона також може виникати, як симптом депресії або деменції (Marin, 1991; Starkstein 2008). Повідомляється, що апатія зустрічається у 29-40% людей, які перенесли інсульт (van Dalen, 2013).

**Тривожність** після інсульту характеризується почуттям напруги, сильним побоюванням і занепокоєнням, а також фізичними проявами, такими як підвищення артеріального тиску. Тривожні розлади виникають, коли симптоми стають надмірними або хронічними. У літературі, присвяченій постінсультному періоду, для визначення тривожності використовували як наявність так і тяжкість симптомів згідно з перевіреними шкалами для скринінгу та оцінки (наприклад, Госпітальна шкала тривожності та депресії), так і за допомогою діагностичних критеріїв відповідних синдромів (наприклад, панічні розлади, загальний тривожний розлад, соціальна фобія).

**1.0.** Усі люди, які перенесли інсульт, мають ризик розвитку постінсультної депресії, що може виникнути на будь-якому з етапів відновлення [рівень доказовості А].

- i. Люди, які перенесли інсульт, та їхні родини мають отримати інформацію та пояснення щодо потенційного впливу інсульту на їх настрій [рівень доказовості С].
- ii. Людям, які перенесли інсульт, та їхнім сім'ям повинна бути надана можливість розповісти щодо впливу інсульту на їх життя на усіх етапах надання медичної допомоги [рівень доказовості С].

*Зверніться до модуля Рекомендацій Канадської передової практики в області інсульту «Наступництво в наданні медичної допомоги» для отримання додаткової інформації про навчання пацієнтів і їх сімей, а також про подальше спостереження на локальному рівні.*

## 1.1 Скринінг з метою виявлення постінсультної депресії

- i. Усім людям, які перенесли інсульт, має бути проведений скринінг для виявлення постінсультної депресії, якщо це буде визнано доцільним з медичної точки зору, з огляду на високу поширеність постінсультної депресії й наукові факти щодо ефективності лікування депресії після інсульту [рівень доказовості В]. *Примітка. Термін «Доцільне з медичної точки зору» виключає людей, які перенесли інсульт, але не реагують на лікування або мають розлади, що заважають діагностиці розладів настрою. В процесі діагностики слід брати до уваги будь-які психічні або когнітивні передінсультні діагнози.*
- ii. Скринінг має проводитись підготовленими фахівцями з використанням перевіреного скринінгового інструменту для максимального виявлення депресії [рівень доказовості В]. *Зверніться до Додатка 2, Таблиця 1А, де наводиться зведення запропонованих перевірених інструментів для скринінгу.*
- iii. Обстеження при інсульті має включати оцінку факторів ризику депресії, зокрема депресію в анамнезі [рівень доказовості С]. *Список факторів ризику див. у примітці нижче.*
- iv. У осіб, які мають певний ступінь розладів комунікації або її повне порушення після інсульту, з метою скринінгу щодо можливої постінсультної депресії слід використовувати відповідні стратегії, які не базуються на вербальному спілкуванні для забезпечення адекватного скринінгу та оцінки, а також доступ до відповідного лікування [рівень доказовості С]. Зверніться до модуля «Реабілітація після інсульту» Рекомендацій Канадської передової практики щодо інсульту для отримання додаткової інформації про дефіцит спілкування.

*Примітка. Загальні фактори ризику постінсультної депресії включають більшу тяжкість інсульту, функціональну залежність, наявність когнітивних порушень і депресію в анамнезі. Вищий ступінь функціональної залежності (наприклад, необхідність допомоги в повсякденному житті) та наявність депресії в анамнезі до інсульту можуть бути двома найбільш значимими факторами ризику розвитку постінсультної депресії. Комунікативні розлади та соціальна ізоляція також можуть розглядатися, як можливі фактори ризику депресії. Зверніться до модуля Рекомендацій Канадської передової практики щодо інсульту «Послідовні етапи надання медичної допомоги» для отримання інформації щодо депресії в сім'ї та про неформальних опікунів людей з інсультом.*

## 1.2 Оцінка постінсультної депресії

- i. Особи, які перенесли інсульт, та мають високий ризик депресії за результатами скринінгу, мають бути вчасно обстежені медичним працівником, який має досвід із діагностики, лікування і подальшого спостереження при депресії [рівень доказовості С].

## **Клінічні міркування 1.2: Терміни діагностики постінсультної депресії (нове у версії 2019 р.)**

- i. Скринінг щодо постінсультної депресії може проводитися на різних етапах протягом усього ланцюга надання допомоги при інсульті, особливо при переході на наступний етап, оскільки час початку постінсультної депресії може варіювати, зокрема:
  - a. У випадку переведення з лікарні, де пацієнт перебував у гострому періоді, на стаціонарну реабілітацію;
  - b. Перед випискою з відділення стаціонарної реабілітації перед поверненням додому;
  - c. Під час відвідування клініки вторинної профілактики;
  - d. Після повернення додому, під час наступних візитів до фахівців-консультантів та під час періодичних оцінок стану здоров'я у лікарів загальної практики.
- ii. Скринінг щодо симптомів депресії може бути проведений і під час перебування у гострому періоді, якщо це буде визнано доцільним із медичної точки зору, особливо якщо спостерігаються ознаки депресії чи зміни настрою або якщо наявні фактори ризику депресії, як зазначено у розділі 1.1, iii.
- iii. Може знадобитися повторний скринінг, адже оптимальний час для скринінгу щодо постінсультної депресії поки невідомий.

### **1.3 Немедикаментозне лікування постінсультної депресії**

- i. Має сенс розглядати або когнітивно-поведінкову терапію, або міжособистісну терапію, як лікування першої лінії при симптомах депресії після інсульту [рівень доказовості B] і як монотерапію.
- ii. Лікування постінсультної депресії може включати психотерапію на додаток до антидепресантів [рівень доказовості A], з урахуванням стану здоров'я людини, яка перенесла інсульт, та інших порушень (наприклад, комунікативних та інших когнітивних порушень).

### **Клінічні міркування щодо розділу 1.3**

- i. З'являються й інші додаткові підходи до лікування постінсультної депресії, дослідження яких знаходиться на дуже ранніх стадіях. До них належать музика, психологічна залученість та мотиваційні інтерв'ю. Ці методи лікування можуть бути розглянуті в індивідуальному порядку на розсуд фахівця, що лікує, після консультації з особою, що перенесла інсульт, та її сім'єю, якщо це необхідно.
- ii. Інші методи лікування включають глибоке дихання, медитацію, візуалізацію, фізичні вправи, повторну транскраніальну магнітну

стимуляцію або, при важкій рефрактерній депресії, електросудомну терапію або глибоку стимуляцію мозку. Згадки щодо них можна знайти у літературі, але поки недостатньо доказів для їх повсякденного застосування та потрібні додаткові дослідження.

#### 1.4 Фармакотерапія постінсультної депресії

- i. У осіб, які перенесли інсульт та мають легкі депресивні симптоми, та тих, у кого діагностована легка депресія, можна спочатку обмежитись «динамічним спостереженням»\* (рівень доказовості В). Див. примітку нижче для визначення динамічного спостереження.
  - a. Слід розглянути можливість медикаментозного лікування та розпочати його, якщо депресія є стійкою або посилюється і це перешкоджає досягненню клінічних цілей [рівень доказовості В].
- ii. У випадках, коли після інсульту діагностовано депресивний розлад, слід розглянути можливість пробного прийому антидепресантів [рівень доказовості А].
- iii. Немає достатніх доказів того, що якийсь лікарський засіб чи клас засобів є найкращим для лікування ПД. Проте, профілі побічних ефектів, свідчать, що деякі селективні інгібітори зворотного захоплення серотоніну (СІЗС) можуть мати переваги у цієї популяції пацієнтів [рівень доказовості А].
  - a. Вибір антидепресанта залежить від симптомів депресії, потенційних відомих побічних ефектів ліків, особливо у дітей або людей похилого віку, взаємодії з іншими ліками, що приймаються від супутніх захворювань. *Див. Додаток 2, Таблиця 1С, де наведено зведені дані щодо ефективності та безпеки фармакологічних засобів для лікування ПД.*
- iv. Реакція на лікування має регулярно оцінюватись медичним працівником. Моніторинг має включати оцінку будь-яких змін ступеня тяжкості депресії, аналіз потенційних побічних ефектів та оновлення планів лікування [рівень доказовості С].
- v. Якщо отримано хорошу реакцію, лікування слід продовжувати, як мінімум, протягом 6 - 12 місяців. [рівень доказовості С].

*Примітка. На «хорошу реакцію» можуть вказувати позитивні зміни в думках і самосприйнятті (наприклад, зменшення безнадійності, нікчемності, почуття провини), емоційних симптомах (таких як смуток, плаксивість), нейровегетативних симптомах (покращення сну, апетиту), а також підвищена мотивація до повсякденної діяльності.*

- a. Якщо настрої пацієнта не покращився через 2-4 тижні після початку лікування, слід оцінити дотримання пацієнтом режиму прийому ліків. Якщо пацієнт належним чином приймав лікування, розгляньте можливість збільшення дози, додавання інших ліків або перехід на інший антидепресант [рівень доказовості В].

- b. Після початкового курсу лікування слід в індивідуальному порядку розглянути доцільність підтримуючої терапії (необхідно врахувати анамнез та фактори ризику рецидиву депресії) [рівень доказовості C].
- c. Якщо прийнято рішення щодо припинення лікування антидепресантами, дозу ліків слід поступово зменшувати протягом одного-двох місяців [рівень доказовості C].
- vi. Після початкового лікування ПД, слід продовжувати спостереження за людьми, що пережили інсульт, на предмет посилення чи рецидиву депресії [рівень доказовості C].
- vii. Псевдобульбарний синдром: у разі важкої, стійкої або тривожної плаксивості, насильницьких емоцій чи їх лабільності слід розглянути можливість пробного лікування антидепресантами [рівень доказовості A].
  - a. Профілі побічних ефектів вказують на те, що деякі СІЗЗС можуть бути найкращими за усі інші для цієї популяції. Немає даних щодо немедикаментозного лікування у випадку цього стану. *Див. Додаток 2, Таблиця 1С, де наводяться дані щодо запропонованих фармакотерапевтичних засобів для лікування ПД*

Примітка. «Динамічне спостереження» визначається, як період коли людина, яка перенесла інсульт та має легкі симптоми депресії, знаходиться під ретельним наглядом без додаткових терапевтичних втручань для визначення, чи покращаться легкі симптоми депресії. Термін для динамічного спостереження у літературі варіює але, зазвичай триває від 2 до 4 тижнів. Динамічне спостереження часто включає стратегії самопомоги та фізичні вправи.

### Клінічні міркування

- i. Залучення та зворотний зв'язок з людьми, які пережили інсульт, з членами їх сімей та опікунами, є важливим компонентом постійного моніторингу змін настрою та станів після інсульту.
- ii. Консультації та навчання повинні включати інформацію щодо рецидивів або посилення симптомів, ознаки, про які слід знати, важливість дотримання призначеного режиму лікування та звернення до свого сімейного лікаря або психіатра, в разі повторної появи цих ознак.

### 1.5 Профілактичне лікування постінсультної депресії

- i. Було показано, що профілактичне медикаментозне лікування запобігає появі симптомів ПД [рівень доказовості A], його вплив на функціональний стан є менш зрозумілим. На даний час не рекомендується рутинне профілактичне застосування антидепресантів для УСІХ пацієнтів, які перенесли інсульт, оскільки співвідношення ризику та користі ще чітко не визначено [рівень доказовості B].

- ii. Необхідні подальші дослідження для визначення пацієнтів після інсульту з підвищеним ризиком вибору антидепресантів, оптимального часу призначення та тривалості втручання.
- iii. Було показано, що терапія методами розв'язання проблем (тобто когнітивно-поведінкова терапія) є ефективною для профілактичного лікування ПДД [рівень доказовості В].

### 1.6 Інші зміни настрою

- i. У осіб, які перенесли інсульт, можна розглянути скринінг щодо тривожних розладів, оскільки після інсульту їх поширеність зростає [рівень доказовості В].
  - a. Для виявлення тривожності слід використовувати перевірені інструменти [рівень доказовості В].
  - b. У людей, які перенесли інсульт, що спричинив обмеження у можливості спілкування, з метою скринінгу слід використовувати методи, придатні для людей, які перенесли інсульт та мають афазію [рівень доказовості В].
- ii. Тривожність після інсульту часто поєднується з депресією, проте може з'явитися у людей, які перенесли інсульт, але не мають клінічної картини депресії. Пацієнтам, які перенесли інсульт та мають виражену тривожність із клінічними проявами депресії або без них, доцільно запропонувати медикаментозне лікування [рівень доказовості С].
  - a. Хоча дані щодо пацієнтів, які перенесли інсульт, обмежені, психотерапію можна розглядати, як доповнення до медикаментозної терапії [рівень доказовості С].
- iii. Було показано, що терапія методами розв'язання проблем (тобто когнітивно-поведінкова терапія) ефективна у випадку тривожності після інсульту [рівень доказовості В].
- iv. Апатія часто поєднується з депресією після інсульту або може з'явитися у людей, які перенесли інсульт, але не страждають клінічною депресією. Пацієнтам, які перенесли інсульт та мають виражену апатію, з клінічною депресією або без неї, розумно запропонувати немедикаментозне лікування, зокрема вправи або музичну терапію [рівень доказовості С]. Психостимулятори пройшли дослідження, але даних поки недостатньо [рівень доказовості С].

### 1.7 Постійний моніторинг, підтримка та навчання

- i. Люди, які перенесли інсульт, та їхні сім'ї мають і надалі отримувати інформацію щодо потенційного впливу інсульту на настрій [рівень доказовості С].
- ii. Пацієнтам, які перенесли інсульт, та їхнім сім'ям повинна бути надана можливість розповісти про вплив інсульту на їхнє життя на усіх етапах надання допомоги. Зверніться до розділу CSBPR «Послідовні етапи у наданні медичної допомоги» для отримання додаткової

інформації щодо навчання пацієнтів та їх сімей, а також про подальше спостереження на локальному рівні.

### **Обґрунтування**

Приблизно в однієї третини усіх людей, які перенесли інсульт, через деякий час після інсульту будуть проявлятися симптоми депресії (спостереження в гострому, підгострому періоді та довгострокове спостереження). Повідомлялося про значне збільшення поширеності депресії після інсульту до 24% пацієнтів, які перенесли інсульт (24% проти 8% у порівнянні з населенням в цілому). У багатьох дослідженнях повідомляється, що найвища частота постінсультної депресії може проявлятися протягом перших трьох-шести місяців після інсульту, а в інших дослідженнях з більш тривалим періодом спостереження повідомлялося про нові епізоди постінсультної депресії, які проявлялися через два роки після інсульту.

У одному дослідженні постінсультна депресія також спостерігалася у 48% з 71 молодшої людини, що перенесли інсульт після, як мінімум, одного року спостереження. Постінсультна депресія може виявитися стійкою у половини осіб, у яких депресія була ідентифікована незабаром після інсульту. Тяжкість функціональних обмежень, тяжкість інсульту, когнітивні порушення, вік у якому стався інсульт і попередня депресія в анамнезі були визначені, як важливі фактори ризику розвитку постінсультної депресії.

Постінсультна депресія пов'язана з погіршенням функціонального відновлення, підвищеним ризиком інвалідності, погіршенням когнітивних функцій та зниженням соціальної активності. Крім того, наявність постінсультної депресії була пов'язана з підвищеним ризиком смертності. Раннє виявлення, діагностика і лікування постінсультної депресії були пов'язані з поліпшеними результатами.

Сім'ї та опікуни людей, що перенесли інсульт, також схильні до ризику депресії, при цьому, згідно з повідомленнями, частота симптомів депресії досягає від 30% до 60% осіб, які здійснюють догляд.

Щодо тривожності та апатії повідомлялося у 20-30% пацієнтів, які перенесли інсульт, або окремо, або в поєднанні з діагнозом постінсультної депресії.

### **Системні наслідки**

Висновки цього огляду призводять до таких наслідків для системи охорони здоров'я:

1. Навчання лікарів первинної медико-санітарної допомоги та медичних закладів на усіх етапах надання допомоги при інсульті з питань діагностики, оцінки та лікування постінсультної депресії.
2. Повинні бути доступні інструменти діагностики, що враховують унікальні обставини, наприклад, людей, які перенесли інсульт із комунікативними або когнітивними розладами, а також інструменти, які можуть бути прийнятними з культурної точки зору.

3. Своєчасний доступ до психіатрів, за потребою, які можуть діагностувати та оцінити тяжкість депресії та надати рекомендації для постійного ведення.
4. Своєчасний доступ і наявність спеціалізованих методів лікування депресії після інсульту, включаючи консультування та психотерапію, за потребою.
5. Розробка і реалізація справедливої та універсальної програми фармацевтичного обслуговування, яка реалізується в партнерстві з регіонами та спрямована на поліпшення доступу до дешевих ліків для усіх людей в Канаді, незалежно від проживання, віку або платоспроможності. Ця програма повинна включати надійний загальний довідник, за яким державний платник є першим платником.
6. Механізми, що забезпечують ефективне спілкування та обмін інформацією між рядом фахівців і програм, крім основних постачальників послуг із надання допомоги при інсульті, для задоволення різноманітних потреб людей, що перенесли інсульт (наприклад психіатрів, фахівців із когнітивних розладів, програм для літніх людей).
7. Процес постійного спостереження за будь-якою людиною, що пережила інсульт, із позитивним результатом діагностики депресії під час скринінгу та оцінки.
8. Навчання і підтримка осіб, які доглядають за людьми, котрі перенесли інсульт.
9. Повинні бути впроваджені процеси навчання і забезпечення того, щоб емоційні потреби осіб, які здійснюють догляд, відстежувалися і задовольнялися, в ідеалі – за допомогою залучення команди первинної медико-санітарної допомоги.
10. Оптимізація стратегії запобігання повторного інсульту.

### **Показники ефективності**

1. **Частина людей з гострим інсультом та документацією, що вказує на те, що початкова діагностика ПІД (неформально або з використанням формального інструменту діагностики) у відділенні: невідкладної допомоги, реабілітації, довгострокового догляду та в амбулаторних умовах (наприклад, вдома). (Основний показник)**
2. Частина людей з гострим інсультом, направлених на додаткове обстеження або процедури з приводу підозри на депресію.
3. Частина людей, які перенесли інсульт з діагнозом «постінсультна депресія» та яких лікують антидепресантами та/або психотерапією у відповідні моменти часу після первинного інсульту, наприклад, через 30, 60 та 90 днів, шість місяців і один рік.



### **Примітки щодо показників**

- Рекомендації з діагностики та оцінки постінсультної депресії й відповідні показники ефективності застосовуються протягом всього процесу надання допомоги при інсульті та повинні враховуватися на гострій стадії, під час ранньої та довгострокової реабілітації в амбулаторних умовах, а також застосовуватися в усіх медичних установах.
- При моніторингу цих показників ефективності важливо реєструвати, коли та в якому контексті (протягом процесу надання допомоги) проводилися вимірювання, а також конкретні інструменти, використані для вимірювання.
- Дані для вимірювання можуть бути знайдені за допомогою первинної перевірки документації. Якість даних буде залежати від якості документації, що ведеться медичними фахівцями.
- Інформація щодо людей, які перенесли інсульт і були направлені до психіатричної клініки, може бути доступна через локальні бази даних лікарів; деякі правила конфіденційності можуть обмежувати доступ до певних даних.
- Для осіб старше 65 років інформація щодо рецептів на ліки може бути доступна через районні та територіальні бази даних пенсіонерів для літніх людей.
- Для показника ефективності № 3 мета полягає в тому, щоб збільшити кількість людей з постінсультною депресією, які отримують адекватне лікування та зменшити кількість людей, які перенесли інсульт із депресією та не отримують лікування (депресивний розлад + відсутність антидепресантів) або отримують неадекватне лікування. (Депресивні симптоми + прийом антидепресантів + симптоми, що тривають). Це слід враховувати в плані вимірювань і аналізу.

### **Ресурси для впровадження та інструменти передачі знань**

#### **Інформація про медичні засоби**

- Таблиця 1А: Вибрані перевірені інструменти діагностики та оцінки постінсультної депресії (Додаток 2)
- Таблиця 1В: Вибрані перевірені інструменти діагностики та оцінки тривожності після інсульту (Додаток 2)
- Таблиця 1С: Зведена таблиця обраних фармакотерапевтичних препаратів для лікування постінсультної депресії (Додаток 2)
- Огляд доказів щодо постінсультної депресії (EBRSR)
- Stroke Engine, розділ «Настрій/Депресія»  
[https://www.strokengine.ca/en/assess\\_domain/assess-mood-depression/](https://www.strokengine.ca/en/assess_domain/assess-mood-depression/)
- Реабілітація після інсульту (NHS): <https://www.nhs.uk/conditions/stroke/recovery/>
- Діагностичне і статистичне керівництво з психічних розладів (DSM) APA

#### **Інформація для людей, які пережили інсульт, їх сімей та опікунів**

- Stroke Engine <http://strokengine.ca/>:

- Список дій після інсульту: [https://www.strokebestpractices.ca/-/media/1-stroke-best-practices/resources/patient-resources/002-17\\_csbp\\_post\\_stroke\\_checklist\\_85x11\\_en\\_v1.ashx](https://www.strokebestpractices.ca/-/media/1-stroke-best-practices/resources/patient-resources/002-17_csbp_post_stroke_checklist_85x11_en_v1.ashx)
- Ваш шлях із інсультом: керівництво для людей, які перенесли інсульт: <https://www.heartandstroke.ca/-/media/pdf-files/canada/your-stroke-journey/en-your-stroke-journey-v20.ashx>
- Реабілітація і відносини: <https://www.heartandstroke.ca/stroke/recovery-and-support/relationships>
- Депресія, енергія, мислення і сприйняття: <https://www.heartandstroke.ca/stroke/recovery-and-support/emotions>
- Розпізнавання і боротьба з депресією: <http://www.heartandstroke.ca/heart/recovery-and-support/emotions-and-feelings/depression>
- Програма Heart & Stroke Living with Stroke™: <https://www.heartandstroke.ca/stroke/recovery-and-support/living-with-stroke>
- Канадське партнерство з реабілітації після інсульту - Життя після інсульту: : <http://www.lifeafterstroke.ca>
- Підтримка членів сім'ї та опікунів: <https://www.heartandstroke.ca/stroke/recovery-and-support/family-care-partners-need-care-to>
- Розпізнавання і подолання стресу: <https://www.heartandstroke.ca/heart/recovery-and-support/emotions-and-feelings/stress>

### Резюме оновлених даних за 2019 рік

Післяінсультна депресія є частим наслідком інсульту, хоча представлені оцінки можуть бути недостовірними, враховуючи можливе неповне повідомлення щодо випадків незвичайного настрою та варіабельності методів, що використовуються для оцінки й визначення випадків депресії в літературі. У систематичному огляді 61 проспективного обсерваційного дослідження постінсультної депресії, проведеного в умовах стаціонару, закладів реабілітації та амбулаторних умовах, Hackett & Pickles (2014 р.) підрахували, що приблизно у третини усіх людей, що перенесли інсульт, спостерігаються симптоми депресії в якийсь момент після інсульту (наприклад, при спостереженні протягом гострого, підгострого стану або при довгостроковому спостереженні). Загальна об'єднана оцінка частоти ПІД склала 31% (95% ДІ від 28% до 35%). Salinas et al. (2017) Повідомили, що з 1424 жінок в постменопаузі, включених до програми Women's Health Initiative, у яких вперше трапився інсульт, ПІД вперше сталася у 21,4% учасників, в середньому через 16 місяців після інсульту. Jorgensen et al. (2016) повідомили, що частота розвитку ПІД у людей була значно вищою, ніж у населення в цілому, відповідно за віком і статтю. Протягом дворічного періоду спостереження частота депресії склала 25,4% проти 7,8% (скориговане HR = 4,09, 95% ДІ 4,00-4,18). У проспективному дослідженні «Предиктори депресії після ішемічного інсульту» (DEPRESS) Guiraud et al. (2016) повідомили, що серед 251 пацієнта з первинним інсультом частота депресії склала 19% через два місяці і 24,3% через шість місяців. Фактори ризику розвитку ПІД включають вік, самотність, високий рівень супутніх захворювань, наявність в анамнезі депресії, жіночу стать, фізичну інвалідність (оцінка mRS > 2 при виписці), початкова тяжкість інсульту, когнітивні порушення та інший інсульт в анамнезі (Guiraud et al., 2016, Jorgensen et al., 2016, Kutlubaev & Hackett, 2014, Ayerbe et al., 2013b).

Поки немає достатньої впевненості щодо того, коли найкраще проводити формальну перевірку на можливу присутність ПД. Хоча частота випадків знижується з часом, і існує загальна тенденція до поліпшення симптоматики депресії протягом першого року після інсульту, ПД може виявитися стійкою протягом більш тривалого періоду для значної частини людей. Діагностику депресії слід розглядати під час перебування в стаціонарі у гострому періоді, в момент переведення на амбулаторне лікування, або під час реабілітації в стаціонарі, при виписці та під час періодичних оцінок стану здоров'я. Swartz et al. (2017) описували можливість використання версії з двох пунктів Анкети щодо здоров'я пацієнта в повсякденній клінічній практиці за участю 1500 амбулаторних пацієнтів, які відвідували відділення з профілактики інсульту. Усі пацієнти змогли пройти обстеження, 89% з них зробили це менш ніж за 5 хвилин. Karamchandani et al. (2015) повідомили, що 70% пацієнтів відповідали критеріям обстеження на депресію перед випискою з лікарні або під час переведення до іншого відділення. Решта пацієнтів не відповідала критеріям через афазію, інші захворювання, перебування у закладах паліативної допомоги або тривалу інтубацію.

Була вивчена діагностична точність декількох інструментів діагностики та оцінки ПД. Meader et al. (2014) включили результати 24 досліджень та оцінили ефективність 18 раніше затверджених шкал. Три найбільш ефективних шкали для виявлення будь-якої депресії включали Шкалу депресії Центру епідеміологічних досліджень (CES-D) з чутливістю і специфічністю 75% і 85%, шкалу оцінки депресії Гамільтона (HDRS, чутливість 84%, специфічність 83%) та варіант анкети з 9 пунктів (PHQ-9, чутливість 86%, специфічність 79%). Двома кращими шкалами для виявлення значної депресії були HDRS і PHQ-9. У канадському дослідженні (Prisnie et al., 2016) за участю 122 амбулаторних пацієнтів, які відвідували відділення з профілактики інсульту, оцінювалася діагностична точність PHQ-9 і PHQ-2. Використовуючи порогову точку 13, чутливість та специфічність PHQ-9 склала 81,8% і 97,1%, а також 75,0% і 96,3% для PHQ-2, використовуючи порогову точку, рівну трьом.

Після виявлення можливої депресії за допомогою формальної діагностики з використанням перевіреного інструменту діагностики та підтвердження діагнозу досвідченим медичним працівником можна починати лікування. Фармакотерапія антидепресантами була пов'язана зі зменшенням депресивної симптоматики. Xu et al. (2016) включили результати 11 РКД пацієнтів із клінічним діагнозом ПД. Лікування антидепресантами було пов'язано зі значним зниженням показників депресії (SMD = -0,96, 95% ДІ від -1,41 до -0,51,  $p < 0,0001$ ) і найкращою відповіддю на лікування (BP = 1,36, 95% ДІ 1,01-1,83,  $p = 0,04$ ). Кокранівський огляд, складений Hackett et al. (2008) також повідомив, що шанси на ремісію депресії (тобто зниження балів за шкалою депресії на 50%) були значно вищими у випадку отримання фармакотерапії. Більшість засобів, які оцінювалися в цих оглядах, були СІЗС і трициклічними антидепресантами. Систематичний огляд Chen et al. (2006) визначив взаємозв'язок між тривалістю та користю лікування. Аналіз

досліджень із тривалістю лікування один і два тижні не виявив значних ефектів терапії; проте, при тривалості лікування три тижні або більше, ефект був сильнішим. Багато побічних ефектів були пов'язані з використанням фармакотерапії у цих дослідженнях. Також було показано, що антидепресанти покращують функціональну реабілітацію і знижують залежність у людини, що перенесла інсульт, як з постінсультною депресією, так і без неї (Mead et al. 2012, Chollet et al. 2011). Використання антидепресантів також було пов'язано зі зниженням емоційної лабільності (Hackett et al. 2010), частого наслідку інсульту. Узагальнюючи результати 3 досліджень, шанси на поліпшення (тобто зниження) плаксивості були значно збільшені в групі лікування (OR = 9,35, 95% ДІ 4,26 - 20,54).

Немедикаментозні підходи до лікування ПД включають різні форми психотерапії, фізичної активності, неінвазивної стимуляції мозку й акупунктуру. Психотерапія (включаючи терапію методами розв'язання проблем, когнітивно-поведінкову терапію і мотиваційне консультування) не показала себе ефективним засобом лікування депресії у людини, що відновлюється після інсульту, при ізольованому використанні (Hackett et al. 2008), однак, ці ж методи можуть бути ефективний у разі використання в поєднанні з фармакотерапією (Mitchell et al. 2009). Було показано, що поведінкова терапія ефективна для лікування ПД у осіб з афазією (Thomas et al. 2012).

Було показано, що акупунктура перевершує фармакотерапію в лікуванні ПД. У метааналізі, що включав результати 15 РКД за участю осіб з ПД (Zhang et al. 2012), лікування голковколюванням було пов'язано з поліпшенням шансів одужання/ремісії у порівнянні з фармакотерапією (OR=1,48, 95% ДІ 1,10-1,97). Доведено, що неінвазивна стимуляція мозку з використанням транскраніальної магнітної стимуляції, що повторюється (rTMS), або транскраніальної стимуляції постійним струмом (tDCS) зменшує симптоми депресії. Значне зниження балів за шкалою оцінки депресії Гамільтона (HAM-D) було документоване після двох-восьми тижнів терапії rTMS в порівнянні з імітацією лікування в метааналізі, що включав результати 22 РКД (Shen et al. 2017). У кінці лікування середнє зниження показників HAM-D було значно більше у групі rTMS (MD=-6,09, 95% ДІ від -7,74 до -4,45,  $p<0,0001$ ). Здатність людей виконувати елементарні дії з самообслуговування також була значно вище в групі rTMS (SMD=1,20; 95% ДІ 0,68-1,72,  $p<0,001$ ). Лікування за допомогою 12- та 30-хвилинних сеансів tDCS (2 мА) у осіб із ПД, пролікованих в середньому через 15 місяців після інсульту, також було пов'язано зі значним зниженням показників HAM-D (Valiengo et al. 2017). Фізична активність була пов'язана з невеликим, але значним зниженням показників депресії в метааналізі, проведеному Eng & Reime (2014), включаючи результати 13 рандомізованих контрольованих досліджень (SMD=-0,13, 95% ДІ від -0,26 до -0,01,  $p=0,03$ ).

## Профілактика постінсультної депресії

З огляду на високу поширеність ПД та пов'язані з нею негативні наслідки, все більша увага приділяється стратегіям її профілактики. Найбільш часто оцінювалася фармакологічна профілактика з використанням багатьох з тих лікарських засобів, які використовуються для лікування. У об'єднаному аналізі, заснованому на 776 спостереженнях у 12 РКД, Salter et al. (2012) повідомили, що ймовірність розвитку ПД значно знизилася у випадку використання профілактичної фармакотерапії (OR=0,34, 95% ДІ 0,22-0,53,  $p < 0,001$ ). Щодо подібних ефектів повідомлялося в інших систематичних оглядах (Yi et al. 2010 Chen et al. 2007). Немедикаментозні підходи також оцінювалися для запобігання ПД. Кокранівський огляд (Hackett et al. 2008) включав чотири дослідження, в яких оцінювали психотерапевтичні процедури, включаючи терапію методами розв'язання проблем (PST), терапію вдома та мотиваційне консультування. Імовірність розвитку депресії була значно нижчою в учасників у групах активних процедур (OR=0,64, 95% ДІ 0,42-0,98,  $p=0,04$ ), у той час, як психологічні процедури були пов'язані зі значним поліпшенням результатів Анкети загального стану здоров'я (GHQ) - 28 балів від вихідного рівня до кінця лікування (MD=-1,37, 95% ДІ -2,33, -0,40,  $p=0,006$ ). У дослідженні, що включало фармакологічні та нефармакологічні групи пацієнтів з довгостроковим спостереженням, Robinson et al. (2008) випадковим чином відібрали 176 пацієнтів без депресії для призначення есциталопраму, терапії методами розв'язання проблем або плацебо протягом 12 місяців. Через рік, в аналізі за протоколом, скоригованим з урахуванням попередньої історії розладів настрою, у пацієнтів, яким призначалося плацебо, була значно вища ймовірність розвитку депресії в порівнянні з пацієнтами, які отримували будь-яку терапію есциталопрамом (дод. 2,4-8,2,  $p < 0,001$ ) або терапію методами розв'язання проблем (кориговане HR=2,2, 95% ДІ 1,4-3,5,  $p < 0,001$ ). У подальшому дослідженні Mikami et al. (2011) повідомили, що після припинення прийому есциталопраму в кінці періоду дослідження у пацієнтів з більшою ймовірністю розвинеться значна депресія, а протягом наступних шести місяців у них підвищилися бали HDRS за шкалою депресії Гамільтона, у порівнянні з тими, хто отримував плацебо або терапію методами розв'язання проблем. Нарешті, після восьми років спостереження Robinson et al. (2017) повідомили, що в учасників, які отримували терапію методами розв'язання проблем, ймовірність смерті була значно нижчою в порівнянні з комбінованою групою есциталопрам + плацебо. Було виявлено, що збільшення віку та розвиток депресії є важливими предикторами смертності.

## Лікування тривожних розладів після інсульту

Люди з депресією можуть також мати коморбідний генералізований тривожний розлад (ГТР). Тривожність після інсульту виникає у 20-25% пацієнтів і частіше зустрічається у жінок (Campbell et al. 2013).

Незважаючи на поширеність постінсультної тривожності, дуже мало досліджень включали оцінку ефективності потенційних методів її лікування. Кокранівський огляд (Knapp et al. 2017) виявив лише три РКД, присвячених

фармакотерапії (пароксетин, буспірон) та компакт-диск для самодопомоги з аутогенної релаксації. Хоча результати окремих клінічних досліджень були позитивними, їх не можна було об'єднати. Автори дійшли висновку, що даних для вибору лікування недостатньо. Немедикаментозні підходи до лікування тривожності, які, як повідомлялося, зменшують її симптоми, включаються до програми самодопомоги (Golding et al., 2016 a, b), відвідування пацієнтів вдома фахівцями з реабілітації (Ryan et al. 2006) та акупунктури (Ping & Songhai 2008).

### **Таблиці наукових доказів щодо постінсультної депресії та настрою і список літератури**

- [Таблиця доказів 1А: Діагностика й оцінка постінсультної депресії](#)
- [Таблиця доказів 1В: Немедикаментозні процедури](#)
- [Таблиця доказів 1С: Фармакотерапія і комбіноване лікування](#)

## **Розділ другий: Судинні когнітивні порушення (6-е видання, 2019 р.)**

### **2. Судинні когнітивні порушення (Оновлення 2019 р.)**

#### **Визначення та опис:**

**Судинні когнітивні порушення.** Включають когнітивні та поведінкові розлади, пов'язані з цереброваскулярними захворюваннями та факторами ризику, від помірного когнітивного дефіциту до явної деменції. Судинні когнітивні порушення – це синдром із когнітивними порушеннями, які включають принаймні один домен когнітивних функцій (наприклад, увага, пам'ять, мова, сприйняття чи виконавчі функції) з ознаками клінічного інсульту або субклінічного судинного ураження мозку. Судинні когнітивні порушення охоплюють широкий спектр когнітивних розладів, від відносно легких когнітивних порушень судинного походження до судинної деменції, найтяжчої форми судинних когнітивних порушень. Судинні когнітивні порушення також відіграють важливу роль у людей з хворобою Альцгеймера, які водночас мають судинні ураження. *Діагностичні критерії судинних когнітивних порушень після інсульту були запропоновані Gorelick et al (2011 та надалі переглянуті товариством VASCOG (2014) і наведені в Таблиці 2А.*

**Когнітивні розлади.** Картина когнітивних розладів при судинних когнітивних порушеннях може охоплювати будь-який домен когнітивних функцій (див. Sachdev et al., 2014, Таблиця 1). Найчастіше страждають увага, швидкість обробки інформації та фронтальні виконавчі функції (що включають такі функції, як планування, прийняття рішень, судження, виправлення помилок, порушення здатності послідовно виконувати поставлене завдання, пригнічувати відповідь або переключатися з одного завдання на інше), а також здатність утримувати у голові інформацію та

користуватись нею (наприклад, оперативна пам'ять). Інші когнітивні функції, які можуть бути порушені, включають: навчання та пам'ять (негайна, короткотривала, довготривала), мову (вимова, розуміння мови, називання предметів, граматики та синтаксис), зорово--конструктивно-перцептивну здатність, праксис-гнозис-схему тіла та соціальну когніцію.

**Судинна патологія.** Когнітивні порушення можуть виникати внаслідок низки судинних уражень (див. Sachdev et al., 2014, Таблиця 3), включаючи великі або множинні кіркові інфаркти, множинні підкіркові інфаркти, приховані («німі») інфаркти, стратегічні інфаркти, хворобу дрібних судин (ішемічні зміни білої речовини, множинні лакунарні інфаркти, розширення периваскулярних просторів, коркові мікроінфаркти, мікрокрововиливи) та крововиливи у мозок. Фактори ризику, такі як артеріальна гіпертензія, цукровий діабет і вогнищева або глобальна гіпоперфузія головного мозку також асоціюються з когнітивними порушеннями.

- 2.0.** В усіх людей з клінічними проявами інсульту або транзиторної ішемічної атаки (ТІА) є ризик судинних когнітивних порушень [рівень доказовості В].

*Примітка. Діагностика й оцінка судинних когнітивних порушень повинні враховувати багато факторів. У поточну версію рекомендацій ми включили розділ під назвою «Клінічні міркування», в якому ми представляємо коротке обговорення питань, виявлених в огляді наукових доказів або з експертного консенсусу, які впливають на продуктивність або інтерпретацію інформації когнітивної діагностики та оцінки – див. нижче.*

## **2.1 Скринінг щодо судинних когнітивних порушень**

- i. У людей, які перенесли інсульт або ТІА, слід розглянути можливість скринінгу щодо судинних когнітивних порушень [рівень доказовості С]. Це можна зробити до виписки з лікарні, де пацієнт перебував у гострому періоді інсульту, якщо є підозра щодо проблем з когнітивними функціями; під час стаціонарної реабілітації та під час подальшого спостереження після інсульту в амбулаторних умовах чи перебуваючи вдома [рівень доказовості С].
- ii. Людей, які перенесли інсульт та мають інші серйозні фактори ризику судинних захворювань та судинних когнітивних порушень, такі як ознаки прихованих інсультів чи уражень білої речовини при нейровізуалізації, артеріальна гіпертензія, цукровий діабет, фібриляція передсердь або інших серцеві захворювання, слід розглядати як кандидатів для скринінгу щодо судинних когнітивних порушень, особливо тих осіб, які перенесли інсульт із когнітивними, перцептивними або функціональними змінами, які наявні при огляді або відомі з анамнезу [рівень доказовості В].
- iii. Скринінг щодо судинних когнітивних порушень слід проводити з використанням валідного інструменту, такого як Монреальський тест когнітивних функцій [рівень доказовості В]. *Див. Таблицю 2В, де наведено резюме щодо запропонованих інструментів для скринінгу та*

*оцінки судинних когнітивних порушень, а також їх психометричні властивості.*

*Примітка. Скринінг щодо загального рівня когнітивних функцій з використанням перевіреного інструменту може бути проведений для об'єктивного розуміння функціонального впливу судинних когнітивних порушень.*

*Етапи надання допомоги впродовж усього періоду можуть включати:*

- Під час перебування у лікарні в гострому періоді, особливо якщо відзначаються когнітивні, перцепційні або функціональні розлади за відсутності делірії;*
- Під час реабілітації в стаціонарі, амбулаторно або вдома, залежно від стану пацієнта;*
- Після виписки з відділення невідкладної допомоги або стаціонару для подальшого спостереження в амбулаторних або локальних умовах.*

## **2.2 Оцінка судинних когнітивних порушень**

- i. **Діагноз судинних когнітивних порушень вимагає підтвердження цереброваскулярного захворювання.** Візуалізація головного мозку за допомогою комп'ютерної томографії (КТ) або магнітно-резонансної томографії (МРТ) корисна для оцінки цереброваскулярних захворювань [рівень доказовості В].
  - a. МРТ більш чутлива до судинних змін у паренхімі мозку, ніж КТ.
  - b. Анамнез та результати огляду, що відповідають проявам інсульту, можуть бути використані, як об'єктивні свідчення цереброваскулярного захворювання, якщо нейровізуалізація недоступна.
- ii. **Люди, які перенесли інсульт і мають ознаки когнітивних порушень (клінічні, анамнестичні, за даними пацієнта чи членів його родини, або виявлені під час скринінгу), повинні бути оцінені медичними працівниками, які мають необхідну підготовку щодо нейрокогнітивного функціонування, в ідеалі – клінічним нейропсихологом [рівень доказовості С].**
- iii. **Вплив дефіциту на функціональну спроможність та безпеку у повсякденній життєдіяльності, при складних видах повсякденної діяльності, самообслуговування та інші заняття, а також на академічну активність слід розглядати, як частину когнітивної оцінки (наприклад, водіння, побутова безпека) [рівень доказовості С].**
- iv. **У людей після інсульту і з підозрою на когнітивні порушення, також слід провести скринінг щодо депресії, оскільки відомо, що депресія сприяє судинним когнітивним порушенням [рівень доказовості В]** Для отримання додаткової інформації див. Рекомендацію 1.0 щодо ПІД.



- v. Перед випискою або переведенням з лікарні, де надавалась допомога у гострому періоді, або закладу стаціонарної реабілітації у людей з гострими когнітивними проблемами після інсульту, мають бути оцінені ризики, пов'язані з когнітивними порушеннями, що зберігаються, і це має бути обговорено з їх сімейним лікарем [рівень доказовості C].
- vi. Результати цих оцінок слід враховувати при виборі та реалізації відповідних лікувальних, компенсаторних та/або адаптивних стратегій втручання відповідно до особистісно-орієнтованих потреб та цілей [рівень доказовості C].
- vii. Люди, які перенесли інсульт, повинні пройти повну оцінку власних когнітивних сильних і слабких сторін під час реабілітації або перед поверненням до повсякденного життя, що пов'язане з вимогами до когнітивних функцій, такими як керування авто або роботою [рівень доказовості C].

*Примітка. Експертами з нейрокогнітивної оцінки можуть бути нейропсихологи, психологи, ерготерапевти, логопеди, медсестри, психіатри, лікарі фізичної та реабілітаційної медицини, геріатри, неврологи, спеціалісти з пам'яті та педіатри, що спеціалізуються на розвитку. Експертам необхідна певна кваліфікація для проведення багатьох з зазначених досліджень .*

*Коментар робочої групи: відповідно до Наказу МОЗ України від 28.10.2002 №385 зі змінами «Про затвердження переліків закладів охорони здоров'я, лікарських, провізорських посад та посад молодших спеціалістів з фармацевтичною освітою у закладах охорони здоров'я» лікарської посади нейропсихолога та спеціаліста з пам'яті в Україні немає. Експертами з нейрокогнітивного оцінювання пацієнтів, що перенесли інсульт можуть виступати лікарі: неврологи та психологи.*

**Клінічні міркування щодо діагностики та оцінки судинних когнітивних порушень** (*затвердження перенесені з розділів рекомендацій до версії 2019 року*)

- i. Судинні когнітивні порушення можуть бути пов'язані з цілою низкою порушень. Подальша оцінка може бути розглянута для оцінки порушень рівня свідомості, швидкості реакцій, сенсомоторних функцій, уваги, орієнтації, пам'яті, мови, гнозису, зорово-просторових/перцептивних функцій, праксису, швидкості обробки інформації та виконавчої функції.
  - a. Увага, швидкість обробки інформації та виконавчі функції часто страждають після інсульту. Оцінка виконавчих функцій має включати тестування: ініціації, гальмування, перемикання, розуміння, планування, організації й

судження, розв'язання проблем, абстрактного мислення і соціальної когніції.

- ii. **Вибір інструмента для оцінки:** тестування когнітивних функцій може бути проведене з використанням стандартизованих методів для визначення характеру та тяжкості когнітивних порушень, а також оцінки когнітивних здібностей, що залишаються, та сильних сторін.
  - a. Терапевтичні заходи та/або функціональні спостереження можуть надати додаткову інформацію, показуючи вплив порушень.
  - b. Інструменти, що використовуються для оцінки судинних когнітивних порушень, можуть бути унікальними для різних умов, географічних регіонів, професій та часових проміжків, що зустрічаються впродовж усього періоду надання допомоги. Слід зважати на валідність та стандартизацію обраних інструментів з урахуванням таких факторів, як вік, стать, мова, афазія та рівень освіти.
- iii. **Супутні захворювання.** У випадку скринінгу або оцінки судинних когнітивних порушень слід брати до уваги будь-які чинники, які можуть вплинути на інтерпретацію результатів, такі як комунікативні та сенсомоторні розлади (мовлення і мова, зір, слух), делірій, загальмованість, нейропсихічні симптоми (наприклад, депресія, апатія та тривожність) та інші захворювання, які можуть тимчасово вплинути на когнітивні здібності.
- iv. **Вибір часу.** Вплив і прояви судинних когнітивних порушень можуть з часом змінюватись. Скринінг та діагностика у людей, що перенесли інсульт, та мають ризик когнітивних порушень, повинні проводитися на різних етапах лікування (реабілітація, етапи переведення, подальше спостереження вдома), з урахуванням тяжкості клінічних проявів, супутніх захворювань, анамнезу та/або відхилень при нейровізуалізації, а також потреб або цілей людини, що перенесла інсульт, та особи, що її доглядає.
- v. **Множинні оцінювання.** Хоча діагностика або оцінка на різних етапах лікування важливі для встановлення діагнозу і лікування, важливо також розуміти потенційний вплив багатьох оцінювань, як на достовірність результатів, так і на людину, що перенесла інсульт (наприклад, ефект тренувань, втому після тесту). Щоб уникнути ефекту тренувань, рекомендується використовувати різні еквівалентні форми оцінки, якщо вони доступні (наприклад, MoCA має три версії).
- vi. **Етапи життя.** У випадку прийняття рішення про те, що і коли оцінювати, слід враховувати вплив віку, стадії розвитку або передінсультні функції. При прийнятті рішень про те, що оцінювати, завжди слід брати до уваги особистісні цілі, які можуть відрізнятись на різних етапах життя.

vii. **Дієздатність** Професіонали повинні враховувати здатність людини з інсультом робити усвідомлений вибір і приймати рішення. Необхідно переглянути місцеве законодавство, що стосується недієздатності та визначити відповідних представників, які будуть приймати рішення, якщо особу буде визнано нездатною приймати певні рішення щодо особистого стану здоров'я або самопомоги після виписки. В окремих випадках, коли залишаються сумніви, людину можна направити до третьої сторони - призначеного фахівця з оцінки дієздатності, щоб визначити здатність людини приймати рішення, що стосуються власності, фінансів та догляду за собою.

### 2.3 Лікування судинних когнітивних порушень після інсульту

- i. Судинні фактори ризику (наприклад, артеріальну гіпертензію, цукровий діабет, фібриляцію передсердь) слід контролювати для досягнення максимального зниження ризику повторного інсульту [рівень доказовості A], оскільки це пов'язано з когнітивними порушеннями [рівень доказовості B]. *Додаткову інформацію див. у Розділі «Вторинна профілактика інсульту» Рекомендації CSBPR.*
  - a. Лікування гіпертензії може уповільнити зниження когнітивної функції навіть за відсутності інсульту, тому його слід призначити усім людям з підвищеним артеріальним тиском, які або належать до групи високого ризику [рівень доказовості B], або уже перенесли інсульт [рівень доказовості A].
- ii. Терапевтичні втручання у випадку когнітивних порушеннях слід підбирати з урахуванням наступних міркувань:
  - a. Цілі повинні бути орієнтовані на конкретну людину і враховувати цінності й очікування людини, що перенесла інсульт, членів сім'ї та опікунів [рівень доказовості B].
  - b. Цілі та втручання повинні враховувати сильні та слабкі сторони когнітивного профілю та комунікативних здібностей людини [рівень доказовості C].
  - c. Людям з інсультом і з комунікативними та/або когнітивними проблемами може знадобитися додаткова підтримка (наприклад, участь сім'ї) для оптимізації встановлення цілей та/або участі у реабілітації [рівень доказовості C].
  - d. Втручання повинні бути індивідуалізовані, засновані на достовірних наявних наукових доказах та мати довгострокову мету сприяти відновленню бажаної діяльності та участі (наприклад, самопомога, домашнє і фінансове управління, дозвілля, керування авто, повернення до роботи) [рівень доказовості C].

- e. Тяжкість порушень: якщо рівень порушень досяг помірної стадії деменції (коли людина не може жити самостійно), має сенс спрямувати втручання на надання освіти та підтримки опікуну на додаток до/або замість когнітивної реабілітації пацієнта (рівень доказовості C).
- iii. Втручання, які розглядаються з метою реабілітації при судинних когнітивних порушеннях, можуть включати стратегії компенсації та пряме відновлення/тренування когнітивних навичок [рівень доказовості B]. Вибір стратегії має бути індивідуалізований залежно від клінічного профілю конкретної людини.
- a. У центрі уваги стратегій компенсації має бути навчання стратегіям управління порушеннями, що спрямовані на конкретні обмеження діяльності, щоб сприяти незалежності [рівень доказовості B]. Це може включати зміни у фізичному та/або соціальному середовищі або зміну способу виконання діяльності [рівень доказовості B].
- b. Безпосередня реабілітація / навчання когнітивним навичкам повинно бути зосереджено на забезпеченні інтенсивного спеціального навчання для безпосереднього поліпшення порушеної когнітивної функції. Це може включати тренування та практичні вправи, мнемонічні стратегії (наприклад, акроніми, пісні) або комп'ютерні/планшетні інструменти, спрямовані на усунення конкретних недоліків [рівень доказовості B].
- iv. Порушення пам'яті можна лікувати за допомогою компенсації з використанням зовнішніх стратегій (наприклад, допоміжних електронних і неелектронних пристроїв) та внутрішніх стратегій (наприклад, стратегій кодування і пошуку, навчання відчуттю власного впливу та безпомилкового навчання), з деякими свідченнями переваг обмеження активності [рівень доказовості B].
- a. Цільове комп'ютеризоване навчання навичкам під керівництвом терапевта може бути розглянуто у випадку розладів оперативної пам'яті [рівень доказовості B]
- v. Розлади виконавчих функцій можна лікувати за допомогою навчання метакогнітивним стратегіям та/або формальним стратегіям методами розв'язання проблем під наглядом підготовленого терапевта [рівень доказовості B].
- vi. Може бути розглянуто навчання внутрішнім стратегіям, яке включає стратегії для поліпшення управління цілями, розв'язання проблем, управління часом та метакогнітивного мислення [рівень доказовості B].
- vii. Аеробні вправи можна розглядати, як додаткову терапію при когнітивних порушеннях, що охоплюють увагу, пам'ять і виконавчі

функції [рівень доказовості В]. *Додаткову інформацію щодо вправ див. у Розділі «Реабілітація після інсульту» Рекомендації CSBPR.*

- viii. Людей, що перенесли інсульт та мають когнітивні порушення і зміни настрою (наприклад, депресія, тривожність) або інші поведінкові зміни за даними скринінгу, можна направити до відповідного фахівця з психіатричної допомоги [рівень доказовості В]. *Додаткову інформацію див. у Розділі 2 Частини 1 «Депресія після інсульту».*

### **Клінічні міркування при лікуванні судинних когнітивних порушень**

- i. У випадку вибору реабілітаційних втручань слід враховувати здібності до навчання людей з судинними когнітивними порушеннями після інсульту, а також те, як найкраще проводити це навчання, щоб збільшити переваги від втручань (наприклад, навчати завданням, використовуючи демонстрацію, словесні інструкції, повільний темп та повторення за потреби).
- ii. Комп'ютерні втручання можна розглядати, як доповнення до лікування під керівництвом фахівця – дослідження у цьому напрямку продовжують швидко розвиватися.
- iii. Даних щодо впливу втручань на активність або участь поки недостатньо, тому потрібні додаткові дослідження.
- iv. До нових когнітивних лікувальних втручань, які потенційно можуть виявитись корисними, належать повторна транскраніальна магнітна стимуляція або транскраніальна стимуляція постійним струмом, використання середовищ віртуальної реальності та застосування заснованих на обмеженнях підходів для порушеної когнітивної функції. Ці стратегії вимагають додаткових досліджень, перш ніж можна буде дати рекомендації щодо їх використання.

*Зверніться до Розділу Рекомендацій CSBPR «Реабілітація після інсульту» для отримання додаткової інформації, пов'язаної з лікуванням інших функцій, включаючи спілкування, порушення зорового сприйняття та нехтування людьми, що перенесли інсульт і судинні когнітивні порушення.*

### **2.4 Фармакотерапія судинних когнітивних порушень після інсульту**

- i. Для людей з ознаками судинних когнітивних порушень після інсульту може бути розглянуте питання щодо направлення їх до медичного працівника або команди, що спеціалізується на судинних когнітивних порушеннях, для подальшої оцінки та рекомендацій щодо фармакотерапії [рівень доказовості С].
- ii. Інгібітори холінестерази (донепезил, ривастигмін та галантамін) і антагоніст рецепторів N-метил-D-аспартату (NMDA) мемантин можуть бути розглянуті для окремих осіб із судинною або змішаною деменцією після інсульту, на підставі рандомізованих досліджень, що показують невелике поліпшення когнітивних функцій [рівень

доказовості А]. *Додаткову інформацію див. в Розділі «Клінічні міркування щодо розділу IV» нижче.*

*Примітка. Ці ліки на даний час схвалені Міністерством охорони здоров'я Канади для лікування хвороби Альцгеймера. Вони не були схвалені для лікування судинних когнітивних порушень.*

### **Клінічні міркування щодо фармакотерапії судинних когнітивних порушень**

- i. Слід зазначити, що більшість доступних даних отримана у дослідженнях з пацієнтами, які відповідають критеріям судинної або змішаної деменції. Таким чином, свідчення ефективності фармакологічного лікування судинних когнітивних порушень на даний час обмежені.
- ii. У разі прийняття рішення щодо медикаментозного лікування слід враховувати тяжкість когнітивних порушень.
- iii. Пацієнти, у яких спостерігаються судинні когнітивні порушення після інсульту, можуть бути схильні до небажаних побічних явищ, з огляду на часту наявність супутніх захворювань та прийом інших ліків.
- iv. Клінічне значення переваг інгібіторів холінестерази (донепезил, ривастигмін, галантамін) та антагоніста рецепторів N-метил-D-аспартату (NMDA) мемантину залишається спірним питанням, особливо з урахуванням ризику побічних ефектів і потенційного підвищеного ризику смерті; отже, використання цих препаратів повинно ґрунтуватися на клінічному висновку про те, що невеликі поліпшення когнітивних функцій матимуть значний вплив на якість життя людини, що перенесла інсульт.

### **Обґрунтування**

Судинні когнітивні порушення вражають до 60 відсотків людей, що перенесли інсульт, та пов'язані з гіршим відновленням і зниженням функцій в повсякденній діяльності та інструментальній діяльності в повсякденному житті. Пацієнтам може знадобитися тривале постійне втручання і реабілітація (Teasell et al, 2009; Madureira et al 2001). Когнітивні здібності у сферах виконавчих функцій, уваги та пам'яті є важливими для прогнозування функціонального статусу при виписці. Крім того, когнітивні порушення можуть бути хронічними та прогресувати після інсульту; постінсультна деменція, за оцінками, виникає у 26 відсотків пацієнтів з інсультом до трьох місяців (95% ДІ 3% у контрольній групі відповідного віку) і негативно впливає на відновлення. Когнітивні порушення підсилюють довгострокову залежність та пов'язані з підвищеним рівнем смертності (61 відсоток проти 25 відсотків) (Black, 2007).

Когнітивні порушення через приховані патології судин також збільшуються. Приховані інсульти, що візуалізуються як лакуни або гіперінтенсивна біла речовина на T2-зважених зображеннях, є звичайним явищем і пов'язані із зниженням когнітивних функцій, деменцією та інсультом. З'являються дані, що свідчать про те, що на кожен клінічно очевидний інсульт може припадати до десяти прихованих інсультів. Захворювання дрібних судин головного мозку – це захворювання, яке збільшується з віком населення, що призводить до збільшення потреби в послугах із підтримки в довгостроковій перспективі.

У більшості популяційних досліджень судинна деменція є другою найбільш частою причиною деменції після хвороби Альцгеймера, хоча недавні дані, особливо отримані в результаті досліджень зображень (PURE-MIND, SPRINT-MIND), продемонстрували присутність судинних змін у значно більших випадках деменції, ніж передбачалося раніше. Одного макроскопічного інфаркту півкулі досить, щоб викликати деменцію у людей з проміжною патологією Альцгеймера. Крім того, судинні когнітивні порушення пов'язані з низкою проблем із серцем, включаючи серцеву недостатність, фібриляцію передсердь та вроджені вади серця, і ці супутні захворювання також пов'язані з підвищеним ризиком інсульту.

### **Системні наслідки**

1. Громадська освіта для підвищення обізнаності про те, що когнітивні зміни можуть розглядатися як прояви судинних захворювань та інсульту.
2. Надання інформації громадськості для підвищення обізнаності щодо нелікованої або неконтрольованої гіпертонії та інших факторів ризику судинних захворювань і їх зв'язок із когнітивними змінами та деменцією.
3. Професійні навчання для підвищення обізнаності сімейних лікарів та медичних працівників первинної медичної допомоги про те, що люди, які перенесли інсульт із судинними факторами ризику, у випадку відсутності лікування, будуть піддаватися високому ризику когнітивних порушень навіть за відсутності явного інсульту.
4. Професійна освіта фахівців усіх напрямків (наприклад, нефрологія, офтальмологія, сімейна медицина) для підвищення обізнаності про те, що людей із захворюваннями дрібних судин слід обстежити на предмет факторів ризику інсульту і когнітивних порушень.
5. Доступ до між професійних команд, які мають досвід для належного лікування людей з судинними когнітивними порушеннями в рамках лікування інсульту та вдома
6. Розробка та реалізація справедливої та універсальної програми фармацевтичного обслуговування, яка реалізується в партнерстві з місцевими осередками та спрямована на поліпшення доступу до дешевих ліків для усіх людей в Канаді, незалежно від місця проживання, віку або платоспроможності. Ця програма повинна включати надійний загальний довідник, за яким державний платник є першим платником.

7. Механізми для забезпечення хорошого зв'язку та обміну інформацією між рядом фахівців і програм, крім основних постачальників послуг із надання допомоги при інсульті, для задоволення різноманітних потреб людей, що перенесли інсульт (наприклад, психіатрів, фахівців із когнітивних розладів, програм для літніх людей).
8. Неперервна професійна освіта для забезпечення навичок проведення діагностики та оцінки, інтерпретації та лікування людей, що перенесли інсульт, та мають постінсультні або судинні когнітивні порушення або схильні до ризику судинного когнітивного порушення.

### **Показники ефективності**

1. Відсоток людей з інсультом або факторами ризику інсульту, які проходять когнітивну діагностику в кожній перехідній точці впродовж всього періоду лікування інсульту (наприклад, невідкладна стаціонарна допомога, стаціонарна реабілітація, амбулаторні клініки та програми, послуги вдома і відділення з профілактики інсульту) та в громаді, після виписки зі стаціонару і в будь-який час, коли є підозра на зміну когнітивного статусу. (Основний показник)
2. Частина людей з інсультом та можливими когнітивними змінами, виявленими під час діагностики, яких направляють для більш поглибленої когнітивної або нейропсихологічної оцінки в точках переходу і встановлення змін протягом усього процесу лікування інсульту (наприклад, під час стаціонарного лікування, стаціонарної реабілітації, амбулаторні клініки або програми (відділення профілактики інсульту) та/або після виписки зі стаціонару в домашні умови).
3. Частина людей, які перенесли інсульт, у яких згодом діагностовано судинне когнітивне порушення через один, три, шість і дванадцять місяців після інсульту.
4. Відсоток членів сімей/опікунів, які пройшли навчання щодо підтримки людей, які пережили інсульт, поточного когнітивного функціонування, включаючи рекомендації, що враховують найкращу здатність людини функціонувати у середовищі з найменшими обмеженнями.

### **Примітки до показників**

- Рекомендації щодо судинних когнітивних порушень і відповідні показники ефективності застосовуються впродовж усього періоду лікування інсульту та повинні враховуватися в невідкладній стаціонарній допомозі, стаціонарній реабілітації, амбулаторних клініках, послугах вдома та у відділеннях профілактики інсульту та/або після виписки зі стаціонару.
- При використанні цих показників ефективності важливо реєструвати, коли і в якому контексті (протягом всього процесу надання допомоги) проводилися вимірювання. Дані для вимірювання можуть бути знайдені за допомогою



первинної перевірки документації. Якість даних буде залежати від якості документації, що ведеться медичними фахівцями.

- Це нова галузь, яка потребує серйозної освіти для медичних працівників, особливо в плані ведення документації.

### **Інформація щодо постачальників медичних послуг**

- [Таблиця 2А: Діагностичні критерії судинного когнітивного порушення і деменції \(кінець другого розділу\)](#)
- [Таблиця 2В: Зведення вибраних інструментів діагностики та початкової оцінки судинних когнітивних порушень у людей, що перенесли інсульт \(Додаток 2\)](#)
- Рекомендації щодо гармонізації судин
- Огляд доказів щодо когнітивних розладів і апраксії (EBRSR):
- Канадське партнерство з одужання після інсульту:
- Огляд наукових доказів стосовно постінсультної депресії (EBRSR):
- Наукова заява АНА/ААА про вплив судин на когнітивні порушення і деменцію:
- Психологічна допомога після інсульту (NHS):
- Інструментарій з пізнання для професійної терапії Вінніпезького регіонального управління охорони здоров'я:
- Stroke Engine, розділ «Пізнання»:

### **Інформація для людей, які перенесли інсульт, їх сімей та опікунів**

- Ваш шлях з інсультом: настанова для людей, які перенесли інсульт
- Stroke Engine
- Відновлення і підтримка після інсульту
- Депресія, енергія, мислення і сприйняття
- Програма Heart & Stroke Living with Stroke™:
- Канадське партнерство з реабілітації після інсульту - Життя після інсульту
- Поради та інструменти по догляду після інсульту – Настанова для осіб, які доглядають за пацієнтом:
- Підтримка партнерів із сімейного догляду:
- Розпізнавання та подолання стресу:

### **Зведення наукових доказів 2019 р.**

#### **Розповсюдженість та скринінг**

Згідно з оцінками, 5% усіх людей у віці старше 65 років у Канаді мають ознаки судинних когнітивних порушень. Судинні когнітивні порушення належать до когнітивних порушень, обумовлених усіма формами церебральних судинних захворювань, включаючи інсульт, зі ступенем тяжкості, який варіює від легких когнітивних порушень до деменції (Gorelick et al. 2011). Однак, розповсюдженість судинних когнітивних порушень, як правило, є вищою серед осіб, які перенесли інсульт, з частотою від 20,4% до

22% протягом перших трьох місяців після інсульту (Douri et al. 2013, Bejot et al. 2011), до 29% впродовж п'яти років (Pendlebury et al. 2015). Також повідомлялося щодо нижчих показників. Swartz et al. (2017) виявили, що поширеність помірно-важких когнітивних порушень становила 14% в групі пацієнтів, які відвідують кабінети з профілактики інсульту, діагностованих з використанням версії Монреальського тесту оцінки когнітивних здібностей (Montreal Cognitive Assessment – MoCA) з 10 пунктів, який був включений до їх інструменту для скринінгу щодо депресії, обструктивного апное уві сні та когнітивних порушень (DOC), розроблений для виявлення синдрому обструктивного апное уві сні (DOC-апное), депресії (DOC-настрій) і когнітивних порушень (DOC-Cog) з використанням одного інструменту.

Оцінки розповсюдженості судинних когнітивних порушень (СКП) будуть різними в залежності від інструменту для скринінгу щодо СКП, умов дослідження (наприклад, поліклініка, амбулаторна реабілітаційна клініка) і стадії відновлення після інсульту. Наприклад, серед осіб, які перенесли інсульт, поширеність будь-яких когнітивних порушень через 10 років після інсульту дуже різнилася залежно від інструменту для скринінгу. У випадку використання Міні-шкали для оцінки психічного статусу (Mini-Mental State Exam – MMSE) розповсюдженість становила 45,7% у порівнянні з 61,5% з використанням критеріїв MoCA (Delavaran et al., 2016).

У систематичному огляді, що включає 73 дослідження, Pendlebury і Rothwell (2009) повідомили, що розповсюдженість деменції після повторного інсульту, принаймні, подвоїлася в порівнянні з первинним інсультом і була вищою в дослідженнях на базі лікарень у порівнянні з дослідженнями, що проводились в амбулаторних умовах. Через три-шість місяців після інсульту частота нових випадків деменції становила приблизно 20% і лінійно збільшувалася зі швидкістю 3,0% у дослідженнях першого або повторного інсульту в стаціонарі. Найбільш частими предикторами ПДД були: старший вік, низький рівень освіти, повторний інсульт, цукровий діабет, фібриляція передсердь, когнітивні порушення в минулому та тяжкість інсульту. Автори дійшли висновку, що приблизно у 10% пацієнтів на момент інсульту уже була деменція. Ще у 10% пацієнтів деменція розвивається невдовзі після першого інсульту, тоді як після повторного інсульту деменція розвивається більше ніж у третини пацієнтів. Повторний інсульт був визнаний важливим предиктором деменції, який часто згадують.

Для скринінгу когнітивних функцій у пацієнтів після інсульту найчастіше використовуються MoCA та MMSE. Детальний опис цих та інших діагностичних тестів, які застосовуються при інсульті, можна знайти в Таблиці 2В (див. Додаток 2). Чутливість та специфічність MMSE для виявлення легких чи помірних когнітивних порушень з точкою відсікання <26/27 оцінюється на рівні 82% і 76% відповідно (Cumming et al. 2013), а для виявлення деменції або когнітивних порушень у багатьох доменах - 88% та 62% відповідно (Lees et al., 2014). На відміну від цього, відповідні оцінки щодо чутливості й

специфічності для MoCA при точці відсікання  $< 26$  становили 84% і 45% (Lees et al. 2014). В цілому, тест MoCA здається більш чутливим до виявлення СКП у порівнянні з MMSE, особливо при помірному розладі (наприклад, Pendlebury et al. 2012 Godefroy et al. 2011, Togliа et al. 2011, Dong et al. 2010), хоча еквівалентність була відзначена в інших дослідженнях, особливо у пацієнтів з інсультом від помірного до важкого (Dong et al. 2012).

### **Зменшення впливу судинних факторів ризику**

Використання антигіпертензивних засобів після інсульту оцінювалося в обмеженій кількості клінічних досліджень, де когнітивні функції були основною, а не однією з додаткових кінцевих точок. Найновіше з цих досліджень щодо запобігання когнітивному зниженню після інсульту (Prevention of Decline in Cognition after Stroke Trial – PODCAST, Bath et al. 2017) включало 83 учасника, які були функціонально незалежними та перенесли інсульт впродовж попередніх 3-7 місяців, мали вік  $\geq 70$  років та результат телефонного тесту MMSE  $> 16$  або вік  $> 60$  років і t-MMSE від 17 до 20 та страждали на артеріальну гіпертензію. Учасники були випадковим чином (шляхом рандомізації) розподілені до групи інтенсивного зниження артеріального тиску або групи стандартного лікування, згідно з сучасними настановами на термін не менше шести місяців. Хоча лікування було припинено раніше, ніж були набрані 600 запланованих учасників, інтенсивна корекція артеріальної гіпертензії, яка призвела до значного зниження систолічного та діастолічного артеріального тиску, не вплинула на підсумкові оцінки когнітивних функцій у людей з нормальними або майже нормальними когнітивними функціями на початку дослідження. Результати вивчення деменції у рамках дослідження пам'яті та когніції при зменшенні гіпертензії (SPRINT-MIND), частини дослідження SPRINT, в якому також оцінювався вплив зниження артеріального тиску на когнітивні функції, що опубліковані у 2019 році. Зниження артеріального тиску було одним із компонентів комплексного втручання в австрійському дослідженні втручань для запобігання зниженню когнітивних функцій після ішемічного інсульту (Austrian Polyintervention Study to Prevent Cognitive Decline After Ischemic Stroke – ASPIS) (Matz et al. 2015). Впродовж трьох місяців після інсульту 202 пацієнти були рандомізовані до групи інтенсивного втручання, де проводилась 24-місячна програма з особливою увагою до контролю артеріального тиску (цільовий рівень  $< 140/90$  мм рт. ст. та  $< 135/85$  мм рт. ст. для діабетиків), підвищення фізичної активності (мета – помірна або інтенсивна, 3-5 разів на тиждень), дієти (елементи раціональної дієти та дієти середземноморського типу), а також заохочення до зниження ваги при ожирінні, когнітивних тренувань (домашні вправи) та відмови від куріння; або контрольну групу ( $n=101$ ), яка отримувала лікування відповідно до стандартних рекомендацій. Через 24 місяці не було виявлено значущих відмінностей між групами за кількістю пацієнтів, у яких спостерігалось зниження когнітивних функцій (10,5% пацієнтів в групі втручання у порівнянні з 12,0% у групі контролю).

## Когнітивна реабілітація

Когнітивні реабілітаційні втручання при судинних когнітивних порушеннях, пов'язаних з інсультом, сфокусовані на розповсюджених розладах уваги, пам'яті або виконавчих функцій. В цілому, втручання можуть мати одну з двох цілей: 1) посилити чи відновити попередні поведінкові навички або функції (наприклад, відновлення за допомогою комп'ютерних вправ) або 2) тренувати компенсаторні механізми (наприклад, тренування стратегій), які можуть бути внутрішніми або зовнішніми щодо людини (Cicerone 2011). Wentink et al. (2016) описують вплив збагаченого середовища на людей з когнітивними порушеннями, які вони відчувають, через 12-36 місяців після інсульту. Учасники брали участь у комп'ютерних іграх загалом протягом 600 хвилин впродовж восьми тижнів, концентруючись на п'яти когнітивних доменах (увага, швидкість, пам'ять, гнучкість та розв'язання проблем). В кінці періоду лікування люди, у групі втручання, мали значно кращі показники оперативної пам'яті, але не уваги, у порівнянні з людьми з контрольної групи, які щотижня отримували інформацію щодо інсульту з вебсайту дослідження. Кокранівський огляд (Loetscher & Lincoln, 2013) включає результати шести РКД, де тестували втручання, що спрямовані або для відновлення функцій уваги, або для забезпечення компенсаційних стратегій для осіб з розладами уваги після інсульту. Когнітивна реабілітація призвела до значного поліпшення оцінок розділеної уваги, але не загальної уваги або функціонального результату (повсякденна життєдіяльність). У систематичному огляді Hoffman et al. (2010) також дійшли висновку, що когнітивна реабілітація не призвела до значного поліпшення повсякденної життєдіяльності або складної повсякденної діяльності. Десять годин навчання пацієнтів стратегіям компенсації психічної загальмованості на реальних задачах асоціювались зі значним поліпшенням виконання завдань на увагу у осіб, які перенесли інсульт, який трапився принаймні за три місяці перед тим (Winkens et al. 2009). Систематичний огляд Cha & Kim (2013), що оцінював ефективність комп'ютерної когнітивної реабілітації, показав загальний розмір ефекту 0,54 (середній ефект) на кінцеві точки щодо уваги, зі схожими результатами при використанні у гострому чи хронічному періоді інсульту.

До недавнього Кокранівського огляду das Nair & Lincoln (2016) включено результати 13 РКД (n=514), у яких вивчалися різні стратегії відновлення пам'яті в осіб із розладами пам'яті після інсульту. Втручання включали комп'ютеризоване тренування пам'яті, відпрацювання стратегій, використання допоміжних засобів зовнішньої пам'яті та мнемонічних образів. Тренування пам'яті було пов'язано зі значним поліпшенням суб'єктивних оцінок короткотривалої пам'яті (SMD=0,36, 95% ДІ 0,08-0,64, p=0,01), але не об'єктивних показників пам'яті. Тренування також не було пов'язано з

довгостроковими ефектами щодо суб'єктивних чи об'єктивних показників пам'яті, які оцінювалися через три-сім місяців після лікування. У одному РКД за участю 153 пацієнтів з інсультом у хронічній фазі повідомлялося, що тренування відчуття власного впливу на пам'ять покращує суб'єктивні добові звіти щодо пам'яті та якості життя (Aben et al., 2013), при цьому переваги зберігаються через 6 та 14 місяців (Aben et al., 2014). Cicerone et al. (2011) також рекомендували використовувати зовнішні допоміжні засоби для безпосереднього поліпшення роботи (наприклад, будильники, пейджери, ноутбуки) у випадку серйозних порушеннях пам'яті після інсульту або черепно-мозкової травми (ЧМТ).

Докази ефективності реабілітації щодо виконавчих функцій та розв'язання проблем менш переконливі. Rozental-Iluz et al. (2016) повідомили щодо відсутності значущих відмінностей між групами у середніх показниках тесту на виконавчі функції (The Executive Function Performance Test) після трьох місяців участі в груповому втручанні з використанням інтерактивної відеогри у порівнянні з людьми, рандомізованими для участі у традиційному груповому втручанні для відновлення моторики, принаймні, через шість місяців після інсульту. До Кокранівського огляду (Chung et al. 2013) були включені результати 19 РКД у людей з інсультом та іншими набутими ушкодженнями головного мозку. У тринадцяти дослідженнях вивчалися стратегії відновлення компонентів виконавчої функції (втручання з метою відновлення або компенсації). Не повідомлялося щодо значних ефектів лікування стосовно формування концепцій, планування, гнучкості, оперативної пам'яті або розширення повсякденної життєдіяльності між групою втручання та контрольною групою. Roulin et al. (2012) проаналізували 10 досліджень, де вивчали стратегії когнітивної реабілітації для усунення порушень виконавчих функцій. У дев'яти дослідженнях вивчалися втручання у хронічному періоді лікування. Автори дійшли висновку, що існує обмежена база доказів, щодо стратегії розв'язання проблем, і системи індивідуального виклику пов'язані зі значним поліпшенням продуктивності при виконанні функціональних завдань, пов'язаних з виконавчим контролем, у порівнянні з відсутністю лікування.

Фізична активність також може бути корисною для відновлення когнітивних порушень після інсульту. Oberlin et al. (2017) розглянули результати 14 РКД і повідомили про середню величину ефекту від невеликої до помірної (коефіцієнт  $g$  Хеджеса = 0,304, 95% ДІ 0,14-0,47,  $p < 0,001$ ). Cumming et al. (2012) на основі дев'яти досліджень, у яких вивчали вплив вправ на когнітивні функції у пацієнтів з інсультом, також повідомили про значний, але невеликий об'єднаний ефект лікування (стандартизована середня різниця = 0,2, 95% ДІ 0,04-0,36,  $p=0,015$ ).

Інші методи лікування, включаючи неінвазивну стимуляцію мозку з використанням транскраніальної стимуляції постійним струмом (tDCS), віртуальну реальність та прослуховування музики, також були пов'язані з

поліпшенням когнітивних функцій після інсульту (Yun et al.2015, Kim et al.2011, Sarkamo et al. 2008).

### **Фармакотерапія**

Холінергічні засоби, зокрема донепезил, ривастигмін і галантамін, використовуються для лікування деменції альцгеймерівського типу та судинної деменції. Корисність цих лікарських засобів також була досліджена при лікуванні когнітивних порушень після інсульту. Донепезил (селективний інгібітор ацетилхолінестерази), вивчався у трьох великих РКД (Black et al. 2003, Wilkinson et al. 2003, Roman et al. 2010). В усіх цих дослідженнях пацієнти з можливою або ймовірною деменцією після інсульту були рандомізовані для отримання 5 або 10 мг препарату або плацебо протягом 24 тижнів. В усіх дослідженнях учасники з груп лікування донепезилом продемонстрували значуще поліпшення оцінок у когнітивній частині Шкали оцінки судинної хвороби Альцгеймера (Vascular Alzheimer's Disease Assessment Scale cognitive subscale – V-ADAS-cog) або когнітивній частині Шкали оцінки хвороби Альцгеймера (Alzheimer's Disease Assessment Scale cognitive subscale – ADAS-cog) у порівнянні з групами плацебо. У одному дослідженні (Roman et al 2010) ризик смерті був вищим у групі донепезилу (n=11/648), ніж у групі плацебо (n=0/326; p=0,02), але не було виявлено відмінностей у смертності у двох інших дослідженнях і не було значущої різниці при об'єднанні результатів усіх трьох досліджень. У Кокранівському огляді, що включав результати трьох РКД, вивчалось використання ривастигміну для лікування судинних когнітивних порушень, судинної або змішаної деменції (Birks et al. 2013). В рамках цього огляду в одному дослідженні (n=710) повідомлялося про значний ефект лікування на користь ривастигміну щодо когнітивних оцінок (зміна показника Mini MMSE: MD = 0,06, 95% ДІ від 0,11 до 1,09, p=0,02, і зміна оцінки за шкалою оцінки судинної деменції [Vascular Dementia Assessment Scale] у порівнянні з початковими значеннями MD = -1,3, 95% ДІ від 2,62 до 0,02, p=0,05). У жодному з інших двох досліджень не повідомлялося щодо значних ефектів лікування. Лікування галантаміном у дозі 24 мг впродовж 24 тижнів було пов'язано зі значущим поліпшенням показників ADAS-cog в порівнянні з плацебо у двох дослідженнях, в яких брали участь пацієнти з ймовірною або можливою ПД (Auchus et al. 2007, Erkinjuntti et al. 2002).

Також є повідомлення, що використання антагоніста рецепторів MNDА – мемантину – покращує когнітивні функції у людей з судинною деменцією. Orgogozo et al. (2002) і Wilcock et al. (2002) рандомізували пацієнтів до групи лікування 20 мг мемантину щодня або до групи плацебо на 28 тижнів. Лікування мемантином було пов'язане зі значущим поліпшенням оцінок за ADAS-cog наприкінці періоду дослідження в обох дослідженнях у порівнянні з плацебо; однак, не було суттєвої різниці між групами в частці пацієнтів,

оцінених, як стабільні або з поліпшенням на основі шкали оцінки стану пацієнта на підставі інтерв'ю лікаря та інформації від осіб, що доглядають за пацієнтом (Clinician's Interview-Based Impression of Change Plus Caregiver Input) (60% у порівнянні з 52%,  $p=0,23$ ) (Orgogozo et al. 2002), також не було значущих відмінностей в загальному клінічному враженні щодо змін (Clinician Global Impression of Change) між групами (Wilcock et al. 2002).

Інші фармакологічні засоби також досліджувались у лікуванні постінсультної деменції. Цитиколін був пов'язаний з більш високими шансами зменшення деменції серед людей, які відновлюються після первинного ішемічного інсульту зі стійким неврологічним дефіцитом (Alvarez-Sabin et al. 2013). Антидепресанти також були пов'язані з поліпшенням виконавчої функції (Narushima et al. 2007) і розв'язанням проблем (Jorge et al. 2010) у людей, які відновлюються після інсульту. Використання актовегіну, нового терапевтичного засобу, який може посилювати окислювальний метаболізм у головному мозку, було нещодавно оцінено у осіб, які перенесли гострий ішемічний інсульт і мали оцінку у 25 балів за MoCA (Guekht et al. 2017). Середнє зниження у порівнянні з вихідним рівнем показників ADAS-cog+ через 6 і 12 місяців було значно більше у осіб в групі актовегіну. Через 3, 6 і 12 місяців значно більше пацієнтів в групі актовегіну відповідали визначенню пацієнта з об'єктивною відповіддю (поліпшення M-точки в частині шкали ADAS-cog у порівнянні з вихідним рівнем).

### **Таблиці наукових доказів стосовно судинних когнітивних порушень та список літератури**

- [Таблиця доказів 2A: Судинні когнітивні порушення: діагностика й оцінка](#)
- [Таблиця доказів 2B: Судинні когнітивні порушення: когнітивна реабілітація](#)
- [Таблиця доказів 2C: Судинні когнітивні порушення: фармакологічна терапія](#)

### **Таблиця 2A: Діагностичні критерії судинних когнітивних порушень та деменції (Gorelick et al, 2011; Sachdev 2014)**

1. Термін судинні когнітивні порушення (vascular cognitive impairment – VCI) охоплює усі форми когнітивного дефіциту, від судинної деменції (Vascular Dementia – VaD) до помірних когнітивних порушень (Mild Cognitive Impairment – MCI), судинного походження.
1. Ці критерії не можна використовувати щодо осіб, у яких є наявний діагноз зловживання/залежності від наркотичних засобів чи алкоголю. Особи повинні не приймати наркотичні засоби або алкоголь впродовж, як мінімум, 3 місяців.
3. Ці критерії не можна використовувати у пацієнтів з делірієм.

## Когнітивні функції, що оцінюються при судинних когнітивних розладах (Sachdev et al, 2014)

- 1) Увага та швидкість обробки (стійка увага, розділена увага, вибіркова увага, швидкість обробки інформації)
- 2) Фронтально-виконавчі функції (планування, прийняття рішень, оперативна пам'ять, реакція на зворотний зв'язок / виправлення помилок, нові ситуації, гальмування звичної реакції, розумова гнучкість, судження)
- 3) Навчання і пам'ять [негайна пам'ять, короткотривала пам'ять (в тому числі вільне пригадування, пригадування з підказкою) і розпізнавальна пам'ять]
- 4) Мова (найменування, експресивність, граматики і синтаксис, розуміння мови)
- 5) Візуально-конструктивно-перцептивна здатність (конструювання, зорове сприйняття та обґрунтування)
- 6) Праксис-гнозис-схема тіла (праксис, гнозис, орієнтація право/ліво, здатність рахувати, схема тіла, розпізнавання облич)
- 7) Соціальна когніція (розпізнавання емоцій та соціальних сигналів, відповідні соціальні заборони, розуміння чужої свідомості, емпатія).

## Опис та критерії категорій когнітивних порушень

Gorelick et al 2011 *	Sachdev et al 2014 ^
<p><b>Помірні судинні когнітивні порушення (VaMCI)</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. VaMCI включають 4 підтипи, що запропоновані для класифікації помірних судинних порушень: амнестичний, амнестичний плюс інші домени, неамнестичний з однією порушеною функцією і неамнестичний з декількома порушеними функціями.</li> <li>2. Класифікація VaMCI має ґрунтуватися на когнітивному тестуванні, при цьому повинні бути оцінені як мінімум 4 когнітивні сфери: виконавчі функції / увага, пам'ять, мова і зорово-просторові функції. Класифікація базується на припущенні щодо погіршення когнітивної функції у порівнянні з попереднім вихідним рівнем і порушення як мінімум 1 когнітивної функції.</li> <li>3. Складна повсякденна діяльність може бути нормальною або злегка порушеною, незалежно від наявності моторних/сенсорних симптомів.</li> </ol>	<p><b>Легке когнітивне порушення</b></p> <p>А. Набуто зниження від задокументованого або ймовірного попереднього рівня продуктивності в <math>\geq 1</math> когнітивних функціях, про що свідчать</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>(a) Побоювання пацієнта, обізнаної близької людини або клініциста щодо помірного зниження когнітивних функцій від попереднього рівня. Як правило, звіти будуть пов'язані з великими труднощами при виконанні завдань або з використанням компенсаційних стратегій; та</li> <li>(b) Свідчення нетяжкого дефіциту згідно з об'єктивною когнітивною оцінкою, на основі валідного інструменту для оцінки нейрокогнітивних функцій (формальне нейропсихологічне тестування або еквівалентна клінічна</li> </ol>
<p><b>Ймовірні помірні судинні когнітивні порушення (VaMCI)</b></p>	



1. Є когнітивні порушення і дані нейровізуалізації, які свідчать про цереброваскулярні захворювання та:
  - а. Існує чіткий часовий взаємозв'язок між судинною подією (наприклад, клінічними проявами інсульту) і появою когнітивних порушень, або
  - б. Існує чіткий взаємозв'язок між тяжкістю і характером когнітивних порушень та наявністю дифузної патології підкіркових цереброваскулярних захворювань (наприклад, як при CADASIL).
2. Відсутні дані щодо поступового прогресуючого когнітивного розладу до або після інсульту, що свідчать про наявність несудинного нейродегенеративного розладу.

#### **Можливі помірні судинні когнітивні порушення (VaMCI)**

Є когнітивні порушення на даних нейровізуалізації, що свідчить щодо цереброваскулярних захворювань, але

1. Не існує чіткого взаємозв'язку (час, тяжкість або когнітивний патерн) між судинним захворюванням (наприклад, «німі» інфаркти, підкіркова хвороба дрібних судин) та появою когнітивних порушень.
2. Недостатньо підстав для діагнозу VaMCI (наприклад, клінічні симптоми вказують на наявність судинного захворювання, але дослідження КТ/МРТ недоступні).
3. Тяжкість афазії не дозволяє провести належне когнітивне оцінювання. Проте, пацієнти з документально підтвердженими нормальними когнітивними функціями (наприклад, щорічні когнітивні оцінки) до клінічної події, що спричинила афазію, можуть бути віднесені до таких, що мають ймовірне VaMCI.
4. Є дані щодо інших нейродегенеративних захворювань або станів, крім цереброваскулярних захворювань, які можуть впливати на когнітивні здібності, наприклад:
  - а. Інші нейродегенеративні розлади в анамнезі (наприклад, хвороба Паркінсона, прогресуючий над'ядерний параліч, деменція з тільцями Леві);
  - б. Наявність патології характерної для хвороби Альцгеймера, що підтверджується біомаркерами (наприклад, ПЕТ, цереброспінальна рідина (ЦСР), амілоїдні ліганди) або генетичними дослідженнями (наприклад, мутація PSI); або

оцінка) в  $\geq 1$  когнітивних функціях. Результати тесту, зазвичай, знаходиться в діапазоні від 1 до 2 стандартних відхилень нижче відповідних норм (або між третім і 16-м процентилями), коли доступна формальна нейропсихологічна оцінка, або еквівалентна оцінка клініциста.

- В. Когнітивний дефіцит є недостатньо тяжким, щоб позбавити незалежності (тобто, пацієнт зберігає здатність до складної діяльності у повсякденному житті), але для збереження незалежності можуть бути потрібні більші зусилля, компенсаційні стратегії або пристосування.

<p>с. Наявність в анамнезі активного раку, психічних розладів або порушень обміну речовин, які можуть вплинути на когнітивні функції.</p>	
<p><b>Нестабільні помірні судинні когнітивні порушення (VaMCI)</b>  1. Пацієнти з діагнозом ймовірного або можливого VaMCI, прояви яких повертаються до норми, мають бути віднесені до «нестабільних VaMCI».</p>	
<p><b>Можлива судинна деменція (VaD)</b>  Є когнітивні порушення та дані візуалізації, що свідчать щодо цереброваскулярних захворювань, але</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Не існує чіткого взаємозв'язку (час, тяжкість, когнітивний патерн) між судинним захворюванням (наприклад, «німі» інфаркти, підкіркова хвороба дрібних судин) та когнітивними порушеннями.</li> <li>2. Недостатньо підстав для діагнозу VaD (наприклад, клінічні симптоми вказують на наявність судинного захворювання, але результати КТ/МРТ недоступні).</li> <li>3. Тяжкість афазії не дозволяє провести належну когнітивну оцінку. Однак, пацієнти з документально підтвердженими нормальними когнітивними функціями (наприклад, щорічні когнітивні оцінки) до клінічної події, що спричинила афазію, можуть бути класифіковані, як пацієнти з імовірною VaD.</li> <li>4. Є дані щодо інших нейродегенеративних захворювань або станів, крім цереброваскулярних захворювань, які можуть впливати на когнітивні здібності, наприклад: <ol style="list-style-type: none"> <li>a. Інші нейродегенеративні розлади в анамнезі (наприклад, хвороба Паркінсона, прогресуючий над'ядерний параліч, деменція з тільцями Леві);</li> <li>b. Наявність патології характерної для хвороби Альцгеймера, що підтверджується біомаркерами (наприклад, ПЕТ, ЦСР, амілоїдні ліганди) або генетичними дослідженнями (наприклад, мутація PSI); або</li> <li>c. Наявність в анамнезі активного раку, психічних розладів або порушень обміну речовин, які можуть вплинути на когнітивні функції.</li> </ol> </li> </ol>	<p><b>Деменція* або тяжкий когнітивний розлад</b></p> <p>А. Свідчення значного зниження когнітивних функцій з задокументованого або ймовірного попереднього рівня продуктивності у <math>\geq 1</math> із зазначених вище функцій. Свідчення зниження ґрунтуються на:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>a) побоюваннях пацієнта, обізнаного родича або лікаря щодо значного зниження певних здібностей; та</li> <li>b) явного та значного дефіциту при об'єктивному оцінюванні, з використанням валідного інструменту для оцінки нейрокогнітивних функцій (формальне нейропсихологічне тестування або еквівалентна клінічна оцінка) в <math>\geq 1</math> когнітивних функціях. Зазвичай, це падіння на 2 стандартних відхилення нижче середнього показника (або нижче третього перцентилля) для людей відповідного віку, статі, освіти та соціокультурного рівня, коли доступна формальна нейропсихологічна оцінка, або еквівалентна оцінка клініциста.</li> </ol> <p>В. Когнітивний розлад достатньо тяжкий для того, щоб позбавити незалежності (наприклад, потрібна, як мінімум, допомога при складній діяльності у повсякденному житті, такий як управління фінансами або дотримання схеми прийому ліків).</p>
<p><b>Ймовірна судинна деменція (VaD)</b>  1. Наявні когнітивні порушення та дані нейровізуалізації, що свідчать про цереброваскулярні захворювання та</p>	

<p>a. Існує чіткий часовий зв'язок між судинною подією (наприклад, клінічними проявами інсульту) і появою когнітивних порушень, або</p> <p>b. Існує чіткий зв'язок між тяжкістю і характером когнітивних порушень та наявністю дифузної патології, характерної для підкіркових цереброваскулярних захворювань (наприклад, як при CADASIL).</p> <p>2. Відсутні дані щодо поступово прогресуючого когнітивного дефіциту до або після інсульту, що свідчить про наявність несудинного нейродегенеративного розладу.</p>	
<p><b>Деменція</b></p> <p>1. Діагноз деменції має ґрунтуватися на зниженні когнітивних функцій у порівнянні з попереднім рівнем і дефіциті у 2 когнітивних доменах, які мають достатній ступінь тяжкості, щоб вплинути на повсякденну життєдіяльність особи.</p> <p>2. Діагноз деменції має базуватися на результатах когнітивного тестування, у випадку якого необхідно оцінити, як мінімум, 4 когнітивні домени: виконавчі функції / увага, пам'ять, мова та зорово-просторові функції.</p> <p>3. Порушення повсякденної життєдіяльності не залежать від моторних/сенсорних наслідків судинної події.</p>	
<p><i>Примітки. VCI вказує на судинні когнітивні порушення; VaD – судинна деменція; MCI – помірні когнітивні порушення; CADASIL – cerebral autosomal dominant arteriopathy with subcortical infarcts and leukoencephalopathy (церебральна аутосомно-домінантна артеріопатія з підкірковими іфарктами та лейкоенцефалопатією); КТ/МРТ - комп'ютерна томографія / магнітно-резонансна томографія; ПЕТ - позитронно-емісійна томографія; ЦСР – цереброспінальна рідина; VaMCI – помірні судинні когнітивні порушення.</i></p>	
<p><b>Відтворено з дозволу:</b></p> <p>* Philip B. Gorelick, Angelo Scuteri, Sandra E. Black, Charles DeCarli, Steven M. Greenberg, Costantino Iadecola, Lenore J. Launer, Stephane Laurent, Oscar L. Lopez, David Nyenhuis, Ronald C. Petersen, Julie A. Schneider, Christophe Tzourio, Donna K. Arnett, David A. Bennett, Helena C. Chui, Randall T. Higashida, Ruth Lindquist, Peter M. Nilsson, Gustavo C. Roman, Frank W. Sellke and Sudha Seshadri. Vascular Contributions to Cognitive Impairment and Dementia : A Statement for Healthcare Professionals From the American Heart Association/American Stroke Association. <i>Stroke</i> 2011, 42:2672-2713: originally published online July 21, 2011 (Table 2, Page 2678)</p> <p>^ Sachdev, P., et al. (2014).. <i>Alzheimer Dis Assoc Disord</i> 28 (3): 206-218.</p>	

## Розділ третій: Постінсультна надмірна втома (6-е видання, 2019 р.)

### 3. Відчуття втоми/знесилення після інсульту, 2019 р

#### Визначення та опис:

**Відчуття втоми/знесилення після інсульту.** Відчуття втоми/знесилення після інсульту – це багатовимірний моторно-перцептивний, емоційний і когнітивний стан, що характеризується почуттям виснаження та змореності, браком енергії та відразою до зусиль, який з'являється під час фізичної або розумової активності та, зазвичай, не проходить після відпочинку. Втому можна поділити на об'єктивну або суб'єктивну. Об'єктивна втома визначається, як зниження продуктивності, що можна побачити та виміряти та виникає при повторному виконанні фізичної або розумової задачі, тоді як суб'єктивна втома – це відчуття виснаження та відрази до зусиль (Acciarresi et al, 2014; Staub 2001, Annoni 2008, Lerdal 2009, Eskes 2011).

**Характеристики** відчуття втоми/знесилення після інсульту можуть включати: нездоланну втому та брак енергії для виконання повсякденних справ; ненормальна потреба у дрімоті, відпочинку або тривалому сні; більш швидка втома від повсякденної діяльності, ніж до інсульту; непередбачуване відчуття втоми без явних причин.

**3.0** Постінсультне відчуття втоми/знесилення – розповсюджений стан, який може виникнути після інсульту в будь-який момент у процесі відновлення. Післяінсультне відчуття втоми/знесилення часто не розпізнається; отже медичні працівники повинні передбачити можливість постінсультної втоми та готувати пацієнтів, що пережили інсульт, та їх родини до зменшення втоми за допомогою оцінки, навчання та втручань впродовж усього періоду відновлення після інсульту [рівень доказовості В].

*Примітка. Післяінсультне відчуття втоми/знесилення, ймовірно, не пов'язане з тяжкістю інсульту. Люди, які перенесли легкий інсульт, можуть теж відчувати постінсультну втому.*

#### 3.1 Діагностика й оцінка

- i. Перед випискою з закладу, де пацієнт перебував у гострому періоді або під час стаціонарної реабілітації, людям, які перенесли інсульт, їх сім'ям та особам, які здійснюють неформальний догляд, слід надати основну інформацію щодо потенційних проявів постінсультної втоми/знесилення [рівень доказовості С].
- ii. Після повернення до громади люди, які перенесли інсульт, мають періодично проходити скринінг щодо постінсультного відчуття втоми/знесилення під час наступних відвідувань лікаря (наприклад, при наданні первинної медико-санітарної допомоги, вдома та в

амбулаторних, профілактичних або реабілітаційних клініках) [рівень доказовості C]. *У Додатку в Таблиці 3А наводиться резюме щодо запропонованих інструментів для скринінгу.*

iii. У пацієнтів, які відчувають постінсультну втому/знесилення, має бути проведений скринінг щодо супутніх захворювань, що піддаються лікуванню і ліків, які пов'язані із відчуттям втоми та/або посилюють її [рівень доказовості B].

a. Це може включати: ознаки депресії або інших станів, пов'язаних з настроєм; порушення сну або чинники, що знижують якість сну (наприклад, апное уві сні, біль); інші розповсюджені захворювання у пацієнтів після інсульту, що підвищують втому, наприклад системні інфекції, такі як уроінфекції, зневоднення, гіпотиреоз, а також седативні лікарські засоби.

### 3.2 Лікування постінсультної стомлюваності

i. За пацієнтами, що перенесли інсульт, повинні наглядати медичні працівники, які добре обізнані щодо симптомів відчуття втоми/знесилення та способів їх лікування [рівень доказовості C].

ii. Є обмежені дані щодо того, що медикаментозне лікування постінсультної втоми за допомогою модафінілу може розглядатися у деяких пацієнтів, які перенесли інсульт [рівень доказовості C]. Для повного зрозуміння переваги цього лікування, необхідні додаткові дослідження.

iii. Зараз недостатньо даних, щоб рекомендувати лікування антидепресантами при постінсультній втомі [рівень доказовості B].

iv. Психотерапія (когнітивно-поведінкова терапія) може розглядатися, як додаткове лікування постінсультної втоми [рівень доказовості B].

v. Зменшення стресу шляхом усвідомлення може розглядатися, як додаткове лікування постінсультної втоми [рівень доказів B].

vi. Рекомендовані консультації щодо поступового збільшення фізичних навантажень, відповідно до переносимості, для поліпшення фізичної форми і толерантності до навантажень [рівень доказовості C].

vii. Рекомендовані консультації щодо стратегій збереження енергії, які передбачають оптимізацію повсякденної діяльності та зосередження на пріоритетній діяльності (наприклад, повсякденні справи та змінені завдання, які прогнозують потреби в енергії та забезпечують баланс активності/відпочинку) [рівень доказовості C]. *Дивись Рамку 3 для докладних прикладів стратегій збереження енергії.*

- viii. Рекомендовані консультації з питань правильної поведінки щодо сну та гігієни сну [рівень доказовості B]
- ix. Забезпечте навчання пацієнтів, які пережили інсульт, членів їх сімей та осіб, які здійснюють неформальний догляд, щоденному управлінню часом і пошуку балансу між справами та періодами відпочинку [рівень доказовості C].
- x. Заохочуйте людей, що пережили інсульт і відчують постінсультну втому/знесилення, повідомляти щодо свого енергетичного статусу та потреби у відпочинку медичним працівникам, членам сім'ї, опікунам, роботодавцям і соціальним групам [рівень доказовості C].

*Коментар робочої групи: міжнародна непатентована назва лікарського засобу модафініл – армодафініл.*

### **Рамка 3: Приклади конкретних стратегій збереження енергії**

*Наступний перелік містить стратегії енергозбереження, описані у літературі. Вони надаються, як корисна інформація та рекомендації у випадку консультування людей, які перенесли інсульт; їх не слід розглядати, як рекомендації, засновані на наукових свідченнях.*

- Структурування дня з урахуванням балансу активності та запланованих періодів відпочинку; прогнозування потреби в енергії для кожного завдання та завершення пріоритетних справ;
- Дотримання режиму дня з плануванням дій, що потребують більше сил, відразу після відпочинку, складання плану на наступний день з оцінкою витрат енергії на кожну справу та визначенням пріоритетних завдань та витрат енергії;
- Облаштування середовища таким чином, щоб звести до мінімуму зусилля з переміщення, зменшити кількість підйомів по сходах і мати легкий доступ до предметів, якими користуються найчастіше ;
- Якщо можливо, виконувати роботу по дому (наприклад, миття посуду або прасування) сидячи, а не стоячи;
- Навчання людей, які пережили інсульт, правильній механіці тіла, поставі, а також положенню сидячи та вмінню обирати краще місце (наприклад, відпочивати у ліжку, а не на стільці);
- Дотримання правил щодо гігієни сну й уникнення седативних препаратів та надмірного вживання алкоголю; використання енергоощадного обладнання та технологій для зменшення фізичних зусиль (наприклад, електричний консервний ніж, покупки в Інтернеті);
- Участь у приємних професійних та розважальних заходах, запланованих заздалегідь, щоб людина з інсультом добре відпочила перед цими заняттями;
- Делегування справ, які не є пріоритетними або можуть бути виконані кимось іншим, наприклад членами сім'ї;

- Розробка плану здорового або правильного харчування для підвищення рівня енергії.

### **Обґрунтування**

Стан післяінсультної втоми/знесилення часто не діагностується, а його прояви у людей, які перенесли інсульт, рутинно не оцінюються. Проте, люди, які перенесли інсульт, часто повідомляють щодо симптомів втоми, як у гострому, так і у віддаленому періоді відновлення після інсульту. Показники розповсюдженості постінсультної втоми/знесилення є значними і варіюють від 38 до 73%. Крім того, ці показники не демонструють помітного зниження після гострого періоду захворювання і навіть через кілька років після події. Вони можуть з'явитися у будь-якої людини, що перенесла інсульт, зокрема не було встановлено, що відчуття втоми залежить від розміру чи локалізації вогнища або тяжкості інсульту. Зазвичай, цей стан асоціюється з поганим настроєм і порушеннями сну, але може виникати і за їх відсутності. Було показано, що цей стан негативно впливає на здатність людини брати активну участь у реабілітації, що пов'язано з гіршими довгостроковими результатами лікування. Тому сюди включені рекомендації щодо підвищення обізнаності про частоту постінсультної втоми та її фізичному та емоційному впливу на людей, які перенесли інсульт, та про негативний вплив на відновлення та результати лікування.

### **Системні наслідки**

1. Кількість та частина людей, що пережили інсульт та які повідомляють щодо симптомів постінсультної втоми, що вимірюється в кожній точці переходу у вигляді частки від усіх людей, які перенесли інсульт.
2. Частина людей, які перенесли інсульт та повернулися до відділення невідкладної допомоги або були повторно госпіталізовані через недієздатність або з інших причин, пов'язаних зі стомлюваністю.

### **Примітки щодо вимірювань**

- Стандартизовані та валідизовані інструменти для оцінювання відчуття втоми/знесилення після інсульту для цієї популяції не опубліковані. Багато валідних шкал для оцінки втоми, як стану, можуть бути придатними для цієї популяції і є розумним вибором на даний час.

### **Ресурси для впровадження та інструменти передачі знань**

#### **Інформація про медичні заклади**

- Таблиця 3А: Зведення вибраних інструментів оцінки стомлюваності після інсульту (Додаток 2)
- Комплексний опитувальник:
- Шкала ступеня втоми:

➤ Stroke Engine, Розділ «Стомлюваність»

**Інформація для людей, які перенесли інсульт, їх сімей та опікунів**

- Stroke Engine,
- Відповідальність за відновлення після інсульту: Керівництво для тих, хто вижив за Рекомендаціями Канадської передової практики в області інсульту:
- Стомлюваність після інсульту:
- Стомлюваність
- Стомлюваність
- Поговоримо про почуття втоми після інсульту:
- Журнал активності:

**Резюме наукових доказів 2019 р.**

Відомо, що постінсультна втома (Post-stroke fatigue – PSF) виникає досить часто та пов'язана з розладами настрою, болем і негативно впливає на відновлення. Люди, які страждають на PSF, повідомляють щодо типових симптомів, включаючи меншу дієспроможність та брак енергії, надмірну змореність і непереборну потребу у тривалому сні, швидка втомлюваність, відчуття втоми для якого немає очевидної причини або пояснення, а також підвищену чутливість до стресу (Eilertsen et al. 2013).

Частоту PSF важко оцінити, враховуючи, що багато пацієнтів повідомляють щодо відчуття втоми до інсульту (Lerdal et al. 2011). Оцінки захворюваності/розповсюдженості також варіюють залежно від того, коли відбувалось оцінювання в ході відновлення та який інструмент використовувався. На момент надходження до відділення стаціонарної реабілітації втома була присутня у 51,5% пацієнтів (Schepers et al. (2006), а на момент виписки - у 58,3% пацієнтів (Van Eijnsden et al. 2012). Schepers et al. (2006) повідомили, що втома була присутня у 64,1% і 69,5% відповідно через шість місяців і один рік після інсульту. В цілому втома/знесилення мали місце у 37,7% пацієнтів і були відсутні у 17,4% на будь-якій з точок оцінки. З пацієнтів, які повідомили щодо відчуття втоми через рік, у 29,3% також була депресія. Van der Port et al. (2007) повідомили, що частка пацієнтів, які почувалися знесиленими через 6, 12 і 36 місяців, становила 68%, 74% і 58%, відповідно, серед 223 пацієнтів з гострим інсультом, які перебували під проспективним спостереженням. В усіх цих дослідженнях висновок щодо наявності втоми робили на підставі  $\geq 4$  балів за шкалою тяжкості втоми (Fatigue Severity Scale). Parks et al. (2012) повідомили, що з 228 учасників, опитаних через 12 місяців після інсульту, 37% повідомили, що відчували втому принаймні один раз впродовж попереднього місяця. Серед тих, хто повідомив щодо втоми, 59,5% стверджували, що вона була одним з найгірших або найгіршим симптомом, які вони відчували. Через два роки після інсульту з 5189 пацієнтів, які були живі та включені до національного реєстру інсультів Riks-Stroke, та які відповіли на поштове опитування, 10% і 29,2% респондентів



повідомили, що «завжди» або «часто» відчують себе втомленими (Glader et al. 2002). У, ймовірно, найбільшому систематичному огляді такого роду, до якого Cumming et al. (2016) включили результати 49 досліджень і оцінили розповсюдженість PSF в будь-який момент після інсульту. Використовуючи результати 22 досліджень, в яких використовувалася Шкала тяжкості втоми (Fatigue Severity Scale) і пороговий рівень  $\leq 4$  або  $> 4$ , розповсюдженість постінсультної втоми становила 50% (95% ДІ 43-57%).

Клінічний перебіг PSF поки незрозумілий; досі навіть невідомо, збільшується чи зменшується PSF з плином часу. Snaphaan et al. (2011) повідомили, що поширеність стомлюваності становила 35% через два місяці після інсульту і 33% через 18 місяців. Про відчуття втоми повідомили 26% пацієнтів в обох точках оцінки, тоді як 9% повідомили щодо втоми на початку, але не при подальшому спостереженні, а 8% повідомили про відсутність втоми на початку та її появу у подальшому. У систематичному огляді (Duncan et al. 2012), куди увійшли дев'ять досліджень, відсоток пацієнтів, які повідомляли щодо втоми, збільшився з першого до другого разу оцінювання у семи дослідженнях, тоді як у двох дослідженнях він зменшився між точками оцінки. Навпаки, Cumming et al. (2016) повідомили, що оцінки стомлюваності були відносно стабільними постійно (впродовж перших трьох місяців після інсульту – 55% (95% ДІ 25-85%); від одного до шести місяців – 46% (95% ДІ 31-62%); і понад шість місяців – 53% (95% ДІ 48-58%).

Незалежні предиктори відчуття втоми/знесилення після інсульту, що були виявлені, включають депресію, низький рівень фізичних функцій та передінсультну стомлюваність (Lerdal et al. 2011). Повідомляється, що як старший (Snaphaan et al. 2011), так і молодший вік (Parks et al. 2012), є предикторами постінсультної втоми, так само як жіноча (Scheepers et al. 2006) та чоловіча стать (Gladder et al. 2002).

Було проведено кілька контрольованих досліджень, в яких порівнювалось відчуття втоми/знесилення у людей, які відновлювались після інсульту, та загальною популяцією, а також з випадками ТІА. У випадку порівняння 1069 пацієнтів аналогічного віку, відібраних із загальної популяції, оцінки втоми у 165 пацієнтів із гострим інсультом були значно вищими після внесення поправок на вік, стать і умови життя. З п'яти компонентів шкали багатовимірного опитувальника для оцінки втоми (Multidimensional Fatigue Inventory – MFI-20) пацієнти з інсультом мали значно вищі показники загальної та фізичної втоми, а також вищі показники зниження активності через три місяці (Christensen et al. 2008). Winward et al. (2009) порівняли 73 пацієнта з легким інсультом і 76 пацієнтів з ТІА, які були учасниками Оксфордського судинного дослідження (Oxford Vascular study). Через шість місяців більша частина учасників, які перенесли інсульт, повідомила щодо значної втоми, яку оцінювали за допомогою шкали втоми Чалдера (Chalder Fatigue Scale) (56% у порівнянні з 29%,  $p=0,008$ ). Більша частина пацієнтів з інсультом, у яких вихідна оцінка за шкалою NIHSS дорівнювала 0 балів, повідомили про значну втому у порівнянні з пацієнтами з ТІА, які також на

початку отримали 0 балів за шкалою NIHSS (57% проти 29%,  $p=0,015$ ). Особи, які відчували, що вони не повністю відновились, були більш схильні до відчуття втоми/знесилення у порівнянні з тими, хто відчував, що повністю одужав (72% проти 23%,  $p < 0,0001$ ).

Існує кілька методів лікування постінсультної втоми, які були досліджені. Кокранівський огляд (Wu et al. 2015) включав результати 12 РКД, у чотирьох з яких тестувались 4 фармакологічні підходи, а у інших чотирьох - нефармакологічні втручання. У останніх чотирьох дослідженнях постінсультна втома не була основною метою дослідження, але повідомлялося щодо втоми, як кінцевої точки. Зважаючи на результати семи досліджень (п'ять фармакологічних і два нефармакологічних), лікування було пов'язане зі значним зниженням показників втоми/знесилення ( $WMD = -1,07$ , 95% ДІ -1,93, -0,21,  $p=0,014$ ).

Лікарські засоби, які оцінювались під час лікуванні постінсультної втоми, включають СИЗС - флуоксетин та модафініл. У дослідженні модафінілу при тяжкому знесиленні після інсульту (Modafinil in Debilitating Fatigue After Stroke – MIDAS) 36 учасників із постінсультною втомою отримували 200 мг модафінілу або плацебо впродовж шести тижнів (Bivard et al. 2017). Активне лікування було пов'язане зі значущим зниженням середньої загальної оцінки за багатовимірним опитувальником втоми (Multidimensional Fatigue Inventory – MFI-20):  $MD = -7,38$  (95% ДІ від -21,76 до -2,99;  $P < 0,001$ ), а також зі зниженням середнього балу за FSS ( $MD = -6,31$ , 95% ДІ від -10,7 до -1,9,  $p=0,048$ ) та збільшенням загального середнього показника якості життя у пацієнтів з інсультом, яку оцінювали за допомогою Stroke-Specific Quality of Life:  $MD = 11,8$  (95% ДІ від 2,3 до 21,3,  $p=0,015$ ). Poulsen et al. (2015) рандомізували 41 пацієнта із постінсультною втомою для отримання модафінілу у дозі 400 мг або плацебо протягом 90 днів. Результати були неоднозначними. Через 90 днів не було значної різниці між групами у середньому показнику за MFI-20 GF (11 балів у групі модафінілу у порівнянні з 14 у групі плацебо  $p=0,32$ ) або в середньому показнику інших функцій MFI (фізична стомлюваність, зниження активності, зниження мотивації); однак медіанні показники FSS і FSS-7 були значно нижчі через 90 днів у пацієнтів з групи модафінілу (36 проти 49,5,  $p=0,02$  і 22 проти 37,5,  $p=0,042$ ). Флуоксетин вивчали у дослідженні, в якому 83 учасники з постінсультними емоційними розладами, в середньому через 14 місяців після інсульту, були рандомізовані для прийому 20 мг/день флуоксетину ( $n=40$ ) або плацебо ( $n=43$ ) протягом трьох місяців (Choi-Kwon et al. 2007). Після закінчення лікування значущих відмінностей у кількості пацієнтів з постінсультною втомою не було. Через шість місяців 34 пацієнти (85%) з групи флуоксетину повідомили щодо відчуття втоми у порівнянні з 40 (93%) у контрольній групі. Однак, через три місяці, менше пацієнтів у групі флуоксетину повідомили щодо надмірної/недоречної плаксивості ( $n=16$ , 40% у порівнянні з  $n=27$ , 62,8%,  $p=0,038$ ), а через шість місяців у групі флуоксетину було менше пацієнтів з депресією ( $n=5$ , 12,5% у порівнянні з  $n=13$ , 30,2%,  $p=0,05$ ).

Серед досліджень, що оцінювали немедикаментозні методи лікування постінсультної втоми, у двох повідомили щодо значного поліпшення симптомів. Zedlitz et al. (2013) випадковим чином відібрали 83 учасники з важкої втомою >4 місяців після інсульту для участі в 12-тижневій програмі, що складалася з групового когнітивного лікування (контрольний стан) або групового когнітивного лікування в поєднанні з градуйованим тренуванням активності (COGRAT). Когнітивне лікування складалося з когнітивно-поведінкової терапії та навчання компенсаторним стратегіям. Учасники групи COGRAT також пройшли 24 заняття тривалістю дві години кожне, включаючи тренування на біговій доріжці, силові тренування і домашні завдання. Учасники групи COGRAT значно частіше відчували клінічно значуще зменшення ступеня втоми (57,9% проти 24,4%,  $p=0,002$ ). Johansson et al. (2012) рандомізували 29 пацієнтів, з яких 18 видужували після інсульту (11 - в результаті черепно-мозкової травми) з психічною стомлюваністю для участі в восьмижневій програмі зняття стресу шляхом медитативного зосередження (Mindfulness-Based Stress Reduction – MBSR), що включала йогу, сканування тіла і сидячу медитацію, а решта склала контрольну групу зі списку очікування.

У порівнянні з учасниками контрольної групи зі списку очікування учасники програми MBSR відразу ж повідомили про більш значне зниження балів за шкалою психічної втоми. Немедикаментозні процедури, які були оцінені для лікування постінсультної втоми та визнані неефективними, включали використання постійного позитивного тиску в дихальних шляхах (Brown et al., 2011), освітню програму управління втомою (Clarke et al. 2012) та шестимісячну програму самоконтролю хронічних захворювань (Lorig et al. 2001).

## Таблиці наукових доказів з постінсультної втоми і список літератури

### ДОДАТОК ДРУГИЙ

#### Таблиця 1А: Обрані перевірені інструменти для скринінгу та оцінки постінсультної депресії

У цій таблиці представлено зведення психометричних властивостей обраного набору інструментів діагностики та оцінки, які були затверджені для використання у пацієнтів з інсультом чи часто згадуються в літературі щодо інсульту. Цей список не є вичерпним, він скоріше виділяє найбільш часто використовувані та перевірені інструменти. Рекомендується розглядати ці інструменти, як варіанти першої лінії для усіх послуг, пов'язаних з інсультом. (Таблиця заповнена).

*Примітки:*

- Слід підкреслити, що позитивний результат на інструменті діагностики, що вказує на депресію, не є еквівалентним діагнозу депресії. Позитивний результат скоріше вказує на необхідність подальшого спостереження й оцінки.
- Більш детальний огляд цих інструментів діагностики можна отримати на сайтах ebrsr.com, strokengine.com або в дослідженні Salter et al. (2007).

Інструмент оцінки та посилання	Кількість пунктів	Формат відповіді	Загальний результат	Надійність / валідність щодо інсульту	Інтерпретація результатів *	Чутливість / специфічність для ПІД
<b>Рекомендовані інструменти першої лінії</b>						
<b>Geriatric Depression Scale (GDS)</b> Шкала оцінки депресії у літніх людей <a href="http://web.stanford.edu/~yesavage/GDS.htm">http://web.stanford.edu/~yesavage/GDS.htm</a>	30	Самооцінка Відповіді Так / Ні	0-30	<b>Надійність:</b> незважаючи на ретельну оцінку щодо популяцій літніх людей, відносно мало було зроблено саме для людей з інсультом. Agrell і Dehlin (1989) повідомили про високу внутрішню узгодженість ( $\alpha = 0,90$ ), як і	Норма = 0-10, $\geq 11$ вказує на наявність депресивного стану; 11-20 = легка депресія, 21-30 = помірною або важкою депресія	У багатьох дослідженнях вивчалася відносна чутливість і специфічність GDS – в більшості повідомлялося про значення чутливості і специфічності $>80\%$ (Stiles and McGarrah (1998). У популяції пацієнтів з інсультом Johnson et al. (1995), використовуючи поріг 10/11, Johnson et al. (1995) повідомили про чутливість = 85%, специфічності = 66% і частоту

				<p>Sivrioglu et al. (2009) (<math>\alpha = 0,88</math>).</p> <p><b>Супутня валідність:</b> Agrell and Dehlin (1989) повідомили щодо доброї кореляції між оцінками GDS та оцінками за шкалами самооцінки і спостережної депресії.</p> <p><b>Дискримінаційна валідність:</b> Sivrioglu et al. (2009) продемонстрували значні відмінності в результатах GDS між групами учасників із депресією та без депресії (<math>p &lt; 0,001</math>).</p>	(McDowell et al. 1996)	<p>помилкової класифікації 29%. Зовсім недавно, використовуючи DSM-IV-TR як критерій діагностики, Sivrioglu et al. (2009) повідомили про чутливість = 69% і специфічність = 75% для використання порогового значення 10/11, а також чутливість = 66% і специфічність = 79% для порогового значення 11/12.</p>
<p><b>Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS)</b></p> <p>Госпітальна шкала тривоги і депресії</p> <p><a href="http://www.strokeengine.ca/assess/hads/">http://www.strokeengine.ca/assess/hads/</a></p>	14 (2×7 - позиційні підшкали)	Самостійний звіт Варіанти відповіді з множинним вибором оцінюються за 4-бальною шкалою	0-42 (0-21 для кожної підшкали)	<p><b>Надійність:</b> Visser et al (1995) повідомили щодо стабільності результатів тесту (0,87); повідомлена надійність внутрішньої узгодженості частини HADS щодо депресії була <math>&gt;0,70</math> (Johnston et al. 2000, Aben et al. 2002); зовсім недавно Sagen et al (2009) повідомили щодо <math>\alpha=0,83</math>.</p>	Автори шкали рекомендували використовувати 8/9 (висока чутливість) або 10/11 (висока специфічність) для визначення наявності депресії з використанням підшкали депресії HADS	Aben et al. (2002) повідомили щодо чутливості 72,5% і специфічності 78,9% для HADS-D з використанням порогового значення $\geq 7$ . Для загальної шкали з використанням порогового значення $\geq 11$ чутливість і специфічність склали 86,8% і 69,9% відповідно.

Таблиця 1А (продовження)

Інструмент оцінки та посилання	Кількість пунктів	Формат відповіді	Загальний результат	Надійність / валідність щодо інсульту	Інтерпретація результатів *	Чутливість / специфічність для ПІД
				<p><b>Конструктивна валідність:</b> задовільна при підтверджувальному факторному аналізі (Johnston et al. 2000).</p> <p><b>Дискримінаційна валідність:</b> бали HADS-D і HADS-A, отримані у пацієнтів з інсультом, значно відрізнялися від контролю (<math>p &lt; 0,001</math>) (Visser et al. 1995).</p>	(Zigmond and Snaith, 1983). Альтернативні порогові значення були оцінені для пацієнтів, які перенесли інсульт.	
<p><b>Patient Health Questionnaire -9 (PHQ-9)</b></p> <p>Опитувальник здоров'я пацієнта -9</p> <p><a href="http://strokengine.ca/assess/module_phq9_in_tro-en.html">http://strokengine.ca/assess/module_phq9_in_tro-en.html</a></p>	9	Варіанти відповіді з множинним вибором, за 4-бальною шкалою	0-27	<p><b>Надійність:</b> надійність між спостерігачами = 0,98, повторний тест = 0,75 та внутрішня узгодженість = 0,79 (de Man-van Ginkel et al. 2012).</p> <p><b>Супутня валідність:</b> PHQ-9 значимо корелював із оцінками GDS-15 (<math>r = 0,8</math>, <math>p &lt; 0,01</math>) (de Man-van Ginkel et al. 2012).</p>	Бали (чутливість = 80%, специфічність = 78%) для ідентифікації ПІД через 6-8 тижнів після інсульту (deMan van Ginkel et al. 2012)	В одному дослідженні оцінювалася чутливість і специфічність PHQ-9, як для значної депресії, так і для будь-якої депресії в порівнянні зі структурованим клінічним опитуванням в підгрупі амбулаторних пацієнтів з інсультом, які підтвердили 2 або більше симптоми в PHQ-9, або в одному з PHQ - 2 пункту на вихідному рівні дослідження (Williams et al. 2005). Автори повідомили про чутливість 91% і специфічність 89% для значної депресії, а також про чутливість 78% і специфічність 96% для будь-якої

<a href="http://www.phqscreeners.com/">http://www.phqscreeners.com/</a>						<p>депресії, пов'язаної з граничним значенням <math>\geq 10</math>. Однак, на ці цифри могли вплинути попередній відбір (з використанням питань з PHQ-9) та формальна оцінка тільки обраних осіб. Man-vanGinkel et al. (2012) також повідомили про результати валідаційного дослідження, в якому PHQ-9 порівнювався з результатами комплексного міжнародного діагностичного опитування для DSM-IV, проведеного з 164 пацієнтами з інсультом (амбулаторні пацієнти приблизно через 6-8 тижнів після інсульту). Як і у дослідженні Williams et al., автори повідомили, що точність PHQ-9 була найкращою при використанні порогового значення <math>\geq 10</math> з чутливістю 80% і специфічністю 78%. Використання PHQ-9 у пацієнтів, які пройшли попередній скринінг за допомогою PHQ-2, підвищило точність ідентифікації (чутливість = 87%) (de man-van Ginkel et al. 2012).</p>
---	--	--	--	--	--	--

Таблиця 1А (продовження)

Інструмент оцінки та посилання	Кількість пунктів	Формат відповіді	Загальний результат	Надійність / валідність щодо інсульту	Інтерпретація результатів *	Чутливість / специфічність для ПІД
Додаткові інструменти для розгляду						

<p><b>Beck Depression Inventory (BDI-II)</b></p> <p>Шкала оцінки депресії Бека</p> <p><a href="http://strokengine.ca/assess/module_bdi_intro-en.html">http://strokengine.ca/assess/module_bdi_intro-en.html</a></p> <p><a href="http://www.personassessments.com/HAIWEB/Cultures/en-us/Productdetail.htm?Pid=015-8018-370">http://www.personassessments.com/HAIWEB/Cultures/en-us/Productdetail.htm?Pid=015-8018-370</a></p>	21	Самооцінка Набір відповідей з множинним вибором за ступенем серйозності	0-63	<p><b>Надійність:</b> Aben et al. (2002) підтвердили високу надійність внутрішньої узгодженості BDI в популяції осіб з інсультом. За межами популяції інсульту оцінки внутрішньої узгодженості, зазвичай, перевищують 0,80 (Beck et al. 1988).</p> <p><b>Прогностична достовірність:</b> бали BDI дозволяють прогнозувати функціональне відновлення та потребу в стаціонарній медичній допомозі після інсульту (Kotila et al. 1999 року, Desrosiers et al. 2002).</p>	Поріг для наявності депресії = 10; 10-18 = легка депресія, 19-29 = помірна депресія, 30-63 = важка депресія (Beck et al. 1988)	ROC-аналіз, виконаний Lincoln et al. (2003) передбачає, що прийнята гранична точка, яка вказує на наявність депресії, може бути занадто низькою - рекомендують 15/16 для оптимізації чутливості; проте специфічність знижена в порівнянні з DSM-III-R. Aben et al. (2002) повідомили, що стандартні порогові значення є прийнятними для людей з інсультом.
<p><b>Center for Epidemiological Studies Depression Scale (CES-D)</b></p> <p>Шкала центру епідеміологічних досліджень депресії</p>	20	Самооцінка за 4-бальною шкалою	0-60	<p><b>Надійність.</b> За наявними даними, надійність внутрішньої узгодженості коливається в діапазоні 0,64-0,86 (Agrell &amp; Dehlin 1989, Toedter et al. 1995). Зареєстровані кореляції між елементами варіювалися від 0,39 до 0,75 (Shinar et al. 1986).</p>	Наявність депресії = $\geq 16$ (Radloff et al. 1977)	Використовуючи запропоновану порогову оцінку, Shinar et al. 1986 і Parikh et al. 1988 повідомили щодо чутливості 73% і 86% і специфічності 100% і 90% відповідно (щодо DSM-III-R).



<a href="http://cesd-r.com/">http://cesd-r.com/</a>				<b>Супутня валідність:</b> результати CES-D, використані для оцінки людей з інсультом, значно корелювали з результатами інших стандартизованих самооцінок та інструментів спостережної оцінки депресії (Agrell and Dehlin 1989, Shinar et al. 1986, Parikh et al. 1988)		
<b>Depression, Obstructive sleep apnea and Cognitive impairment (DOC) Screen</b>  <a href="http://www.docscreen.ca/">http://www.docscreen.ca/</a>	16	Самооцінка	20	<b>Виконуваність:</b> 89% пацієнтів завершили сканування за 5 хвилин або менше (в середньому 4,2 хвилини; 9% ДІ: 4,1-4,3 хвилини). (Swartz et al. 2017). Час до завершення був значно вищим у пацієнтів з інсультом у порівнянні з пацієнтами з ТІА.	<b>Doc-Mood:</b> 0 балів вказують на низький ризик депресії. >4 вказують на високий ризик депресії; <b>Doc-обструктивного апное уві сні (СОАС):</b> 0 балів вказують на низький ризик СОАС;	<b>Чутливість і специфічність</b> Doc-Mood: чутливість 92%; і специфічність: 99% Doc-Apnea: Чутливість: 91%; специфічність: 93% Doc-Cog: чутливість 96%; специфічність 91% Що стосується DOC-Mood, 29% осіб з проміжним ризиком мали порушення згідно SCID-D; тому лікарі мають проявляти обережність при оцінці пацієнтів із депресією проміжного ризику, застосовуючи більш докладні інструменти скринінгу або поєднуючи їх з додатковими клінічними питаннями. (Swartz et al. 2017)

Таблиця 1А (продовження)

Інструмент оцінки та посилання	Кількість пунктів	Формат відповіді	Загальний	Надійність / валідність щодо інсульту	Інтерпретація результатів *	Чутливість / специфічність для ПІД
--------------------------------	-------------------	------------------	-----------	---------------------------------------	-----------------------------	------------------------------------

			результат			
Інструмент скринінгу депресії, обструктивного апное уві сні та когнітивних порушень  <a href="http://www.docscreen.ca">http://www.docscreen.ca</a>				<b>Валідність:</b> DOC показав відмінні діагностичні характеристики для компонентів опитувальника здоров'я пацієнта-2 (PHQ-2), STOP і Монреальської когнітивної оцінки (MoCA). (Шварц та ін. 2017) <b>Площа під кривою (AUC):</b> Doc-Mood: 0,90 Doc-Apnea: 0,80 Cog-Когнітивні порушення (Cog): 0,81	бали від 1 до 3 вказують на проміжний ризик СОАС; Оцінка 4 вказує на високий ризик ОАС <b>DOC-Cog: 10</b> балів вказують на низький ризик когнітивних порушень; від 6 до 9 вказують на проміжний ризик когнітивних порушень; <5 - група високого ризику когнітивних порушень	Doc-Cog має низьку позитивну прогностичну цінність, що говорить про те, що Doc-Cog надійніший для управління помірно-тяжким порушенням, ніж для їх усунення.
<b>Інструменти, які слід розглянути для пацієнтів з афазією</b>						
<b>Stroke Aphasic Depression Questionnaire -10 (SADQ-10)</b>	10	Оцінка поведінки спостерігачем за 4-бальною шкалою	30	<b>Надійність:</b> за використання осіб, які здійснюють догляд за людьми з афазією, для виконання подальших оцінок, надійність повторного 4-тижневого	Бали $\geq 15$ можуть вказувати на наявність депресії (Leeds et al. 2004).	Використовуючи пропонований пороговий бал $\geq 15$ , Leeds et al. (2004) повідомили щодо чутливості = 70% і специфічності = 77% у групі стаціонарних пацієнтів, які перенесли інсульт. Грунтуючись на порогових значеннях, використовуваних для

<p>Опитувальник з інсульту та афатичної депресії-10</p> <p><a href="http://strokengine.ca/assess/module_sadq_intro-en.html">http://strokengine.ca/assess/module_sadq_intro-en.html</a></p> <p><a href="http://www.nottingham.ac.uk/medicine/about/rehabilitation/going/publishing/publications/dassessments.aspx">http://www.nottingham.ac.uk/medicine/about/rehabilitation/going/publishing/publications/dassessments.aspx</a></p>				<p>тесту склала 0,69 для SADQ-10 (Sutcliffe and Lincoln 1998).</p> <p>Повідомляється, що внутрішня узгодженість становить <math>\alpha = 0,80</math> (Sutcliffe and Lincoln 1998, Sutcliffe and Lincoln 2000).</p> <p><b>Конструктивна валідність:</b> результати факторного аналізу показали, що елементи SADQ-10 можуть бути одновимірними (Sutcliffe and Lincoln 1998).</p> <p><b>Супутня валідність:</b> оцінки SADQ-10 були позитивно пов'язані з оцінками за шкалами HADS-D, HADS-A, Опитувальник з депресії Уейкфілда (Sutcliffe and Lincoln 1998) і GDS-15 (Leeds et al. 2004), хоча кореляція з рейтингами медичних працівників була різною (Lincoln and Sutcliffe, 2000).</p>		<p>HADS, Bennett et al. (2006) визначили граничне значення 17/18 для SADQ-H (чутливість = 100% і <b>специфічність</b> = 81%) і оптимальне порогове значення 5/6 для SADQ-H 10 (чутливість = 100%). і специфічність = 78%).</p>
---	--	--	--	---	--	--

Таблиця 1А (продовження)

Інструмент оцінки та посилання	Кількість пунктів	Формат відповіді	Загальний	Надійність / валідність щодо інсульту	Інтерпретація результатів *	Чутливість / специфічність для ПІД
--------------------------------	-------------------	------------------	-----------	---------------------------------------	-----------------------------	------------------------------------

			результат			
<b>Aphasia Depression Rating Scale (ADRS)</b>  Шкала оцінки афазичної депресії  <a href="http://stroke.ingene.ca/assessment/adr_instrument.html">http://stroke.ingene.ca/assessment/adr_instrument.html</a>	9	Рейтинг спостерігача на основі опитування і спостереження Шкала оцінок варіюється в залежності від пункту	0-32	<b>Надійність:</b> автори шкали повідомляють, що повторний тест склав 0,89. Надійність між спостерігачами = 0,89 (Benaim et al. 2004). <b>Супутня валідність:</b> оцінки ADRS корелювали з рейтингами CAS і результатами HRSD (Benaim et al. 2004).	Бали $\geq 9$ використовуються для визначення наявності депресії.	У випадку використання порогового значення, зазначеного автором шкали, чутливість складала 83%, а специфічність - 71% (щодо психіатричного діагнозу) (Benaim et al. 2004).
<b>Інструменти, які слід розглянути для дітей</b>						
<b>Children's Depression Inventory (CDI)</b>  Опитувальник із дитячої депресії  <a href="http://www.mhs.com/product.aspx?gr=edu&amp;id=overview&amp;">http://www.mhs.com/product.aspx?gr=edu&amp;id=overview&amp;</a>	27	Самооцінка за 3-бальною шкалою	0-54	Психометричні властивості цієї шкали не досліджувалася у популяції з інсультом.	Бали $\geq 19$ були визначені як такі, що представляють 90-й перцентиль у загальній популяції дітей 3-9 класів (Smucker et al. 1986).	Немає даних

<a href="#">prod=cdi2#description</a>  <b>(CDI 2 був випущений недавно, але подробиці тестування не доступні безкоштовно).</b>						
<b>Kidscreen 52 Generic HRQL measure)</b>  (Загальна міра HRQL)  <a href="http://www.kidscreen.org/">http://www.kidscreen.org/</a>	52	Самооцінка за 5-бальною шкалою	Бали за кожним параметром розраховуються як T-значення (середнє значення = 50; SD = 10).	Психометричні властивості цієї шкали не досліджувалася у популяції з інсультом.	Більш високі бали вказують на більш високу якість життя та добробут.	Немає даних
<p>* Слід підкреслити, що результат на інструменті діагностики, що вказує на депресію, не є еквівалентним діагнозу депресії. Позитивний результат скоріше вказує на необхідність подальшого спостереження й оцінки.</p> <p>** Більш детальний огляд цих інструментів діагностики можна отримати на сайтах ebrsr.com, strokengine.com або в дослідженні Salter et al. (2007).</p>						

## Таблиця 1В: Вибрані перевірені інструменти для скринінгу та оцінки тривожності після інсульту

У цій таблиці представлено зведення психометричних властивостей обраного набору інструментів скринінгу та оцінки, які були затверджені для використання у пацієнтів з інсультом або часто згадуються у літературі щодо інсульту. Цей список не є вичерпним, він скоріше виділяє перевірені інструменти, які найбільш часто використовуються.

Інструмент оцінки та посилання	Кількість пунктів	Формат відповіді	Загальний результат	Надійність / валідність щодо інсульту	Інтерпретація результатів *	Чутливість / специфічність
<b>Перевірено на пацієнтах з інсультом</b>						
<b>Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS-A)</b>  Госпітальна шкала тривоги і депресії  <a href="http://www.strokengine.ca/assess/hads/">http://www.strokengine.ca/assess/hads/</a>	14 (2 х підшкали з 7 пунктів)	Самооцінка з відповідей з кількома варіантами, оцінених за 4-бальною шкалою	0-42 (0-21 для кожної підшкали)	<b>Надійність:</b> Johnston et al. (2000) повідомили, що через 6 місяців після інсульту оцінки HADS-A та загальної HADS мали відмінну внутрішню узгодженість $\alpha = 0,87$ і $0,89$ відповідно. <b>Конструктивна валідність:</b> задовільно підтверджено факторним аналізом (Johnston et al. 2000). <b>Дискримінаційна достовірність:</b> бали HADS-D і HADS-A, отримані у пацієнтів з інсультом, значно відрізнялися від контролю ( $p < 0,001$ ) (Visser et al. 1995).	Оцінка від 0 до 7 за підшкалами депресії або тривожності вважається нормальною; 11 або вище вказує на можливу наявність розладів настрою; від 8 до 10 вказує на наявність захворювання (Zigmond and Snaith, 1983). Альтернативні порогові значення були оцінені для пацієнтів, які перенесли інсульт.	Aben et al. (2002) повідомили, що з використанням порогового значення 5+, шкала HADS-A мала чутливість 88,5% (AUC = 0,77) та специфічність 56,1% (AUC = 0,78). Для загальної шкали з використанням порогового значення $\geq 11$ чутливість і специфічність склали 86,8% і 69,9% відповідно. Johnson et al. (1995), використовуючи порогове значення 5+ для HADS-A, продемонстрували чутливість 95% і специфічність 46%. Aben et al. (2002) відзначили високу кореляцію ( $r = 0,67$ , $p < 0,01$ ) між підшкалами депресії та тривоги; в результаті частого збігу симптомів тривоги та депресії у хворих, що перенесли інсульт.
<b>Behavioural Outcomes of</b>	10 пунктів	Заповнюється самостійно	Від 0 до 21	<b>Конструктивна валідність:</b> анкета BOA добре	Не встановлено прийнятних	При пороговому значенні 16/17 тест BOA мав чутливість 0,85

<b>Anxiety (BOA)</b>  Поведінкові наслідки тривожності		або опікуном, складається з декількох варіантів вибору від «зовсім немає» до «багато» (Kneebone et al. 2012)	(оцінка кожного пункту може варіюватися від 0 до 3)	корелювала з HADS-A ( $r = 0,77$ )  <b>Стабільність результатів тесту:</b> BOA продемонструвала хорошу або відмінну стабільність, в діапазоні від 0,81 через 1 тиждень (Linley-Adamns et al. 2014 року) до 0,91 (Eccles et al. 2017)	граничних значень, але було запропоновано таке: 0-6 = мінімальна тривожність; 7-13 = легка тривожність, 14-17 = помірна тривожність; 18+ = помірно важка або сильна тривожність	(0,71, 0,94) і специфічність 0,85 (0,73, 0,92). Прогнозуюча цінність позитивного результату склала 0,38, а прогностична цінність негативного результату - 0,98. (Eccles et.al. 2017) Порогова оцінка 13/14 дає чутливість і специфічність 0,77 і 0,58 відповідно (Linley-Adamns et al. 2014 року).
<b>Geriatric Anxiety Inventory (GAI)</b>  Опитувальник старечої тривожності  <a href="http://gai.net.au/">http://gai.net.au/</a>	20 пунктів	Опитувальник заповнюється самостійно або медсестрою, складається з питань: згоден / не згоден	Діапазон від 0 до 20	Кронбах для GAI склала 0,91 для здорових людей похилого віку та 0,93 для психогеріатричної вибірки (Pachana et al. 2007). <b>Внутрішня узгодженість:</b> GAI показала хорошу внутрішню узгодженість у діапазоні від $r = 0,91$ до 0,95.	Кожен пункт оцінюється як 0 або 1. Пропоновані порогові значення для здорового населення: 10/11 з 20 для виявлення ймовірного ГТР 8/9 з 20 для виявлення будь-якого тривожного розладу	Для пацієнтів з інсультом порогове значення для 6/7 по GAI демонструє чутливість і специфічність 0,88 і 0,84 відповідно (Kneebone et al., 2016). Порогове значення 10/11 правильно визначає 83% пацієнтів з генералізованим тривожним розладом (ГТР) за шкалою DSM-IV, зі специфічністю 84% та чутливістю 75% (AUC-0,80; 95%: 0,64-0,97)

Таблиця 1В (продовження)

Інструмент оцінки та посилання	Кількість пунктів	Формат відповіді	Загальний результат	Надійність / валідність щодо інсульту	Інтерпретація результатів *	Чутливість / специфічність для ПІД
				<b>Конвергентна валідність:</b> GAI добре корелює з іншими показниками, включаючи опитувальник DSM-IV	Для пацієнтів з інсультом використовується більш низький поріг для	

				<p>GAD (<math>r = 0,653</math>), тривожності з тривожності Penn State (<math>r = 0,794</math>), опитувальник з тривожності Бека (<math>r = 0,613</math>) та опитувальник стану та властивостей тривожності (<math>r = 0,63</math>).</p> <p><b>Конструктивна валідність:</b> загальні бали GAI добре корелювали з HADS-A (<math>\beta = 0,61</math>, <math>p &lt; 0,001</math>)</p> <p><b>Стабільність тесту:</b> GAI продемонструвала прийнятну стабільність у діапазоні від <math>r = 0,91</math> до <math>0,99</math> (<math>\beta = 0,53</math>, <math>&lt; 0,001</math>)</p> <p>Примітка. Валідаційні дослідження показали, що достовірність GAI слабо відрізняється від показників депресії.</p>	визначення тривожності.	
<b>Додаткові інструменти, які не пройшли валідацію у популяції пацієнтів з інсультом</b>						
<p><b>Beck Anxiety Inventory (BAI)</b></p> <p>Опитувальник із тривожності Бека (BAI)</p> <p><a href="http://www.pearsonclinical">http://www.pearsonclinical</a></p>	21 пункт	Заповнюється самостійно або інтерв'юером, складається з відповідей з кількома варіантами	Від 0 до 63 (Сума балів по кожному пункту)	<p>Наведені тут оцінки достовірності та надійності відносяться до населення в цілому.</p> <p><b>Конструктивна валідність:</b> демонструє хорошу кореляцію з іншими показниками тривожності, включаючи шкалу оцінки тривожності Гамільтона (<math>r = 0,51</math>), шкалу стану і властивостей тривожності</p>	Сума зв усіма 21 пунктом: 0-9 = норма або немає тривожності; 10-18 = легка або помірна тривожність; 19-29 = тривожність від помірної до сильної; 30-63 = сильна тривожність	Немає опублікованих звітів щодо чутливості та специфічності BAI у скринінгу постінсультної тривожності. BAI призначений для використання в якості запобіжного інструменту діагностики, що дозволяє відрізнити тривожність від депресії; і не використовується, як засіб діагностики сам по собі



<a href="http://www.psychology.com/products/100000251/bbeck-anxiety-inventory-bai.html">.com/psychology/products/100000251/bbeck-anxiety-inventory-bai.html</a>				<p>(STAI) (<math>r = 0,47-0,58</math>) та шкалу тривожності з Контрольного списку симптомів -90 (<math>r = 0,81</math>) (Beck &amp; Streer, 1991)</p> <p><b>Внутрішня узгодженість:</b> демонструє високу внутрішню узгодженість (діапазон <math>\alpha</math> становить від 0,90 до 0,94). (Fydrich et al 1993; Creamer et al. 1995; Osman et al. 1993)</p> <p><b>Стабільність тесту:</b> ВІА демонструє розумні коефіцієнти стабільності в діапазоні від 0,62 через 7 тижнів до 0,91 з інтервалом в 1 тиждень.</p>		
---	--	--	--	--	--	--

Таблиця 1В (продовження)

Інструмент оцінки та посилання	Кількість пунктів	Формат відповіді	Загальний результат	Надійність / валідність щодо інсульту	Інтерпретація результатів *	Чутливість / специфічність для ПІД
<p><b>Hamilton Anxiety Rating Scale (HAM-A)</b></p> <p>Шкала Гамільтона для оцінки вираженості тривожності</p>	14 пунктів	Шкала з оцінки клініцистів, що складається з варіантів відповіді з множинним вибором, які оцінюються за 5-	Від 0 до 56 (Діапазон балів від 0 до 4 по кожному пункту)	<p>Наведені тут оцінки достовірності та надійності відносяться до населення в цілому.</p> <p><b>Конструктивна валідність:</b> корелює з іншими показниками тривожності, про які повідомляють самі особи, такими як опитувальник тривожності</p>	<p>Кожне питання оцінюється за 5-бальною шкалою від 0 = немає до 4 = серйозно.</p> <p>Сума всіх 14 параметрів: 14-17 = легка тривожність; 18-24 = помірна тривожність; 25-30 сильна тривожність</p>	<p>Немає опублікованих звітів про чутливість і специфічність тесту НАМ-А при діагностиці постінсультної тривожності. Основна цінність НАМ-А полягає в тому, щоб задокументувати результати фармако- або психотерапії, а не як інструмент діагностики або скринінгу.</p>

<a href="https://egret.psychol.cam.ac.uk/medicine/scales/HAMA.pdf">https://egret.psychol.cam.ac.uk/medicine/scales/HAMA.pdf</a>		бальною шкалою.		Бека ( $r = 0,51$ ) (Beck et al. 1988) <b>Надійність між експертами:</b> HAM-A має хорошу надійність серед досвідчених ( $r = 0,74-0,86$ ) і менш досвідчених ( $r = 0,74-0,93$ ) експертів. (Gjerris et al. 1983)	Примітка: шкала була розроблена як оцінка ступеня тяжкості серед людей з відомою тривогою, а не як засіб діагностики тривожності.	
<b>State-Trait Anxiety Inventory (STAI)</b> Опитувальник стану та властивостей тривожності  <a href="http://www.mindgarden.com/index.htm">http://www.mindgarden.com/index.htm</a>	40 товарів (20 пунктів в кожній підшкалі)	Самооцінка із запитань з декількома варіантами відповідей	Від 40 до 80 (діапазон балів для кожного субтеста 20-80)	Наведені тут оцінки достовірності та надійності відносяться до населення в цілому. <b>Конструктивна валідність:</b> обмежена в розрізненні тривожності від депресії (Kabacoff et al. 1997) <b>Стабільність тесту:</b> Коефіцієнти стабільності варіюються від 0,31 до 0,86 з інтервалами від 1 години до 104 днів. (Зверніть увагу, що шкала S-Anxiety має тенденцію виявляти перехідні стани, тому коефіцієнти стабільності нижче від S-Anxiety в порівнянні зі шкалою T-Anxiety) Оскільки шкала T-Anxiety призначена для характеристики «схильності» як характеристики тривожності, шкала T-	Порогове значення 39-40 пропонується для виявлення клінічно значущих симптомів за шкалою S-Anxiety. Для літніх людей рекомендується більш високе порогове значення 54-55.	Немає опублікованих звітів про чутливість і специфічність тесту STAI при діагностиці постінсультної тривожності серед населення в цілому.

				Анхієту менш сприйнятлива до змін в порівнянні з S-Anxiety.		
--	--	--	--	---	--	--

Таблиця 1В (продовження)

Інструмент оцінки та посилання	Кількість пунктів	Формат відповіді	Загальний результат	Надійність / валідність щодо інсульту	Інтерпретація результатів *	Чутливість / специфічність для ПІД
<b>Zung Self-Rating Anxiety Scale</b> Шкала Цунга для самооцінки тривожності <a href="https://psychology-tools.com/zung-anxiety-scale/">https://psychology-tools.com/zung-anxiety-scale/</a>	20 пунктів	Самооцінка із запитань з декількома варіантами відповідей по кожному пункту	Від 20 до 80	Немає опублікованих звітів щодо надійності або валідності шкали Цунга для населення в цілому.	Кожен пункт оцінюється за 4-бальною шкалою від 1 до 4. Сума всіх 20 пунктів: 20-40 = норма, 45-59 = рівні тривожності від легкої до помірної; 60-74 = рівня тривожності від вираженого до важкого; 75-80 = Екстремальний рівень тривожності	Немає опублікованих звітів щодо чутливості або специфічності шкали Цунга при скринінгу постінсультної тривожності.

### Список посилань до таблиць 1А і 1В

- Aben I, Verhey F, Lousberg R, Lodder J, Honig A. Validity of the beck depression inventory, hospital anxiety and depression scale, SCL-90, and Hamilton depression rating scale as screening instruments for depression in stroke patients. Psychosomatics. 2002 Sep-Oct;43(5):386-93.
- Agrell B, Dehlin O. Comparison of six depression rating scales in geriatric stroke patients. Stroke. 1989 Sep;20(9):1190-4.
- Beck AT, Epstein N, Brown G, Steer RA. An inventory for measuring clinical anxiety:

- psychometric properties. J Consult Clin Psychol. 1988 Dec;56(6):893-7.
- Beck AT, Steer RA, Garbin MG. Psychometric properties of the Beck Depression Inventory. Twenty-five years of evaluation. Clinical Psychology Review 1988; 8(1): 77-100.
- Beck AT, Steer RA Relationship between the Beck Anxiety Inventory and the Hamilton Anxiety Rating Scale with anxious outpatients. Journal of Anxiety Disorders 1991; 5(3): 213-223.
- Benaim C, Cailly B, Perennou D, Pelissier J. Validation of the aphasic depression rating scale. Stroke. 2004 Jul;35(7):1692-6.
- Bennett HE, Thomas SA, Austen R, Morris AM, Lincoln NB. Validation of screening

- measures for assessing mood in stroke patients. *Br J Clin Psychol.* 2006 Sep;45(Pt 3):367-76. Erratum in: *Br J Clin Psychol.* 2007 Jun;46(Pt 2):following 251.
- de Man-van Ginkel JM, Gooskens F, Schepers VP, Schuurmans MJ, Lindeman E, Hafsteinsdóttir TB. Screening for poststroke depression using the patient health questionnaire. *Nurs Res.* 2012 Sep-Oct;61(5):333-41.
  - de Man-van Ginkel JM, Hafsteinsdóttir T, Lindeman E, Burger H, Grobbee D, Schuurmans M. An efficient way to detect poststroke depression by subsequent administration of a 9-item and a 2-item Patient Health Questionnaire. *Stroke.* 2012 Mar;43(3):854-6. 22156689.
  - Desrosiers J, Noreau L, Rochette A, Bravo G, Boutin C. Predictors of handicap situations following post-stroke rehabilitation. *Disabil Rehabil.* 2002 Oct 15;24(15):774-85.
  - Dura JR, Beck SJ. A comparison of family functioning when mothers have chronic pain. *Pain.* 1988 Oct;35(1):79-89.
  - Eccles A, Morris R, Kneebone I. Psychometric properties of the Behavioural Outcomes of Anxiety questionnaire in stroke patients with aphasia. *Clin Rehabil.* 2017 Mar;31(3):369-378.
  - Gjerris A, Bech P, Bøjholm S, Bolwig TG, Kramp P, Clemmesen L, Andersen J, Jensen E, Rafaelsen OJ. The Hamilton Anxiety Scale: evaluation of homogeneity and inter-observer reliability in patients with depressive disorders. *Journal of Affective Disorders.* 1983 May 1;5(2):163-70.
  - Johnson G, Burvill PW, Anderson CS, Jamrozik K, Stewart-Wynne EG, Chakera TM. Screening instruments for depression and anxiety following stroke: experience in the Perth community stroke study. *Acta Psychiatr Scand.* 1995 Apr;91(4):252-7.
  - Johnston M, Pollard B, Hennessey P. Construct validation of the hospital anxiety and depression scale with clinical populations. *J Psychosom Res.* 2000 Jun;48(6):579-84.
  - Kabacoff RI, Segal DL, Hersen M, Van Hasselt VB. Psychometric properties and diagnostic utility of the Beck Anxiety Inventory and the State-Trait Anxiety Inventory with older adult psychiatric outpatients. *J Anxiety Disord.* 1997 Jan-Feb;11(1):33-47.
  - Kneebone II, Fife-Schaw C, Lincoln NB, Harder H. A study of the validity and the reliability of the Geriatric Anxiety Inventory in screening for anxiety after stroke in older inpatients. *Clin Rehabil.* 2016 Dec;30(12):1220-1228.
  - Kneebone II, Neffgen LM, Pettyfer SL. Screening for depression and anxiety after stroke: developing protocols for use in the community. *Disabil Rehabil.* 2012;34(13):1114-20.
  - Kotila M, Numminen H, Waltimo O, Kaste M. Post-stroke depression and functional recovery in a population-based stroke register. The Finnstroke study. *Eur J Neurol.* 1999 May;6(3):309-12.
  - Leeds L, Meara RJ, Hobson JP. The utility of the Stroke Aphasia Depression Questionnaire (SADQ) in a stroke rehabilitation unit. *Clin Rehabil.* 2004 Mar;18(2):228-31.
  - Lincoln NB, Nicholl CR, Flannaghan T, Leonard M, Van der Gucht E. The validity of questionnaire measures for assessing depression after stroke. *Clin Rehabil.* 2003 Dec;17(8):840-6.
  - Lincoln NB, Sutcliffe LM, Unsworth G. Validation of the Stroke Aphasic Depression Questionnaire (SADQ) for use with patients in hospital. *Clinical Neuropsychological Assessment* 2000; 1: 88-96.
  - Linley-Adams B, Morris R, Kneebone I. The Behavioural Outcomes of Anxiety scale (BOA): a preliminary validation in stroke survivors. *Br J Clin Psychol.* 2014 Nov;53(4):451-67.
  - Luyk NH, Beck FM, Weaver JM. A visual analogue scale in the assessment of dental anxiety. *Anesth Prog.* 1988 May-Jun;35(3):121-3.
  - Luyk NH, Weaver JM, Beck FM, Loetscher CA, Sacks J. The effectiveness of flurazepam as night sedation prior to the removal of third molars. *Int J Oral Maxillofac Surg.* 1988 Dec;17(6):347-51.
  - McDowell BJ, Engberg SJ, Rodriguez E, Engberg R, Sereika S. Characteristics of urinary incontinence in homebound older adults. *J Am Geriatr Soc.* 1996 Aug;44(8):963-8.
  - O'Rourke S, MacHale S, Signorini D, Dennis M. Detecting psychiatric morbidity after stroke: comparison of the HQ and the HAD Scale. *Stroke.* 1998 May;29(5):980-5. PubMed.
  - Pachana NA, Byrne GJ, Siddle H, Koloski N, Harley E, Arnold E. Development and validation of the Geriatric Anxiety Inventory. *Int Psychogeriatr* 2007; 19(1): 103-14.
  - Parikh RM, Eden DT, Price TR, Robinson RG. The sensitivity and specificity of the Center for Epidemiologic Studies Depression Scale in screening for post-stroke depression. *Int J Psychiatry Med.* 1988;18(2):169-81.
  - Radloff, L.S. The CED-D scale: A self-report depression scale for research in the general population. *Applied Psychological Measurement*, 1977;1 (3); 385-401.
  - Sagen U, Vik TG, Moum T, Mørland T, Finset A, Dammen T. Screening for anxiety and depression after stroke: comparison of the hospital anxiety and depression scale and the Montgomery and Asberg depression rating scale. *J Psychosom Res.* 2009 Oct;67(4):325-32.
  - Shinar D, Gross CR, Price TR, Banko M, Bolduc PL, Robinson RG. Screening for depression in stroke patients: the reliability and validity of the Center for Epidemiologic Studies Depression Scale. *Stroke.* 1986 Mar-Apr;17(2):241-5.
  - Sivrioglu EY, Sivrioglu K, Ertan T, Ertan FS, Cankurtaran E, Aki O, Uluduz D, Ince B, Kirli S. Reliability and validity of the Geriatric Depression Scale in detection of poststroke minor depression. *J Clin Exp Neuropsychol.* 2009 Nov;31(8):999-1006.

- Smucker MR, Craighead WE, Craighead LW, Green BJ. Normative and reliability data for the Children's Depression Inventory. *J Abnorm Child Psychol.* 1986 Mar;14(1):25-39.
- Stiles P, McGarrahan. The geriatric depression scale: a comprehensive review. *Journal of Clinical Geropsychology* 1998; 4(2): 89-100.
- Sutcliffe LM, Lincoln NB. The assessment of depression in aphasic stroke patients: the development of the Stroke Aphasic Depression Questionnaire. *Clin Rehabil.* 1998 Dec;12(6):506-13.
- Toedter LJ, Schall RR, Reese CA, Hyland DT, Berk SN, Dunn DS. Psychological measures: reliability in the assessment of stroke patients. *Arch Phys Med Rehabil.* 1995 Aug;76(8):719-25.
- Visser MC, Koudstaal PJ, Erdman RA, Deckers JW, Passchier J, van Gijn J, Grobbee DE. Measuring quality of life in patients with myocardial infarction or stroke: a feasibility study of four questionnaires in The Netherlands. *J Epidemiol Community Health.* 1995 Oct;49(5):513-7.
- Williams LS, Brizendine EJ, Plue L, Bakas T, Tu W, Hendrie H, Kroenke K. Performance of the PHQ-9 as a screening tool for depression after stroke. *Stroke.* 2005 Mar;36(3):635-8. Epub 2005 Jan 27.
- Zigmond AS, Snaith RP. The hospital anxiety and depression scale. *Acta Psychiatr Scand.* 1983 Jun;67(6):361-70.

### Таблиця 1С: Зведена таблиця обраних фармакотерапевтичних засобів для лікування постінсультної депресії

У цій таблиці представлена зведена інформація щодо фармакотерапевтичних властивостей, побічних ефектів, лікарських взаємодій та іншої важливої інформації щодо обраних класів ліків, доступних для використання в Канаді та частіше рекомендованих для лікування ПІД. Ця таблиця повинна використовуватися медичними фахівцями в якості довідкової інформації у виборі відповідного лікарського засобу для конкретних пацієнтів. У разі прийняття рішення слід враховувати комплаєнтність пацієнта, переваги пацієнта та/або минулий досвід, побічні ефекти та взаємодію лікарських засобів, на додаток до іншої інформації, представленої у даній таблиці та доступній у інших місцях щодо цих ліків.

	Селективні інгібітори зворотного захоплення серотоніну (СІЗЗС)	Інгібітори зворотного захоплення серотоніну і норадреналіну (ІЗЗСН)	Інше
<b>Загальні та торгові найменування ліків</b> *рекомендовані	* Циталопрам – Целекса * Есциталопрам - Ципралекс флуоксетин - Прозак флувоксамін - Лувокс пароксетин - Паксил * Сертралін – Золофт  <i>Коментар робочої групи: усі торгові найменування лікарських засобів залишилися у Адаптованій клінічній настанові у зв'язку з тим, що вони наведені в оригінальному тексті прототипу.</i>	* Дулоксетин - Сімбалта * Венлафаксин – Ефексор	метилфенідат -Риталін (амфетамін) нортриптилін - Авентил (трициклічний антидепресант) тразодон - Дезірел (тетрациклічний антидепресант) * Міртазапін - Ремерон (NASSA, інгібітор зворотнього захоплення серотоніну та норадреналіну)  <i>Коментар робочої групи: станом на 01.03.2023 лікарський засіб з міжнародною непатентованою назвою нортриптилін в Україні не зареєстрований.</i>
<b>Протипоказання</b>	одночасний прийом інгібітора моноаміноксидази (МАОІ)	одночасний прийом інгібітора моноаміноксидази (МАОІ)	нортриптилін - порушення серцевої провідності, неконтрольована вузькокутова глаукома або одночасний прийом інгібітора моноаміноксидази (МАОІ)

<b>Побічні ефекти</b>	Серотоніновий синдром, седативний ефект (флувоксамін, пароксетин), кровотеча і гіпонатріємія Флуоксетин, флувоксамін, пароксетин: взаємодіють з деякими серцевими препаратами, наприклад клопідогрель і бета-адреноблокатори Зазвичай, повідомляються: сухість у роті, втрата апетиту та втрата ваги, нудота, запаморочення, втрата лібідо, запор або діарея, безсоння або сонливість, пітливість	Підвищення пульсу, артеріальна гіпертензія (венлафаксин), серотоніновий синдром Зазвичай, повідомляються: сухість у роті, втрата апетиту і втрата ваги, втрата лібідо, запор, нудота, безсоння, запаморочення, неспокій, пітливість.	нортриптилін - потенційний вплив на когнітивні здібності та може збільшити ризик делірію (холінолітики); серотоніновий синдром, шлуночкову аритмію та ортостатичну гіпотензію Зазвичай, повідомляються: сухість у роті, втрата апетиту, втрата ваги, втрата лібідо, запор, нудота, запаморочення, тривожність, сонливість, пітливість.
<b>Знакові дослідження</b>	циталопрам <sup>6,14</sup> , флувоксамін <sup>8</sup> , флуоксетин, <sup>1-5</sup> сертралін <sup>7,14</sup> пароксетин <sup>9</sup>	Ребоксетин, <sup>10</sup> мілнаципран, <sup>11</sup> венлафаксин, <sup>12</sup> дулоксетин <sup>14</sup>  <i>Коментар робочої групи: станом на 01.03.2023 лікарські засоби з міжнародними непатентованими назвами ребоксетин та мілнаципран в Україні не зареєстровані.</i>	Тразодон, <sup>15,16</sup> нортриптилін, <sup>17,18</sup> метилфенідат <sup>19</sup>
<b>Критерії включення і ступінь тяжкості депресії</b>	Перші та повторні інсульти Легка депресія <sup>5, 7, 8</sup> Помірна депресія <sup>1,2,4,5,6</sup> Важка депресія <sup>3, 9, 14</sup>	ІЗЗСН: ПД після першого інсульту. Венлафаксин: помірна депресія Дулоксетин: важка депресія	Перший та повторний інсульт тразодон: легка <sup>15</sup> та помірна <sup>16</sup> депресія нортриптилін: легка <sup>17</sup> та помірна <sup>18</sup> депресія метилфенідат: помірна депресія
<b>Випробувані діапазони доз</b>	флуоксетин: 10-40 мг/день (включаючи дослідження зі змінною дозою) циталопрам: 10-40 мг/день <sup>6,10,14,20, 21</sup> Максимальні дози: 40 мг/день для дорослих, 20 мг/день для людей похилого віку. <sup>22</sup> есциталопрам: 10-20 мг/день	венлафаксин: 75 - 150 мг / день дулоксетин: 60 - 120 мг / день	тразодон: 200 – 300 мг/добу міртазапін: 30 мг/добу нортриптилін: 20 – 100 мг/добу

	Максимальні дози: 20 мг / день для дорослих, 10 мг / день для людей похилого віку. <sup>22</sup> сертралін: 50-200 мг / день <sup>14</sup>		
<b>Зведення висновків</b>	Докази РКД рівня 1 підтверджують ефективність СІЗЗС флуоксетину та циталопраму для лікування помірної та важкої ПД.	Дослідження були відкритими або неконтрольованими; відсутні дані РКД рівня 1, що підтверджують ефективність ІЗЗСН для лікування ПД.	Є дані РКД рівня 1, що підтримують лікування ПД нортриптиліном і метилфенідатом.

Таблиця 1С (продовження)

	Селективні інгібітори зворотного захоплення серотоніну (СІЗЗС)	Інгібітори зворотного захоплення серотоніну і норадреналіну (ІЗЗСН)	Інше
<b>Інші результати</b>	Профілактика ПД: флуоксетин, есциталопрам і сертралін ефективні для профілактики.  Смертність і ПД: збільшення виживаності пацієнтів із депресією і без депресії, які отримували флуоксетин або нортриптилін, в порівнянні з плацебо за 9-річний період спостереження <sup>23</sup> .  Когнітивна функція: підтримка виконавчої функції в порівнянні з плацебо протягом 21 місяця спостереження <sup>24</sup> ; поліпшення вербальної і зорової пам'яті <sup>25</sup>  Сон: флувоксамін поліпшував симптоми порушення сну, що визначалося рівнем периферичного мелатоніну в крові.	Тривожність при ПД: дулоксетин більш ефективний, ніж циталопрам, при лікуванні симптомів тривоги Алекситимія: венлафаксин призводить до більшого поліпшення емоційного самоусвідомлення, ніж флуоксетин	Профілактика ПД: міртазапін ефективний в запобіганні ПД <sup>9</sup> Смертність і ПД: збільшення виживаності пацієнтів з депресією і без депресії, які отримували флуоксетин або нортриптилін, в порівнянні з плацебо за 9-річний період спостереження <sup>23</sup> Функціональний статус (елементарні повсякденні дії): лікування тразодоном призвело до тенденції поліпшення



	<p>Функціональний статус: <b>флуоксетин</b> сприяє поліпшенню відновлення моторики (дослідження FLAME)<sup>25</sup></p> <p>Інше: флуоксетин покращує якість життя<sup>2</sup></p>		
<p><b>Безпека</b> На всіх антидепресантах є попередження Міністерства охорони здоров'я Канади щодо підвищеного ризику суїцидальних думок і поведінки (особливо у дітей, підлітків і молодих людей)</p>	<p>Припинення прийому: припинення прийому есциталопраму може посилити симптоми ПД впродовж 6 місяців<sup>26</sup>.</p> <p>Цереброваскулярні побічні ефекти: рідко (&lt;1/1000) для флуоксетину, від нечастих до рідкісних (від 1/100 до 1/1000) для інших СІЗЗС, але потрібен постійний контроль у випадку застосування при високому ризику кровотечі та вазоконстрикторному інсульті.<sup>27</sup> СІЗЗС знижують ризик серцево-судинних подій, але збільшують ризик кровотеч та смерті<sup>28</sup></p> <p>Потенційний ризик геморагічного інсульту у випадку прийому СІЗЗС<sup>29</sup></p> <p>Делірій: антихолінергічні ефекти (пароксетин) можуть відігравати роль при делірії у пацієнтів з гострим інсультом<sup>30</sup></p> <p>Подовження інтервалу QTc: попередження Міністерства охорони здоров'я Канади щодо циталопраму. Мінімальний вплив на QT при застосуванні есциталопраму та сертраліну. Флувоксамін, флуоксетин і пароксетин викликають мінімальне занепокоєння.<sup>31</sup></p>	<p>Подовження QTc: серед ІЗЗСН венлафаксин має найбільший ризик<sup>31</sup></p>	<p>Тразодон: серйозне попередження щодо приапізму, пов'язаному з підвищеним ризиком непритомності та падінь, особливо у літніх пацієнтів.</p> <p>Нортриптилін: особлива увага щодо літніх людей з ортостатичної гіпотензією та антихолінергічними ефектами; обережність рекомендується у випадку використання у пацієнтів із серцево-судинними захворюваннями, аритміями або порушеннями провідності в анамнезі.</p>
<p><b>Вартість в місяць /</b></p>	<p>циталопрам 0,33\$/день (регулярна допомога)</p>	<p>дулоксетин - Сімбалта (30 мг) 1,89\$ і (60 мг) 3,79\$.</p>	<p>метилфенідат - 0,28- 4,18\$. (10-80 мг) тразодон~ 0,10\$/день (регулярна допомога)</p>

<b>покриття в Канаді</b>	есциталопрам 1,84\$ (регулярна допомога) флуоксетин (20 мг) 0,46\$ (регулярна допомога) пароксетин - (20 мг) 0,45\$ і (30 мг) 0,4796\$. сертралін - (25 мг) 0,20\$ і (100 мг) 0,40 \$. флувоксамін - (50 мг) 0,21 \$ і (100 мг) 0,38\$	мілнаципран - немає в наявності ребоксетин - недоступний, не покривається регіональними планами лікарського забезпечення венлафаксин 0,3469\$/день (регулярна допомога)	
--------------------------	--	---	--

### Посилання до Таблиці 1С

<sup>1</sup>Cravello, *Hum. Psychopharmacol. Clin. Exp.* 2009 24: 331-336.

<sup>2</sup>Choi-Kwon, *Stroke*. 2006 37(1):156-61.

<sup>3</sup>Freuhwald, *J Neurol*. 2003 250(3):347-51.

<sup>4</sup>Robinson *Am J Psychiatry*. 2000 157(3):351-9.

<sup>5</sup>Wiart *Stroke*. 2000 31(8):1829-32.

<sup>6</sup>Anderson *Stroke*. 1994 Jun;25(6):1099-104.

<sup>7</sup>Murray *J Clin Psychiatry*. 2005 66(6):708-16.

<sup>8</sup>Sunami *Intern Med*. 2012 51(10):1187-93.

<sup>9</sup>Horvath *Orv Hetil*. 2006 147(50):2397-404.

<sup>10</sup>Rampello *Arch Gerontol Geriatr*. 2005 40(3):275-85.

<sup>11</sup>Yamakawa *Psychiatry Clin Neurosci*. 2005 59(6):705-10.

<sup>12</sup>Cravello, *Hum. Psychopharmacol. Clin. Exp.* 2009 24: 331-336.

<sup>14</sup>Karaiskos *J Neuropsychiatry Clin Neurosci*. 2012 24(3):349-53

<sup>15</sup>Raffaele *Arch Gerontol Geriatr*. 1996;22 Suppl 1:217-20.

<sup>16</sup>Reding *Arch Neurol*. 1986 43(8):763-5.

<sup>17</sup>Robinson *Am J Psychiatry*. 2000 157(3):351-9.

<sup>18</sup>Lipsey *Lancet*. 1984 1(8372):297-300.

<sup>19</sup>Grade *Arch Phys Med Rehabil*. 1998 79(9):1047-50.

<sup>20</sup>Soundergaard, *Psychother Psychosom*, 2006, 75(4): 244-8

<sup>21</sup>Gao, *Clin Rehabil* 2017 31(1):71-81

<sup>22</sup>CPS [Internet]. Ottawa (ON): Canadian Pharmacists Association; c2016 [cited 2019 Mar 25]. Available from: <http://www.e-cps.ca> or <http://www.myrxtx.ca>. Also available in paper copy from the publisher.

<sup>23</sup>Jorge, *Am J Psychiatry* 2003 Oct;160(10):1823-9

<sup>24</sup>Narushima, *B J Psych* 2007, 190:260-265

<sup>24</sup>Jorge, *Psychiatry*, 2010 67(2), 187-196.

<sup>25</sup>Cramer *International Journal of Stroke* 2011, 6(4), 315–316

<sup>26</sup>Mikami, *Stroke* 2011; Aug 42:3281-3283

<sup>27</sup>Ramasubbu, *J Clin Psychiatry* 2004; 64:1642-1653

<sup>28</sup>Mortensen, *Stroke* 2013 44(2), 420-426.

<sup>29</sup>Hackam & Mrkobrada, *Neurology* 2012 79 1862-1865

<sup>30</sup>Caeiro, *Eur J. of Neurology* 2004 11: 699–704

<sup>31</sup>Beach, *Psychosomatics* 2018 59(2) 105-122

**Таблиця 2В: Короткий виклад обраних інструментів для скринінгу та первинної оцінки судинних когнітивних порушень у осіб, які перенесли інсульт (6-е видання, 2019 р.)**

Інструмент оцінки та посилання	Призначення	Зміст і популяція	Тривалість тесту	Надійність і валідність	Чутливість і специфічність
<p><b>Montreal Cognitive Assessment Tool (MoCA)</b> Інструмент когнітивної оцінки Монреальської шкали Шкала MoCA доступна безкоштовно на декількох мовах для освітніх і клінічних цілей за адресою:</p> <p><a href="http://www.mocatest.org">http://www.mocatest.org</a> <a href="http://strokengine.ca/assess/module_moca_intro-en.html">http://strokengine.ca/assess/module_moca_intro-en.html</a></p>	<p>Розроблено в якості швидкого скринінгу щодо легких когнітивних порушень</p>	<p><b>Зміст:</b> елементи MoCA досліджують увагу і концентрацію, виконавчі функції, пам'ять, мовлення, зорово-конструктивні навички, концептуальне мислення, обчислення та орієнтацію. <b>Популяція:</b> Може використовуватися у пацієнтів з інсультом і у будь-якої особи, яка відчуває проблеми з пам'яттю, але має нормальний діапазон за шкалою MMSE.</p>	<p>5-10 хвилин</p>	<p><b>Надійність:</b> було продемонстровано, що MoCA має високу внутрішню узгодженість у пацієнтів з інсультом або судинною деменцією, принаймні, у 3 дослідженнях з показником альфа Кронбаха &gt;0,75 (Cumming et al., 2011 року; Togliа et al., 2011; Freitas et al., 2012) <b>Валідність:</b> Конвергентна: Повідомлялося щодо сильної кореляції з короткою шкалою оцінки психічного статусу (MMSE) (наприклад, Freitas et al., 2012)  Конструктивна валідність: відомі групи. Одне</p>	<p><b>Чутливість:</b> багато досліджень MoCA у пацієнтів з інсультом або судинної деменцією повідомляють щодо високої чутливості (з більшістю значень &gt;80%) (наприклад, Wong et al., 2013; Dong et al., 2012; Freitas et al., 2012; Pendlebury et al., 2012). Проте, оптимальне порогове значення варіюється між дослідженнями і становить від 17 (Freitas et al., 2012) до стандартного порогового значення 26.  <b>Специфічність:</b> у більшості досліджень повідомляється щодо більш низької</p>

				дослідження показало, що MoCA може розрізняти пацієнтів з легкими когнітивними порушеннями та здорових людей з контрольної групи.	специфічності MoCA (особливо в порівнянні з MMSE), однак вона коливається від 35% (Luis et al., 2009) до 97% (Freitas et al., 2012) в залежності від популяції і використовуваних порогових значень. .
<b>NINDS-CSN Harmonization VCI Neuropsychology Protocols</b> Гармонізація протоколів нейропсихології VCI Black SE, Ganda A, Gao F, Gibson E, Graham S, Honjo K, Lobaugh NJ, Marola J, Pedelty L, Rangwala N, Scott CJ, Stebbins GT, Stuss DT, Zhou XJ, Nyenhuis D.	Призначена для вимірювання судинних когнітивних порушень у пацієнтів з інсультом	<b>Зміст:</b> Три різні версії: 60 хвилин - виконавча/активаційна функція, візуально-просторове, мовно/лексичне відтворення, пам'ять і навчання, а також нейропсихічні / депресивні симптоми.  30 хвилинна - семантична та фонематична швидкість, кодування цифрових символів,	Доступні 60, 30 або 5-хвилинні версії	<b>Валідність:</b> Усі три версії NINDS-CSN, перекладені на китайську мову, були протестовані на групі пацієнтів з ішемічним інсультом та контрольній групі (Wong et al., 2013). В усіх протоколах пацієнти диференціювалися від контрольної групи (площа під ROC для трьох протоколів від 0,77 до 0,79, $p < 0,001$ ) і суттєво корелювали з функціональними показниками (коефіцієнт $r$ по Пірсону варіювався від 0,37 до 0,51).	

Таблиця 2В (продовження)

Інструмент оцінки та посилання	Призначення	Зміст і популяція	Тривалість тесту	Надійність і валідність	Чутливість і специфічність
<p>Валідація з NINDS-CSN та гармонізація з VCI нейропсихологічних протоколів при ішемічному інсульті зразок. Інсульт, 2011; 42: e608 (реферат)</p>		<p>переглянутий тест Хопкінса на заучування слів, CES-D і нейропсихічний опитувальник.</p> <p>5 хвилин - субтести Монреальської когнітивної оцінки, включаючи тест на оперативну та відкладену пам'ять з 5 слів, орієнтовне завдання з 6 пунктів і тест на швидкість фонетичного мовлення з 1 літери (F).</p> <p><b>Популяція:</b> пацієнти з інсультом.</p>		<p>Граничне значення за шкалою MMSE, рівне 19/20, дозволило ідентифікувати тільки десяту частину пацієнтів, класифікованих як ослаблені по 5-хвилинному протоколу. А Кронбаха по чотирьох когнітивних доменах 60-хвилинного протоколу становив 0,78 для усіх суб'єктів і 0,76 для пацієнтів з інсультом.</p>	
<b>Додаткові інструменти скринінгу та оцінки судинних когнітивних порушень і деменції</b>					
<p><b>Cognitive-Functional Independence Measure (Cognitive- FIM)</b></p>	<p>Розроблено, щоб запропонувати єдину систему вимірювання інвалідності, засновану на Міжнародній класифікації порушень, інвалідності та фізичних вад.</p>	<p><b>Зміст:</b> 5 пізнавальних пунктів: розуміння, вираження, соціальна взаємодія, рішення</p>	<p>30-45 хв. на проведенні повного тесту (моторний</p>	<p><b>Надійність:</b> В огляді 11 досліджень Ottenbacher et al., 1996. повідомили, що середнє значення надійності між</p>	

<p>Міра когнітивно-функціональної незалежності</p> <p><a href="http://strokengine.ca/assess/module_fim_intro-en.html">http://strokengine.ca/assess/module_fim_intro-en.html</a></p> <p><a href="http://www.udsmr.org/WebModules/FIM/Fim_About.asp">http://www.udsmr.org/WebModules/FIM/Fim_About.asp</a></p> <p><a href="#">x</a></p>		<p>проблем і пам'ять. Рівень інвалідності пацієнта вказує на тягар догляду за ним, і пункти оцінюються залежно від того, яка допомога потрібна особі для виконання повсякденної діяльності.</p> <p><b>Популяція:</b> пацієнти з інсультом, ЧМТ, травмою спинного мозку, розсіяним склерозом і літні особи, що проходять стаціонарну реабілітацію. Застосовується для дітей у віці від 7 років.</p>	і когнітивний)	спостерігачами склало 0,95; медіана надійності повітряних тестів – 0,95, а середня надійність еквівалентності (за версіями) – 0,92. Надійність була вище для пунктів в моторній сфері, ніж для пунктів в соціальній/когнітивній сфері. Внутрішня узгодженість: - альфа 0,93-0,95 повідомляється при надходженні в порівнянні з випискою (Dodds et al. 1993); альфа = 0,88-0,91 (Hsueh et al. 2002); Hobart et al. (2001) повідомили про кореляцію між пунктами в діапазоні від 0,53 до 0,87 для загальної FIM, 0,60 для моторної FIM і 0,63 когнітивної FIM -	
---	--	--	----------------	---	--

Таблиця 2В (продовження)

Інструмент оцінки та посилання	Призначення	Зміст і популяція	Тривалість тесту	Надійність і валідність	Чутливість і специфічність
--------------------------------	-------------	-------------------	------------------	-------------------------	----------------------------

			<p>середня кореляція між елементами склала 0,51 для FIM, 0,56 - 0,91 для моторної FIM і 0,72 - 0,80 для когнітивної FIM, альфа = 0,95, 0,95 і 0,89 для FIM, моторної FIM і когнітивної FIM відповідно. FIM, 0,60 для моторної FIM і 0,63 когнітивної FIM - середня кореляція між елементами склала 0,51 для FIM, 0,56 - 0,91 для моторної FIM і 0,72 - 0,80 для когнітивної FIM, альфа = 0,95, 0,95 і 0,89 для FIM, моторної FIM і когнітивної FIM відповідно.</p> <p><b>Валідність:</b> Зміст: FIM була створена на основі огляду літератури із заходів і експертних комісій і випробувана в 11 центрах. Був застосований метод</p>	
--	--	--	--	--

				<p>Дельфі з використанням висновків експертів із реабілітації для встановлення цілісності і відповідності пунктів.</p> <p>Критерій: відмінна кореляція з BI; MRS; DRS. Показники FIM дозволяють прогнозувати потребу у домашньому догляді; при надходженні оцінюються багато функціональних результатів.</p> <p>Побудова: бали FIM розрізнялися між групами залежно від травм спинного мозку та тяжкості інсульту, а також наявності супутнього захворювання як при</p>	
--	--	--	--	---	--

Таблиця 2В (продовження)

Інструмент оцінки та посилення	Призначення	Зміст і популяція	Тривалість тесту	Надійність і валідність	Чутливість і специфічність
				поступленні, так і при виписці.	



				<p>Діагностична валідність. Виявлена відмінна кореляція з DRS; адекватна кореляція з оцінкою фактора реабілітації Монтебелло (MRFS) (ефективність); і погана кореляція з MRFS (ефективність).</p> <p>Конвергентна/ дискримінантна валідність. Було виявлено, що Cognition-FIM демонструє відмінну кореляцію з MMSE; адекватну кореляція з оцінкою когнітивної оцінки професійної терапії Lowenstein (LOTCA), оцінками непрацездатності Управління переписів населення та обстежень і переглянутим тестом на інтелект дорослих Векслера - вербальним IQ; і погану кореляція з Лондонської шкалою</p>	
--	--	--	--	---	--

				<p>вад, фізичними і психічними компонентами SF-36 і опитувальником загального стану здоров'я.</p> <p>Екологічна валідність: Cognition-FIM продемонстрував адекватну кореляцію з OT-APST.</p>	
<p><b>Cambridge Cognition Examination (CAMCOG)</b> Кембриджська перевірка когнітивних функцій CAMCOG можна придбати, купивши весь набір CAMDEX</p>	<p>Розроблений, як стандартизований інструмент оцінки для діагностики та класифікації деменції</p>	<p><b>Зміст:</b> CAMCOG складається з 67 пунктів. Він розділений на 8 підшкал: орієнтація, мовлення (розуміння і висловлювання), пам'ять (пам'ять щодо віддалених подій, оперативна пам'ять та здатність до навчання),</p>	<p>Оригінальний CAMCOG : від 20 до 30 хвилин R-CAMCOG : 10 хвилин</p>	<p><b>Надійність:</b> немає досліджень, присвячених вивченню внутрішньої узгодженості CAMCOG у пацієнтів з інсультом. Немає досліджень, які вивчали надійність CAMCOG у пацієнтів з інсультом.</p>	<p><b>Чутливість і специфічність:</b> Було продемонстровано, що CAMCOG є більш точним інструментом скринінгу, ніж MMSE (площа під кривою для CAMCOG, 0,95; для MMSE, 0,90) (de Koning et al., 1998)</p>

Таблиця 2В (продовження)

Інструмент оцінки та посилання	Призначення	Зміст і популяція	Тривалість тесту	Надійність і валідність	Чутливість і специфічність
на факультеті психіатрії Кембриджського університету.		уважність, праксис, обчислення, абстракція та сприйняття.		<b>Валідність:</b> Принаймні 6 досліджень вивчали прогностичну достовірність	Діагностична точність у заздалегідь заданій точці відсікання для R-CAMCOG 33/34

<p><a href="http://strokengine.ca/assess/module_camcog_intro-en.html">http://strokengine.ca/assess/module_camcog_intro-en.html</a></p>		<p>R-CAMCOG була розроблена, як скорочена версія оригінальної CAMCOG.</p> <p><b>Популяція:</b> CAMCOG можна використовувати, але не тільки для пацієнтів із інсультом.</p>	<p>CAMCOG і повідомили, що CAMCOG можна використовувати для прогнозування в залежності від віку, результатів R-CAMCOG, MMSE і когнітивних і емоційних порушень. Крім того, CAMCOG став відмінним засобом прогнозування деменції через 3-9 місяців після інсульту (de Koning et al., 1998). Інше дослідження продемонструвало, що через рік після інсульту параметри орієнтації CAMCOG (<math>b = -0,21</math>), сприйняття (<math>b = -0,16</math>) і пам'яті (<math>b = -0,16</math>) були важливими предикторами стану здоров'я (Verhoeven et al., 2011)</p> <p><b>Конвергентна валідність:</b> Повідомлялося про відмінну кореляцію між CAMCOG і R-CAMCOG і MMSE</p>	<p>була встановлена за допомогою аналізу кривої співвідношень правильного і помилкового виявлення сигналів (ROC) (чутливість 66%, специфічність 94%). У точці відсікання 36/37 чутливість буде 83%, а специфічність 78% (de Koning et al., 2005).</p>
--	--	--	---	---

				незабаром після та через 1 рік після інсульту. Кореляція між САМCOG і FIM Measure варіюється від адекватної після інсульту до поганої через 1 рік після інсульту (Winkel-Witlox et al., 2008). Кореляція також була продемонстрована за допомогою тесту Равена і тесту Вейгля (0,59, 0,65) (Leeds et al., 2001)	
--	--	--	--	---	--

Таблиця 2В (продовження)

Інструмент оцінки та посилання	Призначення	Зміст і популяція	Тривалість тесту	Надійність і валідність	Чутливість і специфічність
<b>Depression, Obstructive sleep apnea and Cognitive impairment (DOC) Screen</b> Інструмент скринінгу депресії, обструктивного апное уві сні і когнітивних порушень (DOC)	Для виявлення пацієнтів із високим ризиком депресії, синдрому обструктивного апное уві сні (СОАС) і когнітивних порушень.	<b>Зміст.</b> Екран DOC – це інтегрований інструмент, який об'єднує PHQ-2, інструмент скринінгу з двома питаннями щодо настрою, що оцінюються від 0 до 3 (всього від 0 до 6); Анкета STOP, екран із 4 питаннями для OSA; і версія MoCA з 10	5 хвилин	<b>Здійсненість:</b> 89% пацієнтів завершили сканування за 5 хвилин або менше (в середньому 4,2 хвилини; 9% ДІ: 4,1-4,3 хвилини). (Swartz et al. 2017) Час до завершення був значно вище у пацієнтів із інсультом в порівнянні з пацієнтами з ТІА. <b>Валідність:</b> DOC показав відмінні	<b>Чутливість і специфічність Doc-Mood:</b> Чутливість 92%; і специфічність: 99% Doc-Apnea: Чутливість: 91%; специфічність: 93% Doc-Cog: чутливість 96%; специфічність 91% Що стосується Doc-Mood, 29% осіб із проміжним ризиком мали порушення

<a href="http://www.docscore.ca/">http://www.docscore.ca/</a>		<p>пунктами (відтворення 5 слів (5 балів), тест малювання годинника (3 бали) і абстракція (2 бали).</p> <p><b>Популяція:</b> пацієнти з інсультом.</p>		<p>діагностичні характеристики для компонентів Опитувальника здоров'я пацієнта-2 (PHQ-2), STOP і Монреальської когнітивної оцінки (MoCA). (Swartz et al. 2017)</p> <p>Площа під кривою (AUC):          Doc-Mood: 0,90          Doc-Apnea: 0,80          Cog-Cognitive impairment (Cog): 0,81</p> <p><b>Надійність:</b> не перевірений зовнішніми організаціями</p>	<p>згідно SCID-D; тому клініцисти мають проявляти обережність при оцінці пацієнтів із депресією проміжного ризику, застосовуючи більш докладні інструменти скринінгу або поєднуючи їх з додатковими клінічними питаннями. (Swartz et al. 2017)</p> <p>Doc-Cog має низьку позитивну прогностичну цінність, що дозволяє припустити, що Doc-Cog надійніший для управління помірно-тяжким порушенням, ніж для його усунення.</p>
<p><b>Frontal Assessment Battery</b>          Батарея лобної дисфункції          Dubois, B. ;          Litvan, I.; The</p>	<p>Розроблена, як швидкий інструмент, який можна використовувати біля ліжка хворого або в умовах клініки для розрізнення деменції з фронтальним дерегуляторним-виконавчим фенотипом і</p>	<p><b>Зміст:</b> концептуалізація, розумова гнучкість, програмування, чутливість до втручання, інгібіторний</p>	<p>прибл. 10 хвилин</p>	<p>Надійність: китайська FAB: у пацієнтів із інсультом і невеликим підкірковим інфарктом (Mok et al., 2004) CFAB мала низьку або хорошу</p>	

<p>FAB: A frontal assessment battery at bedside. <i>Neurology</i>. 55(11): 1621-1626, 2000. <a href="http://www.docstoc.com/docs/46935262/Frontal-Assessment-Battery---Content-instructions-and-scoring">http://www.docstoc.com/docs/46935262/Frontal-Assessment-Battery---Content-instructions-and-scoring</a></p>	<p>деменцією типу Альцгеймера (DAT).</p>	<p>контроль і автономність щодо факторів зовнішнього середовища.</p>		<p>кореляцію з різними виконавчими показниками: MDRS I/P (<math>r = 0,63</math>, <math>p &lt; 0,001</math>), кількість завершених категорій (<math>r = 0,45</math>, <math>p &lt; 0,001</math>) і кількість повторюваних помилок (<math>r = -0,37</math>, <math>p &lt; 0,01</math>) WCST. Серед виконавчих заходів тільки кількість</p>	
---	--	--	--	--	--

Таблиця 2В (продовження)

Інструмент оцінки та посилання	Призначення	Зміст і популяція	Тривалість тесту	Надійність і валідність	Чутливість і специфічність
<p>Oguro, H., Yamaguchi, S., Abe, S., Ishida, Y., Bokura, H., &amp; Kobayashi, S. (2006). Differentiating Alzheimer's disease from subcortical vascular dementia with the FAB test. <i>Journal of neurology</i>, 253(11), 1490-1494.</p>				<p>завершених категорій мало значний, але невеличкий внесок (6,5%, <math>p = 0,001</math>) в дисперсію CFAB. Укорочена версія CFAB з використанням трьох пунктів дала вищу загальну точність класифікації (86,6%), ніж повна версія CFAB (80,6%) і MMSE (77,6%). В іншому тесті, який порівнював китайську FAB із підмножиною</p>	

			<p>ініціювання/персеверації за шкалою оцінки деменції Маттіса: обидва тести показали порівняно хорошу здатність при аналізі кривих ROC (AUCMDRS I/P = 0,887; AUC FAB = 0,854, <math>p=0,833</math>) в розрізненні між контрольною групою і пацієнтами, а також правильно класифікував більше 78% суб'єктів. Швидкість мовлення і моторне програмування найбільше вплинули на здатність розрізняти в двох тестах. Валідність: китайська FAB: внутрішня узгодженість (альфа = 0,77), стабільність тестування (<math>\rho = 0,89</math>, <math>p &lt; 0,001</math>) і надійність між експертами (<math>\rho = 0,85</math>, <math>p &lt; 0,001</math>) CFAB були добрими (Mok et al., 2004)</p>	
--	--	--	---	--

Таблиця 2В (продовження)

Інструмент оцінки та посилання	Призначення	Зміст і популяція	Тривалість тесту	Надійність і валидність	Чутливість і специфічність
<p><b>Mini-Mental State Exam (MMSE)</b></p> <p>Коротка шкала оцінки психічного статусу</p> <p><a href="http://strokengine.ca/assess/module_mmse_intro-en.html">http://strokengine.ca/assess/module_mmse_intro-en.html</a>  <a href="http://www.mhpcn.ca/uploads/MMSE.1276128605.pdf">http://www.mhpcn.ca/uploads/MMSE.1276128605.pdf</a></p>	<p>Призначена для виявлення когнітивних порушень</p>	<p><b>Зміст:</b> MMSE складається з 11 простих питань або завдань, які відносяться до різних функцій, включаючи арифметику, пам'ять і орієнтацію.</p> <p><b>Популяція:</b> Спочатку цей метод використовувався для виявлення деменції в психіатричних закладах, але у даний час його широко застосовують, також доступна додана таблиця, яка дозволяє застосовувати норми для конкретного пацієнта.</p>	<p>Прибл. 10 хвилин</p>	<p><b>Надійність:</b> із 9 досліджень, в яких вивчалася внутрішня узгодженість MMSE, у 3-х повідомлялося щодо поганої внутрішньої узгодженості, в 1-му повідомлялося щодо адекватної внутрішньої узгодженості, а у 2-х - щодо внутрішньої узгодженості від поганої до відмінної, у 2-х - щодо відмінної внутрішньої узгодженості, та в 1-му щодо відмінної внутрішньої узгодженості у пацієнтів з хворобою Альцгеймера, та погану внутрішню узгодженість у пацієнтів із когнітивними порушеннями. З шести досліджень, у яких вивчалася</p>	



				надійність тесту MMSE, у 2-х повідомлялося щодо відмінного повторення тесту, в 1-му - про адекватне повторення тесту, та ще в 1-му повідомлялося про адекватне або відмінне повторення тесту, ще в 1-му повідомлялося щодо поганого або адекватного повторення тесту, в іншому повідомлялося про погане повторення тесту. З трьох досліджень, у яких вивчалася надійність MMSE між експертами, в 1-му повідомлялося про відмінну надійність, в 2-х - щодо адекватної надійності.	
--	--	--	--	--	--

Таблиця 2В (продовження)

Інструмент оцінки та посилання	Призначення	Зміст і популяція	Тривалість тесту	Надійність і валідність	Чутливість і специфічність
--------------------------------	-------------	-------------------	------------------	-------------------------	----------------------------

			<p><b>Валідність:</b> Критерій: MMSE дозволяє розрізняти пацієнтів із хворобою Альцгеймера та фронтально-скроневою деменцією; може розрізняти пацієнтів з інсультом у лівій чи правій півкулі.</p> <p><b>Конструктивна валідність:</b> Діагностична валідність. MMSE погано корелювала зі шкалою оцінки деменції Меттиса; кореляція від поганої до відмінної з тестом інтелекту дорослих Векслера; адекватна кореляція з FIM; значущі кореляції зі шкалою оцінки депресії Монтгомері-Асберга та шкалою депресії Цунга.</p> <p>Прогностична валідність. Показники MMSE дозволяють прогнозувати функціональне поліпшення у</p>	
--	--	--	--	--

				<p>пацієнтів з інсультом після реабілітації; час для виписки; розвиток функціональної залежності через 3 роки спостереження; амбулаторний рівень; тривалість перебування у лікарні для пацієнтів із помірною деменцією; смерть.</p> <p>Ефект верхньої /нижньої межі: Folstein, Folsten і McNugh (1975) повідомили, що MMSE демонструє помітні ефекти верхньої межі у більш молодих здорових людей і помітні ефекти нижньої межі у людей з помірними або тяжкими когнітивними порушеннями.</p>	
--	--	--	--	---	--

Таблиця 2В (продовження)

Інструмент оцінки та посилання	Призначення	Зміст і популяція	Тривалість тесту	Надійність і валідність	Чутливість і специфічність
--------------------------------	-------------	-------------------	------------------	-------------------------	----------------------------

<p><b>Repeatable Battery for the Assessment of Neuropsychological Status (RBANS)</b></p> <p>Повторювана група тестів з оцінки нейропсихологічного статусу</p> <p><a href="http://www.rbans.com/">http://www.rbans.com/</a></p> <p>Wagle, J., Farner, L., Flekkøy, K., Bruun Wyller, T., Sandvik, L., Fure, B., ... &amp; Engedal, K. (2011). Early post-stroke cognition in stroke rehabilitation patients predicts functional outcome at 13 months. <i>Dementia and geriatric cognitive disorders</i>, 31(5), 379-387.</p>	<p>Розроблена в якості короткої нейрокогнітивної групи з чотирма альтернативними формами</p>	<p><b>Зміст:</b> Зміст RBANS складається з парадигм нейрокогнітивних тестів, включаючи тести на оперативну пам'ять, зорово-просторову / конструктивну пам'ять, мовлення, уважність і відкладену пам'ять.</p> <p><b>Популяція:</b> Не вказано</p>	<p>25 хв.</p>	<p><b>Надійність:</b> Не встановлена в популяції пацієнтів із інсультом</p> <p><b>Валідність:</b> Конструктивна валідність: підтримується сильною конвергентною валідністю, продемонстрованою для індексів мовлення, візуально-просторової/конструктивної пам'яті, оперативної пам'яті та відкладеної пам'яті у осіб з інсультом (Larson, 2005). Індекс уважності не продемонстрував значної конвергентної валідності.</p> <p><b>Дискримінантна валідність:</b> Вступає в протиріччя чере те, що індекси RBANS уважності, візуально-просторової/конструктивної, оперативної пам'яті корелюють з кількома показниками</p>	<p><b>Чутливість та специфічність:</b> у групі учасників із подкірковою судинною деменцією було виявлено, що RBANS має більш високу специфічність (діапазон підтесту: 76,9-92,3%), ніж чутливість (діапазон подтесту: 48,3-62,1%) (McDermott &amp; DeFilippis, 2010).</p>
---	--	--	---------------	--	---

				<p>мовних здібностей у осіб, які перенесли інсульт (Larson, 2005). Крім того, ставиться під сумнів висновок щодо того, що група RBANS мала труднощі з диференціацією між хворобою Альцгеймера та подкірковою судинною деменцією (McDermott &amp; DeFilippis, 2010).</p>	
--	--	--	--	---	--

- *Примітка:* Під час скринінгу та оцінки слід враховувати такі фактори пацієнта, як проблеми зі спілкуванням.

#### Посилання до Таблиці 2В

- Cumming TB, Bernhardt J, Linden T. The Montreal cognitive assessment: short cognitive evaluation in a large stroke trial. *Stroke*. 2011 Sep;42(9):2642-4.
- de Koning I, van Kooten F, Koudstaal PJ, Dippel DW. Diagnostic value of the Rotterdam-CAMCOG in post-stroke dementia. *J Neurol Neurosurg Psychiatry*. 2005 Feb;76(2):263-5.
- de Koning I, van Kooten F, Dippel DW, van Harskamp F, Grobbee DE, Kluft C, Koudstaal PJ. The CAMCOG: a useful screening instrument for dementia in stroke patients. *Stroke*. 1998 Oct;29(10):2080-6.
- Dodds TA, Martin DP, Stolov WC, Deyo RA. A validation of the functional independence measurement and its performance among rehabilitation inpatients. *Arch Phys Med Rehabil*. 1993 May;74(5):531-6.
- Dong Y, Lee WY, Basri NA, Collinson SL, Merchant RA, Venketasubramanian N, Chen CL. The Montreal Cognitive Assessment is superior to the Mini-Mental State Examination in detecting patients at higher risk of dementia. *Int Psychogeriatr*. 2012 Nov;24(11):1749-55.
- Dong Y, Venketasubramanian N, Chan BP, Sharma VK, Slavin MJ, Collinson SL, Sachdev P, Chan YH, Chen CL. Brief screening tests during acute admission in patients with mild stroke are predictive of vascular cognitive impairment 3-6 months after stroke. *J Neurol Neurosurg Psychiatry*. 2012 Jun;83(6):580-5.
- Dubois B, Slachevsky A, Litvan I, Pillon B. The FAB: a Frontal Assessment Battery at bedside. *Neurology*. 2000 Dec 12;55(11):1621-6.
- Folstein MG, Folstein SE, McHugh PR. « Mini-mental state ». A practical method for grading the cognitive state of patients for the clinician. *J Psychiatr* 1975; 12: 189-198.
- Freitas S, Simões MR, Alves L, Vicente M, Santana I. Montreal Cognitive Assessment (MoCA): validation study for vascular dementia. *J Int Neuropsychol Soc*. 2012 Nov;18(6):1031-40.
- Freitas S, Simões MR, Marôco J, Alves L, Santana I. Construct Validity of the Montreal Cognitive Assessment (MoCA). *J Int Neuropsychol Soc*. 2012 Mar;18(2):242-50.
- Hobart JC, Lamping DL, Freeman JA, Langdon DW, McLellan DL, Greenwood RJ, Thompson AJ. Evidence-based measurement: which disability scale for neurologic rehabilitation? *Neurology*. 2001 Aug 28;57(4):639-44.

- Hsueh IP, Lin JH, Jeng JS, Hsieh CL. Comparison of the psychometric characteristics of the functional independence measure, 5 item Barthel index, and 10 item Barthel index in patients with stroke. *J Neurol Neurosurg Psychiatry*. 2002 Aug;73(2):188-90.
- Larson E, Kirschner K, Bode R, Heinemann A, Goodman R. Construct and predictive validity of the repeatable battery for the assessment of neuropsychological status in the evaluation of stroke patients. *J Clin Exp Neuropsychol*. 2005 Jan;27(1):16-32.
- Leeds L, Meara RJ, Woods R, Hobson JP. A comparison of the new executive functioning domains of the CAMCOG-R with existing tests of executive function in elderly stroke survivors. *Age Ageing*. 2001 May;30(3):251-4.
- Luis CA, Keegan AP, Mullan M. Cross validation of the Montreal Cognitive Assessment in community dwelling older adults residing in the Southeastern US. *Int J Geriatr Psychiatry*. 2009 Feb;24(2):197-201.
- McDermott AT, DeFilippis NA. Are the indices of the RBANS sufficient for differentiating Alzheimer's disease and subcortical vascular dementia? *Arch Clin Neuropsychol*. 2010 Jun;25(4):327-34
- Mok VC, Wong A, Yim P, Fu M, Lam WW, Hui AC, Yau C, Wong KS. The validity and reliability of Chinese frontal assessment battery in evaluating executive dysfunction among Chinese patients with small subcortical infarct. *Alzheimer Dis Assoc Disord*. 2004 Apr-Jun;18(2):68-74.
- Oguro H, Yamaguchi S, Abe S, Ishida Y, Bokura H, Kobayashi S. Differentiating Alzheimer's disease from subcortical vascular dementia with the FAB test. *J Neurol*. 2006 Nov;253(11):1490-4.
- Ottenbacher KJ, Hsu Y, Granger CV, Fiedler RC. The reliability of the functional independence measure: a quantitative review. *Arch Phys Med Rehabil*. 1996 Dec;77(12):1226-32.
- Pendlebury ST, Mariz J, Bull L, Mehta Z, Rothwell PM. MoCA, ACE-R, and MMSE versus the National Institute of Neurological Disorders and Stroke-Canadian Stroke Network Vascular Cognitive Impairment Harmonization Standards Neuropsychological Battery after TIA and stroke. *Stroke*. 2012 Feb;43(2):464-9.
- Pendlebury ST, Markwick A, de Jager CA, Zamboni G, Wilcock GK, Rothwell PM. Differences in cognitive profile between TIA, stroke and elderly memory research subjects: a comparison of the MMSE and MoCA. *Cerebrovasc Dis*. 2012;34(1):48-54.
- Swartz RH, Cayley ML, Lanctôt KL, Murray BJ, Cohen A, Thorpe KE, Sicard MN, Lien K, Sahlas DJ, Herrmann N. The "DOC" screen: Feasible and valid screening for depression, Obstructive Sleep Apnea (OSA) and cognitive impairment in stroke prevention clinics. *PLoS One*. 2017 Apr 4;12(4):e0174451.
- Togliola J, Fitzgerald KA, O'Dell MW, Mastrogiovanni AR, Lin CD. The Mini-Mental State Examination and Montreal Cognitive Assessment in persons with mild subacute stroke: relationship to functional outcome. *Arch Phys Med Rehabil*. 2011 May;92(5):792-8.
- Verhoeven CL, Schepers VP, Post MW, van Heugten CM. The predictive value of cognitive impairments measured at the start of clinical rehabilitation for health status 1 year and 3 years poststroke. *Int J Rehabil Res*. 2011 Mar;34(1):38-43.
- Wagle J, Farner L, Flekkøy K, Bruun Wyller T, Sandvik L, Fure B, Stensrød B, Engedal K. Early post-stroke cognition in stroke rehabilitation patients predicts functional outcome at 13 months. *Dement Geriatr Cogn Disord*. 2011;31(5):379-87.
- Winkel-Witlox ACM, Visser-Meily JMA, Lindeman E. Efficient screening of cognitive dysfunction in stroke patients: Comparison between the CAMCOG and the R-CAMCPG, Mini Mental Examination and Function Independence Measure-cognition score. *Disability and Rehabilitation* 2009; 30(18): 1386-1391.
- Wong A, Xiong YY, Wang D, Lin S, Chu WW, Kwan PW, Nyenhuis D, Black SE, Wong KS, Mok V. The NINDS-Canadian stroke network vascular cognitive impairment neuropsychology protocols in Chinese. *J Neurol Neurosurg Psychiatry*. 2013 May;84(5):499-504.

### Таблиця 3А: Короткий огляд обраних перевірених інструментів для скринінгу та оцінки відчуття втоми/знесилення після інсульту

У цій таблиці представлена зведена інформація щодо психометричних властивостей обраного набору інструментів для діагностики та оцінки, які були затверджені для використання в осіб, що перенесли інсульт, або часто згадуються у літературі щодо інсульту. Цей список не є вичерпним він, швидше, виділяє інструменти, які найбільш перевірені та часто використовуються. Рекомендується розглядати ці інструменти, як варіанти першої лінії для усіх послуг, пов'язаних з інсультом.

Інструмент оцінки та посилання	Кількість пунктів	Формат відповіді	Загальний результат	Надійність / валідність щодо інсульту	Інтерпретація результатів *	Чутливість / специфічність для ПС
<b>Fatigue Severity Scale (FSS)</b>  Шкала оцінки тяжкості стомлюваності  <a href="http://www.scireproject.com/sites/default/files/worksheet_fatigue_severity_scale_fss.docx">http://www.scireproject.com/sites/default/files/worksheet_fatigue_severity_scale_fss.docx</a>	9	Самооцінка  Кожен пункт оцінюється за шкалою від 1 (не згоден) до 7 (згоден) щодо кожного твердження.	9-63	<b>Внутрішня узгодженість:</b> Nadarajah et al. 2017 показали, що шкала FSS має відмінну внутрішню узгодженість, як для пацієнтів з інсультом, так і для здорових людей ( $\alpha$ Кронбаха $>0,90$ ). Аналогічним чином Ozyemisci-Taskiran et al. (2019) отримали аналогічні результати з $\alpha$ Кронбаха на рівні 0,93. <b>Стабільність тестування:</b> шкала FSS продемонструвала відмінні результати, як для інсульту, так і для здорових людей з міжкласовим коефіцієнтом (ICC) 0,93 (95% ДІ: 0,88-0,96) і 0,93 (95% ДІ: 0,82-0,94), відповідно. <b>Критерій достовірності:</b> Lerdal et al. (2011) виявили, що FSS має адекватну достовірність критерію з $\alpha$ Кронбаха 0,86. <b>Діагностична валідність:</b> Nadarajah et al. (2017) виявили, що шкала FSS має хорошу одночасну валідність зі шкалою VAS-Fatigue (всі $r>0,60$ , $p<0,01$ ) і помірну	Оцінка $\geq 36$ вказує на необхідність подальшого оцінювання.	Немає досліджень, які вивчали чутливість та специфічність FSS в популяції пацієнтів із інсультом. Anton et al. виявили, що серед пацієнтів чоловічої статі з повною моторною травмою спинного мозку в закладі медичної допомоги третього рівня площа під

				<p>валідність зі шкалою SF36-vitality (<math>r = 0,32</math>, <math>p=0,02</math>).</p> <p>*Lerdal et al. виявили, що пункти 1 і 2 в FSS не слід використовувати в якості середнього бала, і що FSS з семи пунктів (FSS-7) продемонстрував кращу валідність і надійність і, ймовірно, є більш чутливим для вимірювання зміни стомлюваності. Ozyemisci-Taskiran та ін. (2019), проте, виявили, що значення ICC для окремих пунктів FSS були цілком очікувані для пункту 6.</p>		<p>кривою (AUC) склала 0,80.</p> <p>Припускаючи, що пороговий показник FSS дорівнює 4, щоб вказувати на значну втомлюваність, а бал WAS-F – більше 6, щоб вказувати на сильну втому:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Чутливість = 75%</li> <li>• Специфічність = 67%</li> </ul>
<p><b>Multidimensional Fatigue Symptom Inventory (MFSI)</b></p> <p>Багатовимірний опитувальник із симптомів втоми</p>	83	<p>Самооцінка</p> <p>а</p> <p>Кожне питання оцінюється за 5-бальною шкалою, показуючи, наскільки вірним було кожне твердження для респондента протягом останнього</p>	0-332	<p><b>Внутрішня узгодженість:</b> серед пацієнтів, які перенесли інсульт, MFSI продемонстрував <math>\alpha</math> Кронбаха 0,91 і 0,93 для першого і другого опитування, відповідно. (Mead et al. 2007)</p> <p><b>Стабільність тестування:</b> серед пацієнтів, які перенесли інсульт, MSFI продемонстрував помірну або хорошу стабільність тестування за усіма пунктами шкали, з Каппа (<math>k</math>) в діапазоні від 0,48 (95% ДІ: від 0,27 до 0,69) до 0,69 (95% ДІ: від 0,53 до 0,85.) (Mead et al. 2007). Загальний бал ICC склав 0,76 (95% ДІ: від 0,55 до 0,87).</p> <p><b>Надійність між експертами:</b> серед пацієнтів з інсультом MSFI продемонстрував дуже хорошу надійність між експертами за усіма пунктами шкали з</p>	<p>Більш високі бали вказують на більшу стомлюваність</p>	<p>Немає досліджень, які вивчали чутливість і специфічність MFSI у популяції пацієнтів із інсультом. Stein et al. (1998) виявили, що MFSI був чутливий до стомлюваності, чітко відрізняючи хворих на рак</p>



		тижня (0 = ні; 4 = так, дуже).		Каппа (к) в діапазоні від 0,82 (85% ДІ: від 0,63 до 1,00) до 0,92 (95% ДІ: від 0,83 до 1,00). Для загального балу, ICC становив 0,88 (95% ДІ: 0,78 до 0,93)		від контрольних суб'єктів та пацієнтів із різним рівнем працездатності.
--	--	--------------------------------	--	---	--	---

Таблиця 3А (продовження)

Інструмент оцінки та посилання	Кількість пунктів	Формат відповіді	Загальний результат	Надійність / валідність щодо інсульту	Інтерпретація результатів *	Чутливість / специфічність для ПС
				<b>Конвергентна конструктивна валідність:</b> серед пацієнтів, які перенесли інсульт, Конвергентна конструктивна валідність MFSI була високою. Конструктивна валідність для MFSI була вищою за порівняння з SF-36v2 ( $r = -0,47$ , $p < 0,001$ ).		
<b>SF-36v2</b>	36	35 питань оцінюються за шкалою Лайкерта з різною кількістю категорій відповідей. Компонент життєздатності використовується для вимірювання стомлюваності у	0-100%	<b>Внутрішня узгодженість:</b> серед пацієнтів із інсультом опитувальник SF36v2 продемонстрував $\alpha$ Кронбаха 0,76 і 0,78 для першого і другого опитування, відповідно. (Mead et al. 2007) <b>Стабільність тестування:</b> серед пацієнтів з інсультом SF36v2 продемонстрував задовільну або помірну стабільність тестування за усіма пунктами шкали з Каппа (к) в діапазоні від 0,35 (95% ДІ: від 0,07 до 0,63) до 0,47 (95% ДІ : від 0,25 до 0,70) (Mead et al. 2007). Загальний бал ICC склав 0,51 (95% ДІ: від 0,27 до 0,69). <b>Надійність між експертами:</b> серед пацієнтів з інсультом SF36v2 продемонстрував надійність між експертами від доброї до дуже доброї за усіма пунктами шкали з Каппа (к) в діапазоні від 0,72 (85%	Більш високі показники життєздатності вказують на меншу стомлюваність	Немає досліджень, які вивчали чутливість і специфічність опитувальника SF-36v2 у популяції пацієнтів з інсультом.

		пацієнтів з інсультом (Dorman et al. 1999).		ДІ: 0,45-0,99) до 0,89 (95% ДІ: 0,75-1,00). Загальний бал ICC склав 0,92 (95% ДІ: 0,86-0,96). <b>Конвергентна конструктивна валідність:</b> серед пацієнтів з інсультом конвергентна конструктивна валідність SF-36v2 була високою. Конструктивна валідність була нижчою в порівнянні з FAS ( $r = -0,41$ , $p=0,003$ ) і MFSI ( $r = -0,47$ , $p < 0,001$ ).		
<b>Profile of Mood States-fatigue subscale (POMS-fatigue)</b>  Підшкала втомлюваності Профілю стану настрою	7	Самооцінка а Пункти оцінюються за 5-бальною шкалою Лайкерта, показуючи, як респондент себе почував впродовж минулого тижня,	0-28	<b>Внутрішня узгодженість:</b> серед пацієнтів з інсультом опитувальник POMS-fatigue продемонстрував $\alpha$ Кронбаха 0,89 і 0,88 для першого та другого опитування, відповідно. (Mead et al. 2007) <b>Стабільність тестування:</b> серед пацієнтів з інсультом MSFI продемонстрував помірну або хорошу стабільність тестування за усіма пунктами шкали, при цьому Каппа (k) варіювалася від 0,45 (95% ДІ: від 0,19 до 0,72) до 0,61 (95% ДІ: від 0,42 до 0,80.) (Mead et al. 2007). Загальний бал ICC склав 0,74 (95% ДІ: від 0,56 до 0,85). <b>Надійність між експертами:</b> серед пацієнтів з інсультом MSFI продемонстрував хорошу або дуже хорошу	Більш високі бали за шкалою POMS-fatigue відображають більшу узгодженість зі станом настрою за останній тиждень.	Немає досліджень, які вивчали б чутливість і специфічність FSS у популяції пацієнтів із інсультом.

Таблиця 3А (продовження)

Інструмент оцінки та посилання	Кількість пунктів	Формат відповіді	Загальний результат	Надійність / валідність щодо інсульту	Інтерпретація результатів *	Чутливість / специфічність для ПС
		включаючи сьогодні (0 = ні,		надійність між експертами за всіма пунктами шкали з k в діапазоні від 0,71 (85% ДІ: 0,45-0,97) до 0,89 (95% ДІ : 0,75-		

		зовсім; 4 = так, дуже)		1,00). Загальний бал ICC склав 0,84 (95% ДІ: 0,72-0,91). <b>Конвергентна конструктивна валідність:</b> серед пацієнтів з інсультом конвергентна конструктивна валідність POMS-fatigue була високою. Конструктивна валідність була вищою при вимірюванні в порівнянні з SF-36v2 ( $r = -0,58$ , $p < 0,001$ ) (Mead et al., 2007). Було виявлено, що POMS-fatigue корелює з іншими показниками стомлюваності, включаючи підшкали функціональної оцінки втоми при терапії раку ( $r = -0,74$ , $p < 0,05$ ), переглянута шкалу втоми Piper ( $r = 0,75$ , $p = 0,01$ ) і Шкалу втоми Лі ( $r = 0,78$ , $p < 0,01$ ) (Yellen et al 1997; Lee et al.1991) * Систематичний огляд опитувальників стомлюваності щодо безлічі хворобливих станів рекомендував використовувати POMS-F для пацієнтів з інсультом (Elbers et al., 2012)		
<b>Fatigue Assessment Scale (FAS)</b>  Шкала оцінки стомлюваності	10	Самооцінка а Кожне питання оцінюється за п'ятибальною шкалою Лайкерта у діапазоні від 1 (ніколи) до 5 (завжди).	Загальний бал варіюється від 10 до 50.	<b>Внутрішня узгодженість:</b> серед людей, які не страждають на інсульт, розробники шкали Michielsen et al. (2003) виявили, що внутрішня узгодженість становить 0,90. Серед пацієнтів, які перенесли інсульт, $\alpha$ Кронбаха для першого і другого опитування склала 0,58 і 0,62 відповідно (Mead et al. 2007). <b>Стабільність тестування:</b> серед пацієнтів, які перенесли інсульт, значення каппи по пунктам шкали варіювалися від задовільного до доброго з коефіцієнтом міжкласової кореляції для загального	Низький бал 10 вказує на найнижчий рівень стомлюваності, а 50 – на найвищий рівень втомлюваності. При первісній підготовці шкали не було відзначено	Серед пацієнтів з інсультом використання порогового балу $>24$ дало площу під кривою (AUC) 0,83 (95% ДІ: 0,71-0,94) з чутливістю і специфічністю 0,84 і 0,67 відповідно.

		Пункти 4 і 10 мають зворотну оцінку.		повторного тесту 0,77 (95% ДІ: від 0,62 до 0,86). (Mead et al. 2007) <b>Діагностична валідність:</b> результати шкали сильно корелювали з підшкалами, що відносяться до стомлюваності, у Контрольному списку індивідуальної сили серед пацієнтів, у яких не було інсульту (Michielsen et al. 2003) <b>Конвергентна конструктивна валідність:</b> конвергентна конструктивна валідність від задовільної до доброї по SF-36v2 ( $r = -0,41$ , $p=0,003$ ), POMS ( $r = 0,59$ , $p <0,001$ ) і MFSI ( $r = 0,71$ , $p <0,001$ ). <b>ФАС-3</b>	потенційної межі стомлюваності. (Michielsen et al. 2003)  Для класифікації постінсультної стомлюваності пропонується пороговий бал $>24$ (Cummings et al. 2017).	(Cummings et al. 2017) <b>ФАС-3</b> При пороговому значенні $>8$ AUC склала 0,81 (95% ДІ: 0,73-0,89) з чутливістю і специфічністю 0,83 і 0,75 відповідно. (Cummings et al. 2017)
--	--	--------------------------------------	--	---	--	--

Таблиця 3А (продовження)

Інструмент оцінки та посилання	Кількість пунктів	Формат відповіді	Загальний результат	Надійність / валідність щодо інсульту	Інтерпретація результатів *	Чутливість / специфічність для ПС
				Постфактуальний аналіз шкали серед пацієнтів, які перенесли інсульт, показав, що 3 пункт шкали найбільш прогнозує стомлюваність: «Мене турбує втома»; «Я дуже швидко втомлююся»; і «Фізично я відчуваю себе виснаженим». Оцінка FAS-3 була отримана шляхом агрегування оцінок за цими пунктами. (Cummings et al. 2017)	FAS-3: При можливому діапазоні від 3 до 15 пороговий бал $>8$ вказує на постінсультну стомлюваність.	

## Посилання

- Anton HA, Miller WE, Townson AF. Measuring fatigue in persons with spinal cord injury. *Arch Phys Med Rehabil* 2008; 89(3): 538-42.
- Cummings TB, Mead G. Classifying post-stroke fatigue: Optimal cut-off on the Fatigue Assessment Scale. *J Psychosom Res* 2017; 103: 147-149.
- Dorman PJ, Dennis M, Sandercock P. How do scores on the EuroQol relate to scores on the SF-36 after stroke? *Stroke* 1999; 30(10): 2146-51.
- Elbers RG, Rietberg MB, van Wegen EEH, Verhoef J, Kramer SF, Terwee CB, Kwakkel G. Self-report fatigue questionnaires in multiple sclerosis, Parkinson's disease and stroke: a systematic review of measurement properties. *Qual Life Res* 2012; 21: 925-944.
- Lerdal A, Kottorp. Psychometric properties of the fatigue severity scale – Rasch analyses of individual responses in a Norwegian stroke cohort. *Int J Nurs Stud* 2011; 48(10): 1258-1265.
- Lee KA, Hicks G, Nino-Murcia G. Validity and reliability of a scale to assess fatigue. *Psychother Res* 1991; 36: 291-298
  
- Mead G, Lynch J, Greig C, Young A, Lewis S, Sharpe M. Evaluation of fatigue scales in stroke patients. *Stroke* 2007; 38: 2090 to 2095.
- Michielsen HJ, De Vries J, Van Heck GL. Psychometric qualities of a brief self-rated fatigue measure the fatigue assessment scale. *J Psychosom Res* 2003; 54: 345-352.
- Nadarajah M, Mazlan M, Abdul-Latif L, Goh HT. Test-retest reliability, internal consistency and concurrent validity of Fatigue Severity Scale in measuring post-stroke fatigue. *Eur J Phys Med Rehabil.* 2017 Oct;53(5):703-9.
- Ozyemisci-Taskiran O, Batur EB, Yuksel S, Cengiz M, Karatas GK. Validity and reliability of fatigue severity scale in stroke. *Top Stroke Rehabil* 2019; 26(2): 122-127.
- Stein KD, Martin SC, Hann DM, Jacobsen PB. A multidimensional measure of fatigue for use with cancer patients. *Cancer Pract* 1998; 6: 143-152.
  
- Yellen SB, Cella DF, Webster K, Blendowski C, Kaplan E. Measuring fatigue and other anemia-related symptoms with function assessment of cancer therapy (FACT) measurement system. *J Pain Symptom Manage* 1997; 13: 63-74

