

**ЗАТВЕРДЖЕНО**  
Наказ Міністерства охорони  
здоров'я України  
20 червня 2024 року № 1070

**СТАНДАРТ МЕДИЧНОЇ ДОПОМОГИ**  
**ІШЕМІЧНИЙ ІНСУЛЬТ**

**2024**

**Загальна частина****Назва діагнозу: Гострий мозковий інсульт (ГМІ)****Коди стану або захворювання. НК 025:2021 «Класифікатор хвороб та споріднених проблем охорони здоров'я»:**

I63 Інфаркт головного мозку

**Розробники:**

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	виконавча директорка громадської організації «Українська асоціація боротьби з інсультом», керівник науково- організаційного відділу Інсультного центру медичного центру «Універсальна клініка «Оберіг» (за згодою);
Коваленко Ольга Євгеніївна	завідувачка 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, гематології та онкології 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 клінічної лікарні «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);

Міщенко Тамара Сергіївна	завідувачка кафедри неврології, психіатрії, наркології та медичної психології Харківського національного університету імені В.Н. Каразіна, головний науковий співробітник відділу медицини сну ДУ «Інститут неврології, психіатрії та наркології Національної академії медичних наук України» (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	завідувачка кафедри неврології Національного медичного університету імені О.О. Богомольця;
Рощін Георгій Георгійович	завідувач кафедри медицини катастроф та військово-медичної підготовки Національного університету охорони здоров'я України імені П.Л. Шупика;
Тончев Михайло Дмитрович	завідувач відділення нейрохірургії комунального підприємства «Полтавська обласна клінічна лікарня ім. М.В. Скліфосовського Полтавської обласної ради»;
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», заступник голови робочої групи з методологічного супроводу.
----------------------------	--

### **Рецензенти**

Тріщинська Марина Анатоліївна	в.о. завідувачки кафедри неврології Національного університету охорони здоров'я України імені П.Л. Шупика, д.мед.н. професор;
-------------------------------------	---

Нетлюх Андрій Михайлович професор кафедри невропатології та нейрохірургії факультету післядипломної освіти Львівського національного медичного університету імені Данила Галицького, керівник блоку судинної (малоінвазивної) нейрохірургії Лікарні Святого Пантелеймона КНП «Перше територіальне медичне об'єднання м. Львова», д.мед.н., професор.

**Дата оновлення стандарту - 2029 рік**

### Перелік скорочень

АЧГЧ	активований частковий тромбопластиновий час
АСК	ацетилсаліцилова кислота
АТ	артеріальний тиск
ВТЕ	венозні тромбоемболічні ускладнення
вТЛТ	внутрішньовенний тромболізис
ГНММ	гепарини низької молекулярної маси
ГМІ	гострий мозковий інсульт
ЕВТ	ендоваскулярна тромбектомія
ЕКГ	електрокардіографія
ЕМД	екстрена медична допомога
ЗОЗ	заклад охорони здоров'я
КМП	клінічний маршрут пацієнта
КТ	комп'ютерна томографія
ЛЗ	лікарський засіб
МРТ	магнітно-резонансна томографія
МСКТ	мультиспіральна комп'ютерна томографія
МНВ	міжнародне нормалізоване відношення
МОЗ України	Міністерство охорони здоров'я України
мШР	модифікована шкала Ренкіна
НФГ	нефракціонований гепарин
ОВС	оклюзія великої мозкової судини
ПАТТ	подвійна антитромбоцитарна терапія
ПЕТ	позитронно-емісійна томографія
ПД	постінсультна депресія
ПОАК	прямі пероральні антикоагулянти
ППК	переміжна пневматична компресія
рШКФ	розрахункова швидкість клубочкової фільтрації
СКП	судинні когнітивні порушення

СМА	середня мозкова артерія
СОАС	синдром обструктивного апное уві сні
ТІА	транзиторна ішемічна атака
ТЕЛА	тромбоемболія легеневої артерії
ЦСР	цереброспінальна рідина
ЧДР	частота дихальних рухів
ЧСС	частота серцевих скорочень
ШКГ	шкала коми Глазго
MoCA	Montreal Cognitive Assessment (Монреальське когнітивне оцінювання)
NIHSS	шкала інсульту Національних інститутів здоров'я США
NMDA	N-метил-D-аспартат
Форма № 025/о	форма первинної облікової документації № 025/о «Медична карта амбулаторного хворого №_» та інструкція щодо заповнення, затверджена наказом Міністерства охорони здоров'я України від 14 лютого 2012 року № 110, зареєстрованим в Міністерстві юстиції України 28 квітня 2012 року за № 669/20982
Форма № 003/о	форма первинної облікової документації № 003/о «Медична карта стаціонарного хворого №_» та інструкція щодо заповнення, затверджена наказом Міністерства охорони здоров'я України від 14 лютого 2012 року № 110 (у редакції наказу Міністерства охорони здоров'я України від 21 січня 2016 року № 29), зареєстрованим в Міністерстві юстиції України 28 квітня 2012 року за № 662/20975
Форма № 027/о	форма первинної облікової документації № 027/о «Виписка із медичної карти амбулаторного (стаціонарного) хворого» та інструкція щодо заповнення, затверджена наказом Міністерства охорони здоров'я України від 14 лютого 2012 року № 110, зареєстрованим в Міністерстві юстиції України 28 квітня 2012 року за № 682/20995

## **Розділ І. Первинна медична допомога**

### **1. Положення стандарту медичної допомоги**

Пацієнтів з підозрою на гострий мозковий інсульт (далі - ГМІ) або транзиторну ішемічну атаку (далі - ТІА), які звертаються до амбулаторних закладів (наприклад, системи первинної медичної допомоги) або до закладу охорони здоров'я (далі - ЗОЗ), що не надає спеціалізовану медичну допомогу пацієнтам з ГМІ, необхідно терміново направити до ЗОЗ, що надає спеціалізовану медичну допомогу пацієнтам з ГМІ.

Пацієнтам із підозрою на перенесену нещодавно (до двох тижнів) ТІА або неінвалідизуючий ішемічний інсульт (за даними анамнезу) слід провести оцінку неврологічного статусу, нейровізуалізацію, неінвазивну візуалізацію судин головного мозку та шиї (включаючи візуалізацію сонних і хребтових артерій), ЕКГ у 12-відведеннях та лабораторні дослідження.

Візуалізація судин рекомендується для виявлення стенозу сонних та хребтових артерій з клінічними проявами (симптомного стенозу). Пацієнтів з симптомним стенозом сонної артерії >50% слід направляти на консультацію з метою відбору для хірургічної реваскуляризації до спеціалізованих ЗОЗ, що мають досвід відповідних хірургічних втручань.

На рівні первинної медичної допомоги потрібно проводити освітні заходи серед населення та навчання працівників охорони здоров'я, які мають бути зосереджені на розпізнаванні проявів інсульту:

- раптова зміна виразу обличчя, порушення його симетрії;
- раптова слабкість та/або оніміння в руці чи нозі з одного боку;
- раптове порушення мовлення / розуміння простих інструкцій / запитань;
- раптове погіршення зору в одному або в обох очах;
- раптове порушення ходи;
- запаморочення, втрата рівноваги або координації;
- раптовий виражений головний біль без наявної причини;
- та на діях, які необхідно вжити, коли людина має або спостерігає ознаки інсульту, зокрема негайний виклик екстреної медичної допомоги.

### **2. Обґрунтування**

Метою амбулаторної медичної допомоги у разі ТІА чи легкого (неінвалідизуючого) ішемічного інсульту є проведення швидкого обстеження та раннього початку лікування для зниження ризику повторної, можливо, більш серйозної події.

Існують переконливі докази того, що ТІА та легкі інсульти є нестабільними станами, що свідчать про високий ризик ішемічного інсульту, інших судинних подій або смерті. Наприклад, після ТІА ризик інсульту становить від 12 до 20% протягом 90 днів, він найвищий на початку, а потім поступово знижується, отже половина випадків інсульту спостерігається протягом перших двох днів після появи перших проявів ТІА. Ризик інсульту протягом перших семи днів після ТІА у пацієнтів з кількома факторами ризику може сягати 36%. Показано, що своєчасний початок медикаментозної терапії та каротидної ендартеректомії з

метою вторинної профілактики значно знижують ризик тяжкого інсульту після ТІА або легкого інсульту.

### **3. Критерії якості медичної допомоги**

#### **Обов'язкові:**

1) За наявності ознак інсульту тривалістю менше, ніж 24 години невідкладно викликати бригаду екстреної медичної допомоги (ЕМД) для доставлення у ЗОЗ, в якому наявне спеціалізоване інсультне відділення.

2) За умови наявності ознак інсульту тривалістю понад 24 години пацієнта необхідно екстрено направити на консультацію до лікаря-невропатолога.

3) Ведення пацієнтів з підозрою на ТІА та на ГМІ на етапі первинної медичної допомоги в залежності від ступеня ризику повторного ГМІ надається відповідно до додатку 1 до цього Стандарту.

4) Лабораторні дослідження крові, які можуть виконуватись на первинному рівні надання медичної допомоги після консультації лікаря-невропатолога: клінічний (загальний) аналіз крові, електроліти сироватки крові, ліпідний профіль, коагулограма (зокрема активований частковий тромбoplastиновий час – АЧТЧ, міжнародне нормалізоване відношення – МНВ), показники функції нирок (зокрема рівень креатиніну та розрахункова швидкість клубочкової фільтрації – рШКФ), рівень глюкози крові.

5) ЕКГ у 12 відведеннях для оцінки серцевого ритму та виявлення фібриляції або тріпотіння передсердь, або ознак органічного захворювання серця (наприклад, інфаркту міокарда, гіпертрофії лівого шлуночка).

6) Направлення на ЕКГ-моніторинг протягом 24-72 годин для виявлення пароксизмальної форми фібриляції передсердь у пацієнтів з підозрою на кардіоеMBOLічний інсульт або ТІА, які можуть бути потенційними кандидатами на лікування антикоагулянтами.

7) Направлення на ехокардіографію пацієнтів, у яких після первинного обстеження етіологія ішемічного інсульту залишилась невідомою.

8) Огляд з метою виявлення та оцінки неврологічних порушень, ознак обмеження повсякденного функціонування, визначення потреби у реабілітації та у допомозі у повсякденному житті, направлення до відповідного ЗОЗ чи фахівця, в тому числі з реабілітації, для поглибленої оцінки та організації надання допомоги.

9) Проведення заходів з підвищення обізнаності населення стосовно перших проявів інсульту та перших дій при виявленні цих ознак.

#### **Бажані:**

10) Тривалий ЕКГ-моніторинг протягом щонайменше 72 годин для покращення виявлення пароксизмальної форми фібриляції передсердь пацієнтам віком  $\geq 55$  років з підозрою на ТІА або ішемічний інсульт емболічного генезу з невизначеним джерелом емболів, у яких при первинному короткостроковому ЕКГ-моніторингу не виявлено фібриляції передсердь, і які ще не отримують лікування антикоагулянтами, але можуть бути потенційними кандидатами на таку терапію.



11) Скринінг на цукровий діабет за допомогою тесту толерантності до глюкози (навантаження 75 г глюкози перорально) або глікованого гемоглобіну.

## **Розділ II. Організація та надання екстреної медичної допомоги на догоспітальному етапі**

### **1. Положення стандарту медичної допомоги**

Визначення ЗОЗ, до яких транспортуватимуться пацієнти із ГМІ, і в яких наявне спеціалізоване інсультне відділення, перегляд їх переліку, розробка відповідних клінічних маршрутів пацієнтів (КМП) здійснюється згідно з чинними нормативно-правовими актами МОЗ.

Окремо визначаються КМП:

до ЗОЗ, в яких проводяться реваскуляризаційні втручання шляхом внутрішньовенної тромболітичної терапії при гострому мозковому інсульті;

до ЗОЗ, в яких проводяться реваскуляризаційні втручання шляхом внутрішньовенної тромболітичної терапії та ендovasкулярних нейроінтервенційних оперативних втручань при гострому мозковому інсульті;

до ЗОЗ, в яких проводяться реваскуляризаційні втручання шляхом внутрішньовенної тромболітичної терапії та відкриті нейрохірургічні операції при гострому мозковому інсульті.

Усі пацієнти з підозрою на ГМІ відповідно до «Порядку організації надання медичної допомоги пацієнтам із гострим мозковим інсультом» підлягають екстреній госпіталізації бригадами ЕМД у найближчий визначений ЗОЗ, у якому наявне спеціалізоване інсультне відділення, або у найближчий визначений ЗОЗ, який знаходиться в іншій адміністративно-територіальній одиниці, якщо такий заклад є ближчим до місця перебування пацієнта.

Для проведення ендovasкулярних нейроінтервенційних втручань та/або відкритих нейрохірургічних операцій при ГМІ пацієнти транспортуються з визначеного ЗОЗ у найближчий ЗОЗ, в якому є можливість проведення таких втручань. Транспортування пацієнтів із ГМІ між ЗОЗ здійснюється бригадами ЕМД як надання екстреної медичної допомоги у випадку неможливості надання повного об'єму медичної допомоги у ЗОЗ, в який пацієнт був госпіталізований первинно.

На догоспітальному етапі тип ГМІ не визначається.

### **2. Обґрунтування**

Рання діагностика та початок лікування пацієнтів з ГМІ після появи його перших симптомів асоціюється зі зниженням ризику смерті, ускладнень та незадовільного результату лікування. Позалікарняна допомога пацієнтам має бути організована таким чином, щоб забезпечити швидку оцінку та лікування пацієнтів із підозрою на інсульт, включаючи швидке розпізнавання симптомів можливого інсульту, мобілізацію ЕМД, а також їх транспортування до лікарні для надання допомоги при гострому інсульті. Всіх пацієнтів з підозрою на ГМІ необхідно терміново доставити до найближчого ЗОЗ, в якому наявне спеціалізоване інсультне відділення.

### 3. Критерії якості медичної допомоги

#### Обов'язкові:

1) Усі пацієнти з діагнозом «Підозра на гострий мозковий інсульт» госпіталізуються до найближчого ЗОЗ, в якому наявне спеціалізоване інсультне відділення.

Пацієнти із підозрою на ГМІ внаслідок оклюзії великої церебральної судини госпіталізуються у найближчий визначений ЗОЗ, в якому є можливість виконання ендovasкулярних нейроінтервенційних втручань, якщо час транспортування до такого ЗОЗ не перевищує 20 хвилин у порівнянні з часом транспортування до найближчого визначеного ЗОЗ, в якому немає можливості виконання ендovasкулярних нейроінтервенційних втручань.

Якщо в ЗОЗ, в який пацієнт був госпіталізований первинно, немає можливості надання повного об'єму медичної допомоги, транспортування пацієнтів із ГМІ між ЗОЗ здійснюється бригадами ЕМД як надання екстреної медичної допомоги.

2) Час доставлення пацієнта у ЗОЗ не повинен перевищувати 100 хвилин від моменту виклику ЕМД (цільовий час доїзду бригади ЕМД на місце події  $\leq 20$  хвилин, цільовий час перебування бригади ЕМД на місці події  $\leq 20$  хвилин, цільовий час транспортування пацієнта до ЗОЗ  $\leq 60$  хвилин) і має бути зазначений у медичній документації.

3) Первинний огляд пацієнта здійснюється відповідно до алгоритму ABCDE, де на етапі D діагностичні заходи мають включати неврологічну оцінку, в тому числі визначення наявності ознак інсульту:

- раптова зміна виразу обличчя, порушення його симетрії,
- раптова слабкість та/або оніміння в руці чи нозі з одного боку,
- раптове порушення мовлення / розуміння простих інструкцій / запитань,
- раптове погіршення зору в одному або в обох очах,
- раптове порушення ходи,
- запаморочення, втрата рівноваги або координації,
- раптовий виражений головний біль без наявної причини;

скринінг за допомогою шкал догоспітальної оцінки для визначення ймовірності оклюзії великої судини головного мозку, наведених у додатках 2, 3 до цього Стандарту;

оцінку рівня свідомості за допомогою шкали коми Глазго (ШКГ), наведеної у додатку 5 до цього Стандарту та/або шкали AVPU, наведеної у додатку 6 до цього Стандарту.

Догоспітальне сортування з визначенням потенційних кандидатів на ендovasкулярну тромбектомію (ЕВТ) та госпіталізація проводиться відповідно до схеми медичного сортування, наведеної у додатку 4 до цього Стандарту.

Проводиться оцінка та документування вітальних функцій пацієнта, таких як частота дихання (ЧД), сатурація киснем крові ( $SpO_2$ ), артеріальний тиск (АТ), частота серцевих скорочень (ЧСС), температура тіла, рівень глюкози крові.

У випадку запису ЕКГ або передавання біометричних ЕКГ-сигналів у консультативний телеметричний центр для вирішення термінових питань інтерпретації ЕКГ копія залишається у ЗОЗ (паперова або електронна).

4) Збір та документування анамнезу здійснюється відповідно до алгоритму SAMPLE, в тому числі визначається та документується час появи ознак ГМІ (час, коли останній раз пацієнта бачили або чули без ознак інсульту), і час виявлення ознак ГМІ (час, коли пацієнта побачили або почули з проявами інсульту), а також наявність супутніх захворювань, приймання ліків, особливо антикоагулянтів, та наявність алергії на лікарські засоби.

5) До моменту транспортування необхідно:

забезпечити та підтримувати прохідність дихальних шляхів;

контролювати ефективність дихання;

надати додатковий кисень при рівні  $SpO_2 \leq 94\%$ ;

забезпечити венозний доступ (катетеризація периферичної вени катетером великого діаметра – 18G або 20G);

за наявності у пацієнта гіпоглікемії  $\leq 3,9$  ммоль/л ввести 20 мл 40% розчину глюкози внутрішньовенно, з подальшим введенням під контролем рівня глюкози крові до відновлення ясної свідомості пацієнта або досягнення максимальної дози 25 г;

за наявності у пацієнта гіперглікемії проводиться інфузія ізотонічного розчину натрію хлориду;

за наявності у пацієнта судом – парентеральне введення лікарських засобів протисудомної дії (наприклад, лоразепам або діазепам).

6) Транспортування пацієнта здійснюється з піднятим головним кінцем нош до  $30^\circ$ .

7) Керівник бригади ЕМД невідкладно зв'язується доступними засобами зв'язку із найближчим ЗОЗ та повідомляє чергового лікаря про екстрену госпіталізацію пацієнта із ГМІ, зазначає необхідну інформацію стосовно пацієнта, уточнює час прибуття пацієнта до лікарні і повідомляє його відповідальному або черговому лікарю ЗОЗ не пізніше, ніж за 10 хвилин до прибуття в ЗОЗ.

8) Заходи, що не проводяться на догоспітальному етапі медичної допомоги:

не проводиться корекція підвищеного рівня АТ за умови доставлення пацієнта у ЗОЗ менш ніж за 60 хвилин;

у випадку тривалості транспортування пацієнта понад 60 хвилин та рівня АТ вище 220/120 мм рт.ст. проводиться його зниження у межах 15% від початкового рівня (не використовуються пероральні засоби, розчини магнію сульфату, клонідину, діуретиків). Препаратом вибору є урапідил;

у випадку наявності у пацієнта коморбідних станів, спровокованих артеріальною гіпертензією (гостра серцева недостатність, дисекція аорти, крововиливи або прееклампсія/еклампсія тощо) та рівня АТ вище 220/120 мм рт.ст. проводиться його зниження у межах 15% від початкового рівня за допомогою препаратів, які показані при наявному коморбідному стані;

не застосовуються лікарські засоби (ЛЗ): з потенційним нейропротекторним, метаболічним, протинабряковим ефектом, антитромботичною дією (антиагреганти, антикоагулянти) та прийом через рот їжі, рідини чи ЛЗ.

### **Розділ III. Первинний клінічний огляд та первинна діагностика в ЗОЗ, що надає спеціалізовану медичну допомогу**

#### **1. Положення стандарту медичної допомоги**

Усім пацієнтам, які надходять до відділення екстреної допомоги з підозрою на ГМІ, необхідно провести негайне обстеження та дослідження для встановлення діагнозу та визначення показань для внутрішньовенного тромболізу (вТЛТ) та/або ЕВТ. Для цього слід провести швидке первинне обстеження прохідності дихальних шляхів, функцій дихання, скринінг порушень ковтання, дослідження функції кровообігу з визначенням ЧСС та серцевого ритму, АТ, температури тіла, SpO<sub>2</sub>, рівня глюкози крові та наявності судомних нападів. Первинна оцінка повинна включати врахування часу появи симптомів інсульту, використання або невикористання антикоагулянтів, включаючи час прийому останньої дози. Екстрений аналіз крові слід проводити як складову первинної оцінки, очікування результатів якого не повинен призводити до затримок у проведенні нейровізуалізації чи прийнятті рішень щодо лікування та початку проведення вТЛТ та ЕВТ. Усім пацієнтам з підозрою на гострий інсульт слід провести візуалізацію головного мозку та судин за допомогою мультиспіральної комп'ютерної томографії (МСКТ) або магнітно-резонансної томографії (МРТ). При ГМІ рентгенографія грудної клітки не потрібна; доцільність її проведення слід розглянути, якщо є підозра на гостре серцево-легеневе захворювання; в інших випадках вона не повинна затримувати проведення нейровізуалізації та прийняття рішень щодо вТЛТ та/або ЕВТ.

#### **2. Обґрунтування**

Пацієнти з підозрою на ГМІ часто мають серйозні супутні захворювання, які можуть ускладнити лікування. Фактори, які можуть пояснити причину ГМІ або передбачити більш пізні ускладнення (наприклад, інфаркт із мас-ефектом або кровотеча, або повторний інсульт), впливатимуть на рішення щодо лікування. Однією з найважливіших первинних оцінок є нейровізуалізація. Оскільки лише за допомогою клінічного обстеження неможливо диференціювати тип ГМІ, який може мати ішемічну або геморагічну природу, МСКТ або МРТ є вкрай важливими для виявлення пацієнтів, яким може бути показаний один з методів лікування, критично залежного від часу. Стандартне часове вікно для внутрішньовенного тромболізу становить 4,5 год, а стандартне часове вікно для ЕВТ – 6 год. Однак пацієнти можуть мати показання до вТЛТ та/або ЕВТ за межами цих вікон на підставі клінічних даних і результатів нейровізуалізації.

Початкове лікування при підвищеному артеріальному тиску пацієнтів із ГМІ залишається суперечливим через недостатність доказів для чітких

рекомендацій щодо клінічної практики. В рекомендаціях щодо контролю артеріального тиску підкреслюється необхідність обережності і ретельності моніторингу та лікування пацієнтів із надзвичайно високим артеріальним тиском в перші години після початку інсульту.

Судомні напади у пацієнтів з підозрою на ГМІ не є протипоказанням для вТЛТ та/або ЕВТ і їх можна усувати за допомогою відповідних ЛЗ короткої дії, якщо напади не проходять самостійно.

Затримка пацієнтів, які поступили у ЗОЗ, у якому немає можливості надання повного об'єму медичної допомоги, і які надалі потребують переведення в інший ЗОЗ, може суттєво впливати на результати їх лікування. Вказаний час має бути якомога коротшим, і ЕМД відіграє ключову роль у транспортуванні пацієнтів між ЗОЗ.

### **3. Критерії якості медичної допомоги**

#### **Обов'язкові:**

1) При поступленні у ЗОЗ пацієнт із підозрою на ГМІ терміново (протягом 10 хвилин) має бути оглянутий лікарем-невропатологом.

Якщо неможливо забезпечити огляд лікаря-невропатолога протягом 10 хвилин, пацієнт на етапі поступлення оглядається лікарем з медицини невідкладних станів відділення ЕМД ЗОЗ, з подальшим веденням пацієнта лікарем-невропатологом спеціалізованого інсультного відділення.

2) Діагностичні заходи під час первинної клінічної оцінки включають:

Збір анамнезу, в тому числі анамнезу захворювання, анамнезу життя, сімейного анамнезу, медикаментозного анамнезу із зазначенням історії прийому ліків, особливо антитромботичної терапії (антиагреганти, антикоагулянти із зазначенням часу останнього прийому).

Фізикальний огляд та оцінювання пацієнта за ШКГ.

Оцінку тяжкості неврологічного дефіциту, обумовленого ГМІ, за шкалою інсульту Національних інститутів здоров'я (NIHSS), наведеному у додатку 8 до цього Стандарту.

Оцінку функціонування пацієнта до виникнення симптомів поточного інсульту за модифікованою шкалою Ренкіна (мШР) наведеному у додатку 9 до цього Стандарту.

Оцінку та документування вітальних функцій пацієнта (АТ, ЧСС, ЧДР, температура тіла, рівень глюкози крові, SpO<sub>2</sub>); при рівні SpO<sub>2</sub> ≤94% дається додатковий кисень.

Лабораторні дослідження:

загальний клінічний аналіз крові (включно з підрахунком числа тромбоцитів);

біохімічний аналіз крові (глюкоза, сечовина, креатинін, калій, натрій, загальний білок, С-реактивний білок);

коагулограма (МНВ, АЧТЧ);

швидке визначення рівня глюкози або оцінка рівня глюкози, визначеного бригадою ЕМД.

3) Очікування результатів лабораторних досліджень не повинно затримувати прийняття рішення щодо вТЛТ та/або ЕВТ. Результати можуть бути отримані під час реваскуляризаційних втручань.

4) Корекція гіпоглікемії  $\leq 3,5$  ммоль/л шляхом введення розчину глюкози 40% внутрішньовенно; корекція гіперглікемії  $\geq 20$  ммоль/л за допомогою інсулінів короткої дії.

5) Невідкладна оцінка потреби у забезпеченні прохідності дихальних шляхів (наприклад, шляхом ендотрахеальної інтубації) у пацієнтів, у яких сума балів за ШКГ знижується та/або становить  $\leq 8$  балів, наявне неадекватне спонтанне дихання з ЧДР  $\leq 8$  або  $\geq 40$  за 1 хвилину, патологічні типи дихання або  $SpO_2 \leq 90\%$  при самостійному диханні з подачею кисню зі швидкістю потоку 5-8 л/хв.

6) За наявності судом – парентеральне введення протисудомних лікарських засобів (наприклад, лоразепам або діазепам).

7) Нейровізуалізація за допомогою безконтрастної МСКТ або МРТ разом з візуалізацією судин головного мозку відразу після стабілізації дихальних функцій.

8) Безконтрастна МСКТ головного мозку або МРТ головного мозку в аксіальній проєкції в режимах DWI з картами ADC, FLAIR, T2\*(GRE)/SWI протягом 30 хвилин з часу поступлення до ЗОЗ.

9) Одночасне з безконтрастною візуалізацією головного мозку проведення МСКТ-ангіографії або МР-ангіографії екстра- та інтракраніальних судин голови.

Пацієнти з відомою алергією на контрастну речовину або з нирковою недостатністю повинні також пройти повноцінне обстеження для визначення доцільності ЕВТ. За наявності алергії пацієнту вводиться 50 мг дифенгідраміну внутрішньовенно, 40 мг метилпреднізолону внутрішньовенно, перед введенням контрастної речовини.

10) У пацієнтів з підозрою на ГМІ за даними безконтрастної МСКТ головного мозку або МРТ головного мозку, та часом від початку захворювання від 6 до 24 години – проведення МСКТ-перфузії головного мозку або мультифазної МСКТ-ангіографії судин голови або МРТ головного мозку, якщо пацієнт є потенційним кандидатом для ЕВТ.

При виконанні нейровізуалізації потрібно використовувати валідований інструмент для оцінювання розміру ішемічного ураження головного мозку, такий як ASPECTS або rs-ASPECTS, що наведені у додатках 10, 11 до цього Стандарту.

МСКТ-перфузія головного мозку не повинна виконуватись пацієнтам із геморагічним інсультом.

11) Забезпечення контролю АТ:

пацієнтам, яким проводиться вТЛТ та/або ЕВТ, рівень АТ повинен бути знижено щонайменше до 185/110 мм рт. ст. до початку терапії та утримуватись в межах нижче 180/105 мм рт. ст. протягом лікування та наступних 24 годин; слід уникати швидкого та/або надмірного (більше 25% від початкового) зниження рівня АТ, оскільки це може посилити вже наявну або спричинити нову ішемію;

пацієнтам, яким не проводиться вТЛТ та/або ЕВТ, рівень АТ у яких помірно підвищено (до 220/120 мм рт. ст.), корекція АТ протягом перших 24 годин рутинно не проводиться;

пацієнтам, яким не проводиться вТЛТ та/або ЕВТ, рівень АТ у яких значно підвищено (понад 220/120 мм рт. ст.), корекція АТ протягом перших 24 годин проводиться в межах 15-25% від початкових значень з подальшим поступовим зниженням до цільових цифр для вторинної профілактики;

для постійного контролю АТ рекомендовано використання ЛЗ парентерально протягом перших 24 годин (наприклад урапідилу, еналаприлату, метопрололу).

12) Виконання 12-канальної ЕКГ для оцінки серцевого ритму та визначення фібриляції/тріпотіння передсердь та структурних уражень серця (інфаркт міокарда, гіпертрофія лівого шлуночка). Проведення ЕКГ не повинно затримувати прийняття рішення щодо вТЛТ та/або ЕВТ та може бути проведено під час або після завершення реваскуляризаційних втручань.

13) Надання допомоги при ГМІ, що трапився у пацієнта, який вже знаходиться у лікарні:

пацієнти, у яких ознаки та симптоми нового ГМІ виникли вже при знаходженні у лікарні, мають бути негайно оцінені лікарем-невропатологом, без затримки пройти нейровізуалізаційне обстеження та бути оціненими стосовно відповідності критеріям для виконання вТЛТ та/або ЕВТ.

#### **Бажані:**

14) Під час фізикального огляду провести оцінювання рівня свідомості за шкалою FOUR, що наведена у додатку 7 до цього Стандарту.

15) Виконання МСКТ-перфузії головного мозку або мультифазної МСКТ-ангіографії судин голови або мультимодальної МРТ головного мозку всім пацієнтам з ішемічним інсультом для кращого відбору кандидатів для ЕВТ. Виконання додаткової нейровізуалізації не повинно значно затримувати прийняття рішення та початок лікування пацієнта вТЛТ або ЕВТ.

16) Визначення рівня D-дімеру.

## **Розділ IV. Реваскуляризаційне лікування**

### **1. Положення стандарту медичної допомоги**

Реваскуляризаційне лікування ішемічного інсульту повинно використовуватись виключно в скоординованій системі надання допомоги за участі наступних служб: ЕМД, радіології з невідкладною візуалізацією головного мозку та судин, відділення ЕМД, спеціалізованого інсультного відділення, інтервенційної нейрорадіології, анестезіології та інсультного блока для поточного менеджменту.

### **2. Обґрунтування**

Реваскуляризаційне втручання вважається стандартом у лікуванні ішемічного інсульту. Це високотехнологічні процедури, які потребують наявності складної техніки і спеціального обладнання, скоординованості дій

персоналу різних служб, спеціальної кваліфікації фахівців та обмежені у часі виконання відносно моменту розвитку симптомів інсульту. За останні роки розроблені певні правила на основі доказової медицини до виконання процедур реваскуляризації, але у окремих індивідуальних випадках, часові показники яких виходять за межі стандартних «вікон терапевтичних можливостей» (4,5 години для вТЛТ та 6 годин для ЕВТ) можливо розглядати такі втручання на основі оцінки даних клініки, розширеного радіологічного дослідження, ризиків та протипоказів, перспектив отримання сприятливого результату. Варіативність прийняття рішень у таких обставинах диктує підвищений рівень відповідальності всіх залучених до процесу. Статистика демонструє невпинне зростання кількості процедур реваскуляризації у світі, в тому числі і в розширених часових діапазонах, хоча зростання сприятливої ефективності суттєво відстає, а рівень ускладнень та негативних наслідків залишається достатньо високим. вТЛТ поза межами 4,5 годин з часу виникнення симптомів, із урахуванням низького рівня достовірності визначення цього часу, може бути проведена лікарем-невропатологом спеціалізованого інсультного відділення в окремих випадках, базуючись на даних додаткового розширеного нейровізуалізаційного обстеження (СКТ-перфузіографія головного мозку або мультифазна СКТ-ангіографія судин голови або МРТ головного мозку), за відсутності протипоказань до даної терапії, наведених у додатку 13 до цього Стандарту, та з врахуванням можливих негативних наслідків.

### **3. Критерії якості медичної допомоги**

#### **Обов'язкові:**

1) Відбір пацієнтів для реваскуляризаційного лікування.

В перші 6 годин з часу виникнення симптомів ГМІ: всі пацієнти з потенційно інвалідизуючим ішемічним інсультом, яким реваскуляризаційне лікування може бути розпочато протягом рекомендованих часових вікон, наведених у додатку 12 до цього Стандарту, повинні бути невідкладно оглянуті лікарем-невропатологом спеціалізованого інсультного відділення з оцінкою проведеної нейровізуалізації з метою відбору для вТЛТ, «стандартне терапевтичне вікно» для проведення якої складає до 4,5 годин, та/або ЕВТ, «стандартне терапевтичне вікно» для проведення якої складає до 6 годин.

Рішення щодо проведення ЕВТ у «розширеному терапевтичному вікні» (від 6 до 24 годин від початку захворювання) приймається лікарем-невропатологом спеціалізованого інсультного відділення та лікарем, який має спеціальну підготовку з ендovasкулярного лікування ішемічного інсульту, базуючись на даних додаткового розширеного нейровізуалізаційного обстеження (СКТ-перфузіографія головного мозку або мультифазна СКТ-ангіографія судин голови або МРТ з МР-ангіографією судин голови і МР-перфузією головного мозку).

Якщо є сумніви щодо оцінки даних нейровізуалізації, рекомендована ургентна консультація лікаря-рентгенолога.

вТЛТ проводиться всім пацієнтам, у яких є показання, в тому числі пацієнтам із показаннями до ЕВТ.



Проведення вТЛТ у пацієнтів з оклюзією великої мозкової судини (ОВС) не повинно затримувати початок ЕВТ, а планування ЕВТ не повинно затримувати початок вТЛТ (втручання проводяться одночасно).

вТЛТ та ЕВТ вважаються стандартними методами лікування гострого ішемічного інсульту. Перед початком цих втручань застосовуються звичайні процедури отримання згоди у пацієнтів, які перебувають у невідкладному стані.

## 2) Внутрішньовенна тромболітична терапія (вТЛТ).

вТЛТ проводиться лікарем-невропатологом спеціалізованого інсультного відділення ЛЗ альтеплаза всім пацієнтам з потенційно інвалідизуючим ішемічним інсультом в межах 4,5 годин від початку захворювання, у яких немає протипоказань до даної терапії, що наведені у додатку 13 до цього Стандарту.

Всі пацієнти, яким показана вТЛТ, це лікування має бути розпочате якомога швидше після прибуття до ЗОЗ, із цільовим середнім часом початку вТЛТ («час від дверей до голки») менше 30 хвилин, при цьому 90% пацієнтів повинні отримати вТЛТ з часом «від дверей до голки» менше 60 хвилин.

При використанні альтеплази доза препарату складає 0,9 мг/кг маси тіла пацієнта з максимальною дозою 90 мг (10% вводиться як внутрішньовенний болюс протягом 1 хвилини, 90% – як внутрішньовенна інфузія протягом 60 хвилин).

Протягом перших 24 годин необхідно забезпечити постійний моніторинг стану пацієнта та, за наявності ускладнень, виконати наступні дії:

у разі збільшення тяжкості неврологічного дефіциту (загальної оцінки за NIHSS на 4 бали або більше) під час проведення вТЛТ або після неї, а також у разі появи сильного головного болю, підйому АТ чи блювання: невідкладне проведення безконтрастної МСКТ або МРТ головного мозку;

у разі розвитку ангіоневротичного набряку язика: зупинка інфузії вТЛТ, введення антигістамінних препаратів (блокатор H1-гістамінових рецепторів, наприклад, дифенгідрамін), блокатор H2-гістамінових рецепторів, розгляньте необхідність призначення глюкокортикостероїдів та епінефрину;

у разі системної кровотечі (наприклад, шлунково-кишкової, з ротової порожнини): зупинка інфузії альтеплази, зниження АТ, гемостатичні заходи, консультація відповідного фахівця.

Пацієнтам, які приймають прямі пероральні антикоагулянти (ПОАК) та час від прийому останньої дози ПОАК складає менше 48 годин, вТЛТ не повинна проводитись рутинно, окрім випадків наявності в спеціалізованому інсультному відділенні тестів швидкої оцінки концентрації ПОАК в крові та/або доступності препаратів зворотної дії (в таких випадках рішення щодо проведення вТЛТ приймається індивідуально, в залежності від інших показань та протипоказань для проведення вТЛТ).

Пацієнтам, які були залежними від сторонньої допомоги до ГМІ (оцінка за мШР  $\geq 3$  балів), вТЛТ може проводитись в окремих випадках.

## 3) Ендоваскулярна тромбектомія (ЕВТ).

ЕВТ проводиться базуючись на даних безконтрастної МСКТ головного мозку та МСКТ-ангіографії інтра- та екстракраніальних артерій або МРТ

головного мозку включно з МР-ангіографією (безконтрастною або з використанням контрасту).

Всі пацієнти, яким показано проведення ЕВТ відповідно до додатку 14 до цього Стандарту, повинні отримати зазначену терапію якомога швидше після прибуття до стаціонару із цільовим середнім часом початку ЕВТ («час від дверей до пункції артерії») менше 60 хвилин, при цьому 90% пацієнтів повинні отримати ЕВТ з часом «від дверей до пункції артерії» менше 90 хвилин.

Пацієнтам, які для проведення такої терапії переводяться із ЗОЗ, в яких немає можливості виконання ЕВТ, в ЗОЗ, де наявна така можливість, цільовий середній час «від дверей до дверей» (час від поступлення до від'їзду із ЗОЗ) складає менше 40 хвилин для пацієнтів, яким не проводиться вТЛТ, та менше 100 хвилин для пацієнтів, яким проводиться вТЛТ.

#### 4) Анестезія під час ЕВТ.

Загальна анестезія доцільна, якщо є відповідні медичні показання (наприклад, у разі порушення прохідності дихальних шляхів, порушення дихання, розладів свідомості, сильного збудження або іншого показання, що потенційно погіршує технічну здатність виконувати втручання). Можливість застосування загальної анестезії також можна розглянути, якщо очікується технічна складність під час втручання. У таких випадках слід уникати надмірної та тривалої артеріальної гіпотензії та затримки часу.

Обирати седацію, а не інтубацію та загальну анестезію, під час ЕВТ для всіх пацієнтів, окрім випадків, зазначених вище.

5) вТЛТ проводиться всім пацієнтам з показаннями до неї, у тому числі пацієнтам, яким також показане ЕВТ.

6) Пацієнтам, яким проводиться ЕВТ після проведення вТЛТ, не відкладається виконання ЕВТ для визначення клінічної ефективності тромболізу.

7) Ведення пацієнтів до, під час та після ЕВТ здійснюється відповідно до додатку 15 до цього Стандарту.

8) Ступінь реваскуляризації у всіх пацієнтів після проведення ЕВТ оцінюється та документується за шкалою eTICI, наведеною у додатку 16 до цього Стандарту.

#### 9) Екстрена допомога при кровотечі, пов'язаній із вТЛТ:

визначення геморагічних подій – внутрішньочерепний крововилив та геморагічна трансформація ішемічного інсульту – проводиться відповідно до класифікації, наведеної у додатку 17 до цього Стандарту; ймовірність внутрішньочерепного крововиливу або геморагічної трансформації слід розглянути, якщо є поява нових або поглиблення існуючих неврологічних симптомів або ознак (збільшення тяжкості неврологічного дефіциту за NIHSS на 4 бали або більше), зниження рівня свідомості, або різке підвищення артеріального тиску, або поява чи посилення головного болю.

Для виключення внутрішньочерепного крововиливу або геморагічної трансформації проводиться невідкладна безконтрастна МСКТ/МРТ голови.

Для виявлення оклюзії інтракраніальних судин, якщо немає внутрішньочерепного крововиливу або геморагічної трансформації, проводиться невідкладна МСКТ-/МР-ангіографія. При виявленні ОВС – невідкладне виконання ЕВТ.

Припинити інфузію ЛЗ, якщо вона ще продовжується, для вТЛТ при виявленні внутрішньочерепного крововиливу або геморагічної трансформації.

Виконати аналіз крові, включаючи загальний (клінічний) аналіз крові та МНВ, а також визначити групову та резус-приналежність та перехресну сумісність (у випадку подальшої потреби у гемотрансфузії), при виявленні внутрішньочерепного крововиливу або геморагічної трансформації.

Застосування кріопреципітату, концентрату людського фібриногену, свіжозамороженої плазми, транексамової кислоти слід розглядати індивідуально; не використовувати концентрати протромбінового комплексу, трансфузію тромбоцитів, фактор VIIa.

10) Позачерепна (системна) кровотеча:

Діагноз системної кровотечі слід розглядати за наявності наступних проявів або підозрі на них: видима кровотеча в місці, де можливе притискання судини; зниження АТ, локалізований біль, потовиділення або інші ознаки гіповолемічного шоку.

Виконати аналіз крові, включаючи загальний (клінічний) аналіз крові, МНВ, фібриноген, а також визначити групову та резус-приналежність та перехресну сумісність (у випадку подальшої потреби у гемотрансфузії).

Припинити інфузію ЛЗ для вТЛТ, якщо вона ще продовжується.

Якщо є видима кровотеча (наприклад, у місці внутрішньовенного введення, садно, носова кровотеча), слід застосувати локальну компресію та розглянути можливість прикладання льоду.

Пацієнту слід проводити гемотрансфузію за потреби та відповідно до стандартів надання медичної допомоги.

**Бажані:**

11) Проведення ЕВТ може бути розглянуто окремим пацієнтам з ОВС у каротидному басейні, у яких за даними нейровізуалізації виявлений великий інфаркт (<6 балів за ASPECTS та загальний розмір ядра інфаркту <150 см<sup>3</sup>), за відсутності протипоказань до даної терапії, наведених у додатку 14 до цього Стандарту.

Проведення ЕВТ також може бути розглянуто окремим пацієнтам з оклюзією артерій середнього розміру у каротидному басейні, за відсутності протипоказань до даної терапії, наведених у додатку 14 до цього Стандарту.

## **Розділ V. Госпіталізація в спеціалізоване інсультне відділення**

### **1. Положення стандарту медичної допомоги**

До спеціалізованого інсультного відділення (інсультний блок, інсультний центр) госпіталізуються пацієнти з діагнозом ішемічний інсульт, які не мають критичних порушень вітальних функцій.

Пацієнти зі зниженим рівнем свідомості (за ШКГ <12 балів), психомоторним збудженням (делірієм) або ті, хто мають критичні порушення вітальних функцій, госпіталізуються у відділення анестезіології та інтенсивної терапії.

## **2. Обґрунтування**

Лікування у спеціалізованих інсультних відділеннях (інсультному блоці, інсультному центрі) на сьогодні визнано найбільш ефективним організаційним методом, що продемонстрував позитивні результати щодо зниження летальності (до 30%) та функціональної неспроможності в результаті інсульту (до 50%). Таке лікування характеризується скоординованим міждисциплінарним командним підходом. Це забезпечує скорочення строків перебування в стаціонарі, запобігання ускладнень та прискорення мобілізації. Одним із ключових аспектів лікування є забезпечення ранньої реабілітації.

## **3. Критерії якості медичної допомоги**

### **Обов'язкові:**

1) Пацієнтів госпіталізують до спеціалізованого інсультного відділення (інсультного блоку, інсультного центру), який є спеціалізованим структурним підрозділом лікарні, кожне ліжко якого оснащено монітором показників життєдіяльності та доступом до кисню, та який призначений виключно для надання допомоги пацієнтам з інсультом, на період до 5-7 днів після виникнення гострого мозкового інсульту, або на той період, протягом якого пацієнти потребують цілодобового спостереження лікаря-невропатолога.

2) Через 5-7 днів після виникнення ГМІ (за виключенням медично нестабільних пацієнтів, які потребують цілодобового спостереження лікаря-невропатолога) пацієнт переводиться на етап реабілітаційної допомоги у відділення післягострої реабілітації або залишається в спеціалізованому інсультному відділенні (інсультному центрі), якщо відділення післягострої реабілітації входить в структуру спеціалізованого інсультного відділення (інсультного центру).

3) При поступленні пацієнта до спеціалізованого інсультного відділення проводиться оцінка за ШКГ, оцінка неврологічного статусу та вітальних функцій, які надалі повинні повторюватися не рідше, ніж один раз на годину (за шкалою NIHSS не рідше одного разу на 6 годин) протягом щонайменше перших 24 годин, залежно від стабільності пацієнта.

4) При госпіталізації до спеціалізованого інсультного відділення не мають проводитись такі заходи:

встановлення постійного сечового катетера стабільним пацієнтам без затримки сечі; пацієнтам, яким проводиться ЕВТ, не забороняється встановлення постійного сечового катетера, який після проведення ЕВТ слід видалити, якщо у пацієнта немає затримки сечі, але це не повинно затримувати початок проведення втручання;

встановлення постійного сечового катетера перед ВТЛТ;

призначення антибіотиків з профілактичною метою.

5) Пацієнтів зі зниженим рівнем свідомості (за ШКГ <12 балів), психомоторним збудженням (делірієм) або пацієнтів з критичними порушеннями вітальних функцій госпіталізують у відділення анестезіології та інтенсивної терапії або відділення інтенсивної терапії.

Пацієнтів з рівнем свідомості за ШКГ  $\geq 12$  балів та за відсутності критичних порушень вітальних функцій не повинні госпіталізувати у відділення анестезіології та інтенсивної терапії або відділення інтенсивної терапії, зокрема для проведення тромболітичної терапії.

б) Мультидисциплінарна команда фахівців з допомоги при інсульті (лікарі, медичні сестри, фізичні терапевти, ерготерапевти, терапевти мови та мовлення, медичні психологи, соціальні працівники) повинна оцінити кожного пацієнта якомога швидше після його госпіталізації, не пізніше 72 годин після госпіталізації, і розробити індивідуальний реабілітаційний план.

Фахівці з реабілітації залучаються з реабілітаційного підрозділу ЗОЗ або можуть бути співробітниками спеціалізованого інсультного відділення (інсультного блоку/ інсультного центру).

Оцінювання порушень, обмежень повсякденної життєдіяльності пацієнтів мають бути виконані фахівцями з реабілітації в таких сферах: дисфагія, настрої та когнітивні функції, мобільність, функціональний стан, нутритивний статус, функціонування сечового міхура та кишківника, ушкодження шкіри, зір, апраксія, неглект, сприйняття.

Пацієнти мають бути оцінені лікарем фізичної та реабілітаційної медицини для визначення обсягу реабілітаційної допомоги, яка їм знадобиться в межах перших 48-72 годин після інсульту.

7) Початок вторинної профілактики, профілактики венозних тромбоемболічних ускладнень (ВТЕ) та планування виписки пацієнта мають бути розпочаті якомога раніше після поступлення пацієнта до спеціалізованого інсультного відділення.

## **Розділ VI. Антитромботична терапія**

### **1. Положення стандарту медичної допомоги**

Пацієнтам з ішемічним інсультом або ТІА має бути призначена ацетилсаліцилова кислота (АСК) після виключення внутрішньочерепного крововиливу за допомогою нейровізуалізації. Час початку антитромботичної терапії залежить від факту проведення / не проведення вТЛТ. Пацієнтам із ТІА з дуже високим ризиком інсульту або малого ішемічного інсульту не кардіоемболічного походження, у яких немає високого ризику кровотечі, рекомендується короткострокова подвійна антитромбоцитарна терапія (ПАТТ) АСК з клопідогрелем або АСК з тикагрелором з метою вторинної профілактики інсульту.

У разі розвитку інсульту під час приймання одного антитромбоцитарного засобу, повторно оцінюють етіологію інсульту з усуненням його причини, після

чого продовжують лікування поточним або іншим антитромбоцитарним засобом.

Пацієнтам з ішемічним інсультом або ТІА з фібриляцією передсердь якнайшвидше призначають пероральні антикоагулянти замість антитромбоцитарної терапії. Час початку терапії антикоагулянтами визначається на основі конкретних даних пацієнта, включаючи розмір інфаркту.

## **2. Обґрунтування**

Лікування АСК, розпочате протягом першої доби після інсульту та продовжене протягом наступних кількох тижнів, знижує ризик раннього повторного ішемічного інсульту та ранньої смерті. На кожні 1000 пацієнтів, яким проводять лікування АСК після інсульту, можна запобігти семи випадкам виникнення повторного ішемічного інсульту, що відповідає NNT=140. Тривала терапія АСК знижує ризик ішемічного інсульту, інфаркту міокарда та смерті від судинного захворювання. Короткий курс ПАТТ АСК з клопідогрелем або АСК з тикагрелором також може значно знизити ризик повторного інсульту або смерті протягом першого місяця після інсульту.

## **3. Критерії якості медичної допомоги**

### **Обов'язкові:**

1) Антитромбоцитарна (антиагрегантна) терапія в гострому періоді для пацієнтів, яким не проводять вТЛТ.

Невідкладне призначення 160-325 мг АСК як одноразової навантажувальної дози після виключення внутрішньочерепного крововиливу за допомогою нейровізуалізації усім пацієнтам з гострим ішемічним інсультом або ТІА, які не приймають антитромботичні препарати.

Пацієнтам із порушенням ковтання або ризиком дисфагії АСК (75-100 мг на добу) або клопідогрель (75 мг на добу) можна вводити через назогастральний зонд або АСК (300-325 мг на добу) у вигляді ректальних супозиторіїв.

АСК і клопідогрель слід призначати перорально лише після того, як буде проведено скринінг на дисфагію, та буде виключений діагноз дисфагії.

АСК в дозі 75 мг призначається лише у кишковорозчинній формі для лікування та профілактики ішемічного інсульту.

Пацієнтам, яким проведена ЕВТ, але не проведена вТЛТ, і які не мають інших протипоказань, не слід відкладати введення антитромбоцитарних препаратів.

Пацієнтам з інсультом, яких виписують безпосередньо з відділення ЕМД додому, антиагрегантну терапію слід розпочинати до виписки.

2) Антитромбоцитарна (антиагрегантна) терапія в гострому періоді для пацієнтів, яким проводиться вТЛТ.

Пацієнтам, яким проводять вТЛТ, слід уникати призначення антиагрегантів протягом перших 24 годин після вТЛТ.

Надалі приймання антиагрегантів можна розпочати після того, як при повторній нейровізуалізації виключено вторинний крововилив.

3) Короткострокова подвійна антитромбоцитарна терапія (ПАТТ) з метою вторинної профілактики інсульту: призначається пацієнтам із ТІА з дуже

високим ризиком інсульту (загальна оцінка  $\geq 4$  балів за шкалою ABCD<sup>2</sup>, наведеній у додатку 18 до цього Стандарту) або легким ішемічним інсультом некардіоеMBOLічного походження (загальна оцінка 0–3 бали за шкалою NIHSS), у яких немає високого ризику розвитку кровотечі.

4) Рекомендовані схеми ПАТТ:

АСК у навантажувальній дозі 160-325 мг в перший день, з другого дня АСК в дозі 75-100 мг на добу + клопідогрель в навантажувальній дозі 300–600 мг в перший день, з другого дня клопідогрель 75 мг на добу – протягом 21 дня;

АСК в навантажувальній дозі 160-325 мг в перший день, з другого дня АСК в дозі 75-100 мг на добу + тикагрелор в навантажувальній дозі 180 мг в перший день, з другого дня тикагрелор 90 мг 2 рази на добу – протягом 30 днів.

Вибір антитромбоцитарного засобу (клопідогрелю або тикагрелору) для додавання до АСК має ґрунтуватися на індивідуальних особливостях пацієнта та клінічних факторах, включаючи ризик помірної або тяжкої кровотечі.

Застосування ПАТТ протягом більш тривалого часу, ніж зазначено вище, після ТІА або легкого інсульту не рекомендується, якщо немає особливих показань (наприклад, встановлено артеріальний стент, симптомний (з клінічними проявами) стеноз інтракраніальної артерії), через підвищений ризик кровотечі.

Схема лікування ПАТТ має надалі бути замінена на постійну монотерапію антитромбоцитарним засобом – або АСК, або клопідогрель протягом невизначено тривалого терміну.

5) Пацієнтам, які не відповідають критеріям проведення ПАТТ, слід розпочати терапію одним антитромбоцитарним засобом в межах перших 24 год після появи симптомів.

6) Рекомендовані схеми монотерапії антитромбоцитарним препаратом:

АСК у навантажувальній дозі 160-325 мг в перший день, з другого дня АСК в дозі 75-100 мг на добу;

клопідогрель у навантажувальній дозі 300–600 мг в перший день, з другого дня клопідогрель 75 мг на добу.

7) Антикоагулянтна терапія для профілактики інсульту.

Пацієнтам із ТІА, у яких виявили фібриляцію передсердь, слід якнайшвидше призначити пероральні антикоагулянти замість антиагрегантів, в ідеалі в межах 24 год після появи симптомів.

Пацієнтам з інсультом, у яких виявили фібриляцію передсердь, слід призначити пероральні антикоагулянти, а не антиагреганти, з вибором часу початку терапії індивідуально з урахуванням тяжкості ГМІ, беручи до уваги розмір інфаркту мозку та враховуючи наявність геморагічної трансформації.

У випадку не клапанної фібриляції передсердь надавати перевагу прямим пероральним антикоагулянтам (ПОАК) над антагоністами вітаміну К.

Загальний підхід до цільового часу початку призначення ПОАК для профілактики інсульту:

пацієнтам із ТІА та відсутністю при візуалізації видимого інфаркту чи крововиливу, антикоагулянтну терапію можна розпочинати в межах перших 24 год після ТІА;

пацієнтам з інсультом з клінічними проявами легкого ступеня тяжкості або інфарктом малого розміру за даними нейровізуалізації (без нейровізуалізаційних ознак крововиливу), антикоагулянтну терапію можна розпочинати через 3 дні після інсульту;

пацієнтам з інсультом з клінічними проявами помірного ступеня тяжкості або інфарктом середнього розміру за даними нейровізуалізації (без нейровізуалізаційних ознак крововиливу) антикоагулянтну терапію можна розпочинати через 6–7 днів після інсульту;

пацієнтам з інсультом з тяжкими клінічними проявами та/або великим інфарктом за даними нейровізуалізації (без нейровізуалізаційних ознак крововиливу), антикоагулянтну терапію можна розпочинати через 12–14 днів від початку захворювання.

Початок призначення ПОАК може бути скорочений на основі даних нейровізуалізації відповідно до додатка 19 до цього Стандарту та розпочатий протягом перших 48 годин при інсульті малих та середніх розмірів та на 6-у добу при інсульті великих розмірів; наявність геморагічної трансформації за типами НІ-1 та НІ-2 не є протипоказанням для призначення даної терапії.

Антитромбоцитарну терапію можна проводити до початку антикоагулянтної терапії.

Не використовується бріджинг-терапія гепаринами низької молекулярної маси (ГНММ) або нефракціонованим гепарином до призначення пероральних антикоагулянтів.

8) У пацієнтів, у яких виник інсульт під час прийому одного антитромботичного засобу, слід повторно оцінити етіологію інсульту та вжити відповідні заходи для усунення його причини, а також активно контролювати інші судинні фактори ризику. Продовження лікування поточним антитромботичним засобом або перехід на лікування іншим засобом є прийнятними варіантами.

9) Пацієнтів з дуже високим ризиком після ТІА або легкого ішемічного інсульту, спричиненого стенозом сонної артерії високого ступеня, які є кандидатами для виконання термінової каротидної ендартеректомії або стентування сонної артерії, протягом 48 годин має оглянути лікар-хірург судинний або лікар, який має спеціальну підготовку з ендovasкулярного лікування ішемічного інсульту, для визначення відповідного часу втручання та вибору антитромботичного засобу(-ів).

10) Пацієнтам, які мають підвищений ризик шлунково-кишкової кровотечі та отримують ПАТТ, можна розглянути призначення лікарських засобів для захисту шлунково-кишкового тракту.



## **Розділ VII. Декомпресійна гемікраніектомія**

### **1. Положення стандарту медичної допомоги**

Заходи медикаментозного лікування у комплексі інтенсивної протинабрякової терапії зазвичай включають методику гіпервентиляції та інфузію осмодіуретиків. У випадках злоякісного перебігу ішемічних порушень (зона ураження перевищує 50% обсягу кровопостачання середньої мозкової артерії (СМА) прогноз наслідків захворювання несприятливий.

Декомпресивна гемікраніектомія в якості хірургічного методу лікування виконується пацієнтам із злоякісним перебігом ішемічного інсульту з метою усунення інтракраніальної гіпертензії і попередження фатальних наслідків спричинених вираженими дислокаційними порушеннями мозкових структур.

Для прийняття правильного рішення на користь хірургічного лікування необхідна участь мультидисциплінарної команди до складу якої входять лікарі: невропатолог спеціалізованого інсультного відділення, рентгенолог, нейрохірург, анестезіолог відділення інтенсивної терапії.

### **2. Обґрунтування**

У гострому періоді ішемічного інсульту в басейні СМА, при швидкому прогресуванні ішемічного набряку мозку, спостерігається поява і наростання неврологічних порушень внаслідок підвищення внутрішньочерепного тиску та дислокації мозкових структур з розвитком загрозової для життя компресії стовбурових відділів головного мозку.

Мас-ефект, що розвивається внаслідок набряку мозку у гострому періоді поширеного півкульного ішемічного інсульту обумовлює дуже високий ризик летальних наслідків, які можуть досягати 80% при застосуванні традиційних заходів інтенсивної протинабрякової терапії. Результати багатьох рандомізованих досліджень засвідчують можливість зниження показника летальності у даної групи пацієнтів при виконанні операції декомпресійної гемікраніектомії з пластикою твердої мозкової оболонки. Проте, у переважній кількості випадків після операції пацієнти, які вижили, можуть мати у подальшому житті значні обмеження повсякденного функціонування. Декомпресійна гемікраніектомія передбачає прискіпливе визначення індивідуальних показів для виконання самої операції, враховуючи науково доведені прогностичні критерії її потенційної ефективності.

### **3. Критерії якості медичної допомоги**

#### **Обов'язкові:**

1) Пацієнти для проведення декомпресійної гемікраніектомії відбираються за такими критеріями:

пацієнти віком 18–60 років у найгострішому та на початку гострого періоду (перші 48 годин) масивного («злоякісного») ішемічного інсульту в басейні СМА (визначається як розмір інфаркту >50% басейну СМА при візуальному огляді або об'єм ішемічного ураження >150 см<sup>3</sup> і наявність відповідних клінічних ознак), для яких декомпресійна гемікраніектомія – це життєзберігаючий захід;

немає різниці у функціональній неспроможності та якості життя пацієнтів з гемікранієктомією з приводу право- чи лівобічного інфаркту в басейні СМА;

проведення декомпресійної гемікранієктомії можна розглядати у пацієнтів віком 60–80 років, якщо пацієнти або законні представники пацієнта готові прийняти значний ризик подальшого життя з таким ступенем функціональної неспроможності, який може зробити їх залежними від сторонньої допомоги у повсякденній активності; вік сам по собі не є протипоказанням для декомпресійної гемікранієктомії;

бал за шкалою NIHSS >15 (за пунктом 1a  $\geq 1$ );

бал за ШКГ від 7 до 14;

не є обов'язковим зміщення серединних структур (за виключенням прямих невідкладних показань – зміщення на рівні прозорої перетинки  $\geq 7,5$  мм).

Доцільність декомпресії задньої черепної ямки слід розглядати якомога раніше (перші 48 годин) у пацієнтів із великим мозочковим інфарктом і ознаками значного мас-ефекту та/або оклюзійної гідроцефалії.

Пацієнтам із ризиком розвитку «злякисного» набряку необхідна консультація спеціаліста з інсульту (лікаря-невропатолога) та лікаря-нейрохірурга. Якщо ці послуги недоступні на місці, слід розглянути можливість швидкого переведення пацієнта до ЗОЗ, де доступні спеціалізоване інсультне відділення та можливість проведення нейрохірургічних втручань.

2) Прийняття рішення щодо проведення декомпресійної гемікранієктомії:

Термінові рішення щодо декомпресійної гемікранієктомії за життєвими показами необхідно приймати відповідно до чинного законодавства.

У пацієнтів з тяжким інсультом внаслідок оклюзії великої судини може бути підвищений ризик розвитку злякисного набряку; у цих пацієнтів проводиться раннє обговорення (перші 24 години) щодо потенційної декомпресійної гемікранієктомії.

Ключові питання, які слід обговорити з пацієнтом, законними представниками пацієнта, включають діагностику інсульту та прогноз перебігу захворювання за відсутності хірургічного лікування, ризику хірургічного втручання, можливі та ймовірні результати після операції, включаючи шанси на життя з тяжкою функціональною неспроможністю, а також побажання пацієнта, які він висловив попередньо щодо лікування у разі тяжкої хвороби.

3) Ведення пацієнта перед проведенням декомпресійної гемікранієктомії:

Пацієнти із підвищеним ризиком розвитку злякисного набряку повинні лікуватись у відділенні інтенсивної терапії або в спеціалізованому інсультному відділенні з ретельним моніторингом рівня свідомості та неврологічного статусу:

Оцінка рівня свідомості (за ШКГ, шкалою FOUR), неврологічного статусу (за шкалою NIHSS) та вимірювання артеріального тиску проводяться щонайменше кожної години або частіше, залежно від стану пацієнта.

У разі зміни стану пацієнта необхідно негайно повідомити спеціаліста з інсульту (лікаря-невропатолога) та нейрохірурга для повторної оцінки стану пацієнта; зміна стану може включати зміну рівня свідомості, погіршення рівня

свідомості за ШКГ на 1 бал або більше або збільшення тяжкості неврологічного дефіциту за NIHSS на 4 бали або більше.

4) У пацієнтів, відібраних для декомпресійної гемікранієктомії, хірургічне втручання слід виконати в межах 48 год від початку інсульту, оптимально – до настання клінічного погіршення.

5) У пацієнтів з підозрою на підвищення внутрішньочерепного тиску проводяться консервативні методи лікування:

підняття узголів'я ліжка на 30°;

методи нейрозахисту (нормотермія, нормоглікемія, усунення гіпоксії);

в окремих випадках – гіперосмолярна терапія (манітол та/або 3% розчин натрію хлориду під контролем рівня натрію крові).

## **Розділ VIII. Ведення пацієнтів у спеціалізованому інсультному відділенні**

### **1. Положення стандарту медичної допомоги**

Під час перебування в інсультному відділенні пацієнти з ГМІ отримують відповідну терапію, спрямовану на підтримку вітальних функцій, профілактику та своєчасне лікування ускладнень, ранню реабілітацію, вторинну профілактику.

### **2. Обґрунтування**

Дані свідчать про те, що у пацієнтів з ГМІ, які отримують лікування в спеціалізованих інсультних відділеннях, нижче рівень смертності та інвалідизації, менше ускладнень, рецидивів інсульту, більш рання мобілізація та можливість проведення ранньої реабілітації. Ведення пацієнтів з ГМІ у спеціалізованому інсультному відділенні має значні індивідуальні особливості, але завжди включає своєчасне виявлення та лікування можливих ускладнень і забезпечення вторинної профілактики.

### **3. Критерії якості медичної допомоги**

#### **Обов'язкові:**

1) Оцінка стану серцево-судинної системи всім пацієнтам з ГМІ, яка включає:

ЕКГ у 12 відведеннях для виявлення можливих причин або чинників ризику інсульту: фібриляції передсердь, супутнього інфаркту міокарда або структурного захворювання серця (наприклад, гіпертрофії лівого шлуночка);

моніторинг ЕКГ впродовж 24-72 годин в рамках початкового обстеження з приводу інсульту для виявлення пароксизмальної фібриляції передсердь та показань для призначення антикоагулянтної терапії пацієнтам з ТІА або гострим емболічним ішемічним інсультом;

продовжений моніторинг ЕКГ тривалістю щонайменше 72 години для виявлення пароксизмальної форми фібриляції передсердь пацієнтам віком  $\geq 55$  років з ТІА або ішемічним інсультом емболічного генезу з невизначеним джерелом емболів, які не отримують антикоагулянтну терапію, але могли б бути кандидатами для її проведення, якщо первинний короткотривалий моніторинг

ЕКГ не виявив фібриляції передсердь, проте є підстави підозрювати кардіогенну емболію;

трансторакальна або черезстравохідна ехокардіографія пацієнтам з ТІА або ішемічним інсультом емболічного генезу з невизначеним джерелом емболів, або за підозри на кардіогенну емболію або парадоксальну емболію;

черезстравохідна ехокардіографія з «тестом з пухирцями» або транскраніальна доплерографія з «тестом з пухирцями» з метою виявлення відкритого овального вікна пацієнтам віком  $\leq 60$  років з ТІА або ішемічним інсультом емболічного генезу з невизначеним джерелом емболів.

2) Профілактика ВТЕ (тромбоз глибоких вен нижніх кінцівок (ТГВНК), тромбоемболія легеневої артерії (ТЕЛА)) всім пацієнтам з ГМІ, яка включає:

визначення ступеня ризику розвитку ВТЕ відповідно до додатку 22 до цього Стандарту;

пацієнтам з високим ризиком ВТЕ, за відсутності протипоказань (наприклад, системної кровотечі, що триває, або внутрішньочерепного крововиливу), профілактику починають з першого дня госпіталізації, із застосуванням переміжної пневматичної компресії (ППК) на рівні стегон або призначення ГНММ (еноксапарин) в профілактичних дозах; нефракціонований гепарин (НФГ) застосовують у разі неможливості призначення ГНММ (наприклад, тяжка ниркова недостатність з розрахунковою швидкістю клубочкової фільтрації менше 30 мл/хв);

використання градуйованих компресійних панчох заборонено для профілактики ТГВНК;

доплерографія вен нижніх кінцівок, якщо призначення ППК розглядається після перших 24 годин після госпіталізації;

використання ППК потрібно зупинити, коли пацієнт відновлює здатність рухатися, при виписці з лікарні, при виникненні у пацієнта несприятливих побічних дій, або по завершенні 30 днів.

У пацієнтів з інсультом, госпіталізованих і знерухомлених впродовж  $>30$  днів, для профілактики ВТЕ рекомендовано довготривале використання ГНММ (еноксапарин).

3) Контроль та документування температури тіла всім пацієнтам з ГМІ:

вимірювання температури тіла щонайменше кожні 6 годин протягом перших 72 годин відповідно до положень протоколу «Fever, Sugar, Swallowing - гарячка, глюкоза, ковтання» - FESS, що наведений у додатку 20 до цього Стандарту;

зниження температури тіла при показниках  $\geq 37,5^{\circ}\text{C}$  шляхом застосування парацетамолу або метамізолу, а також фізичних методів охолодження за умови неефективності фармакологічних засобів;

у разі тривалого підвищення температури тіла  $\geq 37,5^{\circ}\text{C}$  та/або неефективності парацетамолу або метамізолу проведення дослідження для виключення інфекційних ускладнень (пневмонія, інфекція сечовивідних шляхів, сепсис); за наявності показань призначення антимікробних засобів.

4) Контроль та документування рівня глюкози крові всім пацієнтам з ГМІ щонайменше кожні 6 годин протягом перших 72 годин та корекція гіперглікемії відповідно до положень протоколу FESS, наведеному у додатку 20 до цього Стандарту.

5) Щоденна оцінка можливостей мобілізації (поступової здатності пацієнта рухатися в ліжку, сідати, стояти та ходити) всіх пацієнтів з ГМІ включає початковий скринінг та подальше оцінювання зі складанням індивідуального реабілітаційного плану, що мають бути виконані фахівцями з реабілітації у перші 48 годин після госпіталізації.

Реабілітаційні заходи мають бути розпочаті якомога швидше, як тільки пацієнт визнаний з медичної точки зору здатним брати участь в активній реабілітації.

Протипоказання до ранньої мобілізації включають (але не обмежуються ними) наступне: проведена пункція артерії для інтервенційного втручання; нестабільний медичний стан пацієнта; низький рівень сатурації; перелом або ушкодження нижньої кінцівки.

Не рекомендована рання тривала мобілізація пацієнтів у перші 24-48 годин після інсульту, особливо – тяжкого інсульту.

б) Ведення судомних нападів у пацієнтів з ГМІ:

лікування протиепілептичними засобами короткої дії (наприклад, лоразепам або діазепам внутрішньовенно) пацієнтів з ГМІ з новими судомними нападами, якщо ці напади не минають самостійно;

моніторинг оцінки ризику повторних судом у пацієнтів, у яких напад виник одразу після інсульту;

одиночний судомний напад, що виник у момент інсульту або в межах 24 годин після ішемічного інсульту та самостійно минув, вважається «раннім» післяінсультним судомним нападом і не потребує тривалого призначення протиепілептичних засобів;

судомні напади, що рецидивують, у пацієнтів з ішемічним інсультом, слід лікувати відповідно до рекомендацій щодо ведення пацієнтів із судомними нападами при інших неврологічних станах;

з метою профілактики протиепілептичні засоби пацієнтам з ГМІ не призначаються;

пацієнтам з ГМІ та незрозумілим зниженням рівня свідомості потрібно проводити тривалий моніторинг чи повторну реєстрацію електроенцефалограми.

7) Оцінка наявності та ведення дисфагії у всіх пацієнтів з ГМІ:

скринінг для виявлення порушень ковтання всім пацієнтам із ГМІ в перші 24 години та перед прийомом будь-чого через рот, включаючи ліки, їжу чи рідину проводиться відповідно до додатків 20, 21 до цього Стандарту;

якщо результати початкового чи подальших скринінгів свідчать про ризик дисфагії, пацієнта потрібно направити до терапевта мови та мовлення, ерготерапевта, дієтолога та/або інших фахівців, навчених надавати допомогу пацієнтам з дисфагією, для детальнішого оцінювання та надання допомоги при порушеннях ковтання, харчування, гідратації;

призначення ентерального харчування через назогастральний зонд протягом перших трьох днів після госпіталізації пацієнтам, які не можуть безпечно ковтати або задовольняти свої потреби в поживних речовинах і рідині перорально;

встановлення черезшкірної ендоскопічної гастростоми замість назогастрального зонда пацієнту, який буде потребувати тривалого періоду ентерального годування (понад 1 місяць).

8) Огляд порожнини рота та стану зубів (зокрема, виявлення захворювань зубів), догляд за ротовою порожниною, наявними протезами у всіх пацієнтів з ГМІ під час або відразу після госпіталізації.

У пацієнтів з інсультом, які мають повні або часткові зубні протези, слід визначити, чи мають вони достатні рухові навички для носіння та використання протезів.

За наявності порушення гігієни ротової порожнини або зубних протезів у пацієнта, йому слід призначити консультацію стоматолога та якомога швидше розпочати надання відповідної допомоги.

9) Контроль сечовиділення та випорожнення у пацієнтів з ГМІ:

щоденна оцінка стану постійного сечового катетера, якщо він використовується у пацієнта, з метою якомога скоріше його видалити;

щоденний належний догляд за геніталіями для зменшення ризику інфекційних ускладнень;

скринінг на нетримання та затримку сечі, на нетримання калу та на закреп; для визначення наявності залишку сечі в сечовому міхурі після сечовипускання використовувати неінвазивний метод за допомогою портативного ультразвукового апарату;

пацієнтам з ГМІ та нетриманням сечі слід застосувати програму тренування сечового міхура, яка має включати спонукання до відвідування туалету за розкладом часу; виходячи з об'єму залишкової сечі у сечовому міхурі після сечовипускання, слід запровадити розклад переміжної катетеризації сечового міхура;

контроль частоти випорожнення не рідше 1 разу на 3 доби у пацієнтів з ГМІ та стійким закрепом або нетриманням калу.

10) Всім пацієнтам з ГМІ має бути проведено первинний скринінг депресії та когнітивних порушень.

## **Розділ ІХ. Паліативна медична допомога**

### **1. Положення стандарту медичної допомоги**

Паліативний підхід має бути застосований у випадку інсульту з катастрофічними наслідками або інсульту в умовах вже наявних суттєвих захворювань для оптимізації надання допомоги пацієнтам, членам їх родин, опікунам та/або піклувальникам.

Паліативна допомога є цілісним комплексним підходом, що складається з медичної, соціальної, психологічної та духовної складових. Ключовими

моментами є акцент на впровадженні послуги догляду, а також медико-психологічний та духовний супровід родичів пацієнта в часи хвороби та в періоді його втрати.

Паліативна допомога потребує міждисциплінарного підходу до пацієнта та членів його родини, в тому числі у зв'язку з втратою близької особи.

## **2. Обґрунтування**

Паліативна допомога вкрай необхідна для поліпшення якості життя і полегшення страждань (фізичних, психоемоційних, болю) невиліковних пацієнтів з інсультом і їх гідний супровід наприкінці життя.

Світовий досвід переконливо доводить, що саме паліативна допомога завдяки комплексному міждисциплінарному підходу адекватно реагує на потреби важких пацієнтів та їхніх рідних, сприяє поліпшенню якості життя, зокрема, на фінальній стадії, що визначає велике гуманітарне значення паліативної медичної допомоги.

Наслідки тяжкого інсульту як невиліковної патології, зазвичай спричиняють негативні зміни у родині пацієнта, що полягають у психоемоційному та фізичному «вигоранні», змінах сімейного укладу та міжособистісної комунікації, загостренні хронічних хвороб, що обґрунтовує необхідність правильної організації догляду за пацієнтом, що може зменшити психофізичне навантаження на близьких. Необхідно забезпечувати вчасною кваліфікованою медичною та психологічною допомогою членів сім'ї паліативного пацієнта.

## **3. Критерії якості медичної допомоги**

### **Обов'язкові:**

1) Для оцінки повсякденного функціонування на момент виписки пацієнта використовуються наступні шкали:

Індекс Бартел, який наведений у додатку 23 до цього Стандарту, – за наявності суми балів  $\leq 20$  слід розглянути паліативний підхід;

шкала PPS (версія 3), яка наведена у додатку 24 до цього Стандарту, – за наявності суми  $\leq 30\%$  слід розглянути паліативний підхід.

2) Мультидисциплінарна команда фахівців, які надають допомогу при інсульті, має обговорювати з пацієнтом або законними представниками пацієнта цілі лікування пацієнта, взявши до уваги діагноз, прогноз, цінності, побажання пацієнта, та чи має надання допомоги бути сконцентроване на забезпеченні комфорту або продовженні життя.

3) Обговорення паліативної допомоги мають бути задокументовані та піддаватися регулярному перегляду лікуючим лікарем, пацієнтом та законними представниками пацієнта.

4) Питання щодо згоди або незгоди на посмертне донорство анатомічних матеріалів мають бути обговорені з пацієнтами або законними представниками пацієнта.

## **Індикатори якості медичної допомоги**

### **Перелік індикаторів якості медичної допомоги:**

1. Наявність у ЗОЗ клінічного маршруту пацієнта (КМП) з ГМІ.
2. Відсоток пацієнтів з ГМІ, які були госпіталізовані впродовж 100 хв. з моменту виклику ЕМД.
3. Відсоток пацієнтів з ішемічним інсультом, які поступили впродовж 24 год від початку захворювання і яким виконана нейровізуалізація протягом 30 хвилин з часу поступлення до ЗОЗ (безконтрастна МСКТ головного мозку або МРТ головного мозку одночасно з проведенням МСКТ-ангіографії або МР-ангіографії екстра- та інтракраніальних судин голови).
4. Відсоток пацієнтів з ішемічним інсультом, яких було госпіталізовано в спеціалізоване інсультне відділення при поступленні в ЗОЗ.
5. Відсоток пацієнтів з ішемічним інсультом, які отримали реваскуляризаційне лікування у вигляді тромболітичної терапії.
6. Відсоток пацієнтів з ішемічним інсультом, які отримали реваскуляризаційне лікування у вигляді ендovasкулярної тромбектомії.
7. Госпітальна та 30-денна летальність пацієнтів з ішемічним інсультом.
8. Оцінка пацієнта за модифікованою шкалою Ренкіна на 90-й день з початку ішемічного інсульту.

### **Паспорти індикаторів якості медичної допомоги:**

#### **1. Наявність у ЗОЗ клінічного маршруту пацієнта (КМП) з гострим ішемічним інсультом.**

Зв'язок індикатора із затвердженими настановами, стандартами та протоколами медичної допомоги.

Індикатор ґрунтується на Стандарті медичної допомоги «Ішемічний інсульт».

Зауваження щодо інтерпретації та аналізу індикатора.

Даний індикатор характеризує організаційний аспект запровадження сучасних медико-технологічних документів – КМП в кожному ЗОЗ регіону. Якість медичної допомоги пацієнтам, відповідність надання медичної допомоги вимогам КМП даним індикатором висвітлюватися не може, але для аналізу цих аспектів необхідне обов'язкове запровадження КМП в ЗОЗ.

Бажаний рівень значення індикатора:

2024 рік - 100%.

Інструкція з обчислення індикатора.

Організація, яка має обчислювати індикатор: ЗОЗ, що надає спеціалізовану стаціонарну медичну допомогу пацієнтам з ГМІ, структурні підрозділи з питань охорони здоров'я місцевих державних адміністрацій.

Дані надаються ЗОЗ, що надають спеціалізовану стаціонарну медичну допомогу пацієнтам з ГМІ, розташованими на території обслуговування, до



структурних підрозділів з питань охорони здоров'я місцевих державних адміністрацій.

Дані надаються поштою, в тому числі електронною поштою.

Метод обчислення індикатора: підрахунок шляхом ручної або автоматизованої обробки.

Індикатор обчислюється структурними підрозділами з питань охорони здоров'я місцевих державних адміністрацій після надходження інформації від всіх ЗОЗ, що надають спеціалізовану стаціонарну медичну допомогу пацієнтам з ГМІ, зареєстрованих на території обслуговування.

Значення індикатора обчислюється як відношення чисельника до знаменника.

Знаменник індикатора складає загальна кількість ЗОЗ, що надають спеціалізовану стаціонарну медичну допомогу пацієнтам з ГМІ, зареєстрованих на території обслуговування.

Джерелом інформації є звіт структурних підрозділів з питань охорони здоров'я місцевих державних адміністрацій, який містить інформацію про кількість ЗОЗ, що надають спеціалізовану стаціонарну медичну допомогу пацієнтам з ГМІ, зареєстрованих на території обслуговування.

Чисельник індикатора складає загальна кількість ЗОЗ, що надають спеціалізовану стаціонарну медичну допомогу пацієнтам з ГМІ, зареєстрованих на території обслуговування, для яких задокументований факт наявності КМП пацієнтам з гострим ішемічним інсультом.

Джерелом інформації є КМП, наданий ЗОЗ, що надає спеціалізовану стаціонарну медичну допомогу пацієнтам з ГМІ.

Значення індикатора наводиться у відсотках.

## **2. Відсоток пацієнтів з гострим мозковим інсультом, які були госпіталізовані впродовж 100 хв. з моменту виклику ЕМД.**

Зв'язок індикатора із затвердженими настановами, стандартами та протоколами медичної допомоги.

Індикатор ґрунтується на Стандарті медичної допомоги «Ішемічний інсульт».

Зауваження щодо інтерпретації та аналізу індикатора.

Аналіз індикатора дозволить виявити проблеми, пов'язані зі своєчасною госпіталізацією пацієнтів з ГМІ.

Бажаний рівень значення індикатора:

2024 рік – 70%

2025 рік та подальший період – 90%.

Інструкція з обчислення індикатора.

Організація, яка має обчислювати індикатор: структурні підрозділи з питань охорони здоров'я місцевих державних адміністрацій.

Дані надаються центрами екстреної (швидкої) медичної допомоги та ЗОЗ, що надають спеціалізовану стаціонарну медичну допомогу пацієнтам з ГМІ, які

діють на території обслуговування, до структурних підрозділів з питань охорони здоров'я місцевих державних адміністрацій.

Дані надаються поштою, в тому числі електронною поштою.

Метод обчислення індикатора: підрахунок шляхом ручної або автоматизованої обробки.

Індикатор обчислюється структурними підрозділами з питань охорони здоров'я місцевих державних адміністрацій після надходження інформації від всіх центрів екстреної (швидкої) медичної допомоги та ЗОЗ, що надають спеціалізовану стаціонарну медичну допомогу пацієнтам з ГМІ, зареєстрованих на території обслуговування.

Значення індикатора обчислюється як відношення чисельника до знаменника.

Знаменник індикатора складає загальна кількість пацієнтів з ГМІ, які були госпіталізовані в ЗОЗ, що надають спеціалізовану стаціонарну медичну допомогу пацієнтам з ГМІ, зареєстрованих на території обслуговування.

Джерелом інформації є звіт структурних підрозділів з питань охорони здоров'я місцевих державних адміністрацій, який містить інформацію про кількість пацієнтів з ГМІ, які були госпіталізовані в ЗОЗ, що надають спеціалізовану стаціонарну медичну допомогу пацієнтам з ГМІ, зареєстрованих на території обслуговування, що базується на даних форми № 003/о.

Чисельник індикатора складає загальна кількість пацієнтів з ГМІ, які були госпіталізовані в ЗОЗ, що надають спеціалізовану стаціонарну медичну допомогу пацієнтам з ГМІ, зареєстрованих на території обслуговування, які були госпіталізовані впродовж 100 хв. з моменту виклику ЕМД.

Джерелом інформації є звіт структурних підрозділів з питань охорони здоров'я місцевих державних адміністрацій, який містить інформацію про загальну кількість пацієнтів з ГМІ, які були госпіталізовані протягом 100 хв. з моменту виклику ЕМД, від всіх центрів екстреної (швидкої) медичної допомоги, зареєстрованих на території обслуговування, що базується на даних форми № 110/о.

Значення індикатора наводиться у відсотках.

**3. Відсоток пацієнтів з ішемічним інсультом, які поступили впродовж 24 год від початку захворювання і яким виконана нейровізуалізація протягом 30 хвилин з часу поступлення до ЗОЗ (безконтрастна МСКТ головного мозку або МРТ головного мозку одночасно з проведенням МСКТ-ангіографії або МР-ангіографії екстра- та інтракраніальних судин голови).**

Зв'язок індикатора із затвердженими настановами, стандартами та протоколами медичної допомоги.

Індикатор ґрунтується на Стандарті медичної допомоги «Ішемічний інсульт».

Зауваження щодо інтерпретації та аналізу індикатора.

Аналіз індикатора дозволить виявити проблеми, пов'язані з внутрішньолікарняними затримками та якістю надання медичної допомоги пацієнтам з ішемічним інсультом.

Бажаний рівень значення індикатора:

2024 рік – 70%

2025 рік та подальший період – 90%.

Інструкція з обчислення індикатора.

Організація, яка має обчислювати індикатор: ЗОЗ, що надає спеціалізовану стаціонарну медичну допомогу пацієнтам з ГМІ, структурні підрозділи з питань охорони здоров'я місцевих державних адміністрацій.

Дані надаються ЗОЗ, що надають спеціалізовану стаціонарну медичну допомогу пацієнтам з ГМІ, розташованими на території обслуговування, до структурних підрозділів з питань охорони здоров'я місцевих державних адміністрацій.

Дані надаються поштою, в тому числі електронною поштою.

Метод обчислення індикатора: підрахунок шляхом ручної або автоматизованої обробки. Індикатор обчислюється структурними підрозділами з питань охорони здоров'я місцевих державних адміністрацій після надходження інформації від всіх ЗОЗ, що надають спеціалізовану стаціонарну медичну допомогу пацієнтам з ГМІ, зареєстрованих на території обслуговування. Значення індикатора обчислюється як відношення чисельника до знаменника.

Знаменник індикатора складає загальна кількість пацієнтів, госпіталізованих з ішемічним інсультом в ЗОЗ, що надають спеціалізовану стаціонарну медичну допомогу пацієнтам з ГМІ, зареєстрованих на території обслуговування.

Джерелом інформації є: форма № 003/о.

Чисельник індикатора складає загальна кількість пацієнтів, госпіталізованих з ішемічним інсультом в ЗОЗ, що надають спеціалізовану стаціонарну медичну допомогу пацієнтам з ГМІ, зареєстрованих на території обслуговування, яким проведена нейровізуалізація (безконтрастна МСКТ головного мозку або МРТ головного мозку одночасно з проведенням МСКТ-ангіографією або МР-ангіографією екстра- та інтракраніальних судин голови) протягом 30 хвилин.

Джерелом інформації є: форма № 003/о.

Значення індикатора наводиться у відсотках.

#### **4. Відсоток пацієнтів з ішемічним інсультом, яких було госпіталізовано в спеціалізоване інсультне відділення при поступленні в ЗОЗ.**

Зв'язок індикатора із затвердженими настановами, стандартами та протоколами медичної допомоги.

Індикатор ґрунтується на Стандарті медичної допомоги «Ішемічний інсульт».

Зауваження щодо інтерпретації та аналізу індикатора.

Госпіталізація пацієнтів з інсультом в спеціалізоване інсультне відділення дозволяє знизити летальність. Аналіз індикатора дозволить виявити потенціальні причини госпітальної летальності та проблеми, пов'язані з якістю надання медичної допомоги пацієнтам з ішемічним інсультом.

Бажаний рівень значення індикатора:

2024 рік – 70%

2025 рік та подальший період – 90%.

Інструкція з обчислення індикатора.

Організація, яка має обчислювати індикатор: ЗОЗ, що надає спеціалізовану стаціонарну медичну допомогу пацієнтам з ГМІ, структурні підрозділи з питань охорони здоров'я місцевих державних адміністрацій.

Дані надаються ЗОЗ, що надають спеціалізовану стаціонарну медичну допомогу пацієнтам з ГМІ, розташованими на території обслуговування, до структурних підрозділів з питань охорони здоров'я місцевих державних адміністрацій.

Дані надаються поштою, в тому числі електронною поштою.

Метод обчислення індикатора: підрахунок шляхом ручної або автоматизованої обробки. Індикатор обчислюється структурними підрозділами з питань охорони здоров'я місцевих державних адміністрацій після надходження інформації від всіх ЗОЗ, що надають спеціалізовану стаціонарну медичну допомогу пацієнтам з ГМІ, зареєстрованих на території обслуговування. Значення індикатора обчислюється як відношення чисельника до знаменника.

Знаменник індикатора складає загальна кількість пацієнтів доставлених до ЗОЗ з ішемічним інсультом.

Джерелом інформації є: форма № 003/о.

Чисельник індикатора складає загальна кількість пацієнтів, доставлених до ЗОЗ з ішемічним інсультом, яких було госпіталізовано в спеціалізоване інсультне відділення при поступленні в ЗОЗ.

Джерелом інформації є: форма № 003/о.

Значення індикатора наводиться у відсотках.

## **5. Відсоток пацієнтів з ішемічним інсультом, які отримали реваскуляризаційне лікування у вигляді тромболітичної терапії.**

Зв'язок індикатора із затвердженими настановами, стандартами та протоколами медичної допомоги.

Індикатор ґрунтується на Стандарті медичної допомоги «Ішемічний інсульт».

Зауваження щодо інтерпретації та аналізу індикатора.

Реваскуляризаційне лікування у вигляді тромболітичної терапії є стандартним лікуванням ішемічного інсульту, яке дозволяє зменшити кількість осіб з обмеженням функціонування.

Бажаний рівень значення індикатора:

2024 рік – 10%

2025 рік – 12%

2026 рік та подальший період – 15%.

Інструкція з обчислення індикатора.

Організація, яка має обчислювати індикатор: ЗОЗ, що надає спеціалізовану стаціонарну медичну допомогу пацієнтам з ГМІ, структурні підрозділи з питань охорони здоров'я місцевих державних адміністрацій.

Дані надаються ЗОЗ, що надають спеціалізовану стаціонарну медичну допомогу пацієнтам з ГМІ, розташованими на території обслуговування, до структурних підрозділів з питань охорони здоров'я місцевих державних адміністрацій.

Дані надаються поштою, в тому числі електронною поштою.

Метод обчислення індикатора: підрахунок шляхом ручної або автоматизованої обробки. Індикатор обчислюється структурними підрозділами з питань охорони здоров'я місцевих державних адміністрацій після надходження інформації від всіх ЗОЗ, що надають спеціалізовану стаціонарну медичну допомогу пацієнтам з ГМІ, зареєстрованих на території обслуговування. Значення індикатора обчислюється як відношення чисельника до знаменника.

Знаменник індикатора складає загальна кількість пацієнтів доставлених до ЗОЗ з ішемічним інсультом.

Джерелом інформації є: форма №003/о.

Чисельник індикатора складає загальна кількість пацієнтів, доставлених до ЗОЗ з ішемічним інсультом, які отримали реваскуляризаційне лікування у вигляді тромболітичної терапії.

Джерелом інформації є: форма № 003/о.

Значення індикатора наводиться у відсотках.

## **6. Відсоток пацієнтів з ішемічним інсультом, які отримали реваскуляризаційне лікування у вигляді ендovasкулярної тромбектомії.**

Зв'язок індикатора із затвердженими настановами, стандартами та протоколами медичної допомоги.

Індикатор ґрунтується на Стандарті медичної допомоги «Ішемічний інсульт».

Зауваження щодо інтерпретації та аналізу індикатора.

Реваскуляризаційне лікування у вигляді ендovasкулярної тромбектомії є стандартним лікуванням ішемічного інсульту, яке дозволяє зменшити кількість осіб з обмеженням функціонування.

Бажаний рівень значення індикатора:

2024 рік – 1,5%

2025 рік – 2%

2026 рік – 3%

2027 рік – 4%

2028 рік та подальший період – 5%.

Інструкція з обчислення індикатора.

Організація, яка має обчислювати індикатор: ЗОЗ, що надає спеціалізовану стаціонарну медичну допомогу пацієнтам з ГМІ, структурні підрозділи з питань охорони здоров'я місцевих державних адміністрацій.

Дані надаються ЗОЗ, що надають спеціалізовану стаціонарну медичну допомогу пацієнтам з ГМІ, розташованими на території обслуговування, до структурних підрозділів з питань охорони здоров'я місцевих державних адміністрацій.

Дані надаються поштою, в тому числі електронною поштою.

Метод обчислення індикатора: підрахунок шляхом ручної або автоматизованої обробки. Індикатор обчислюється структурними підрозділами з питань охорони здоров'я місцевих державних адміністрацій після надходження інформації від всіх ЗОЗ, що надають спеціалізовану стаціонарну медичну допомогу пацієнтам з ГМІ, зареєстрованих на території обслуговування. Значення індикатора обчислюється як відношення чисельника до знаменника.

Знаменник індикатора складає загальна кількість пацієнтів доставлених до ЗОЗ з ішемічним інсультом.

Джерелом інформації є: форма №003/о.

Чисельник індикатора складає загальна кількість пацієнтів, доставлених до ЗОЗ з ішемічним інсультом, які отримали реваскуляризаційне лікування у вигляді ендоваскулярної тромбектомії.

Джерелом інформації є: форма №003/о. Значення індикатора наводиться у відсотках.

## **7. Госпітальна та 30-денна летальність пацієнтів з ішемічним інсультом.**

Зв'язок індикатора із затвердженими настановами, стандартами та протоколами медичної допомоги.

Індикатор ґрунтується на клінічній настанові, заснованій на доказах «Організація надання допомоги при гострому ішемічному інсульті» та Стандарті медичної допомоги «Ішемічний інсульт».

Зауваження щодо інтерпретації та аналізу індикатора.

Госпітальна летальність є маркером якості надання спеціалізованої медичної допомоги пацієнтам з ішемічним інсультом. 30-денна летальність є інтегральним показником якості надання спеціалізованої медичної та реабілітаційної допомоги пацієнтам з ішемічним інсультом в найгострішому, гострому та післягострому періодах, а також коректності призначеної вторинної профілактики.

Бажаний рівень значення індикатора:

Цільовий (бажаний) рівень значення індикатора на етапі запровадження СМД не визначається заради запобігання викривленню реальної ситуації внаслідок адміністративного тиску.

Інструкція з обчислення індикатора.

Організація, яка має обчислювати індикатор: ЗОЗ, що надає спеціалізовану стаціонарну медичну допомогу пацієнтам з ГМІ, структурні підрозділи з питань охорони здоров'я місцевих державних адміністрацій.

Дані надаються ЗОЗ, що надають спеціалізовану стаціонарну медичну допомогу пацієнтам з ГМІ, розташованими на території обслуговування, до структурних підрозділів з питань охорони здоров'я місцевих державних адміністрацій.

Дані надаються поштою, в тому числі електронною поштою.

Метод обчислення індикатора: підрахунок шляхом ручної або автоматизованої обробки. Індикатор обчислюється структурними підрозділами з питань охорони здоров'я місцевих державних адміністрацій після надходження інформації від всіх ЗОЗ, що надають спеціалізовану стаціонарну медичну допомогу пацієнтам з ГМІ, зареєстрованих на території обслуговування. Значення індикатора обчислюється як відношення чисельника до знаменника.

Знаменник індикатора складає загальна кількість пацієнтів доставлених до ЗОЗ з ішемічним інсультом. Джерелом інформації є: форма № 003/о, дані електронної системи охорони здоров'я.

Чисельник індикатора складає загальна кількість пацієнтів, доставлених до ЗОЗ з ішемічним інсультом, які померли під час лікування в ЗОЗ, а також які померли протягом перших 30 днів з часу виникнення симптомів ішемічного інсульту.

Джерелом інформації є: форма № 003/о, дані електронної системи охорони здоров'я.

Значення індикатора наводиться у відсотках.

## **8. Оцінка пацієнта за модифікованою шкалою Ренкіна на 90-й день з початку ішемічного інсульту.**

Зв'язок індикатора із затвердженими настановами, стандартами та протоколами медичної допомоги.

Індикатор ґрунтується на Стандарті медичної допомоги «Ішемічний інсульт» та на клінічній настанові, заснованій на доказах «Організація надання допомоги при гострому ішемічному інсульті».

Зауваження щодо інтерпретації та аналізу індикатора.

Оцінка пацієнта за модифікованою шкалою Ренкіна на 90-й день з початку ішемічного інсульту є інтегральним показником якості надання спеціалізованої медичної та реабілітаційної допомоги пацієнтам з ішемічним інсультом в найгострішому, гострому та післягострому періодах, а також коректності призначеної вторинної профілактики. Цей показник також дозволяє прогнозувати потребу в кількості реабілітаційних ліжок для пацієнтів з ішемічним інсультом.

Бажаний рівень значення індикатора:

Цільовий (бажаний) рівень значення індикатора на етапі впровадження Стандарту медичної допомоги не визначається заради запобігання викривленню реальної ситуації внаслідок адміністративного тиску.

Інструкція з обчислення індикатора.

Організація, яка має обчислювати індикатор: ЗОЗ, що надає спеціалізовану стаціонарну медичну допомогу пацієнтам з ГМІ, лікар загальної практики-сімейної медицини (амбулаторія загальної практики-сімейної медицини, центр первинної медико-санітарної допомоги), структурні підрозділи з питань охорони здоров'я місцевих державних адміністрацій.

Дані надаються ЗОЗ, що надають спеціалізовану стаціонарну медичну допомогу пацієнтам з ГМІ та лікарями загальної практики-сімейної медицини (амбулаторіями загальної практики-сімейної медицини, центрами первинної медико-санітарної допомоги), розташованими на території обслуговування, до структурних підрозділів з питань охорони здоров'я місцевих державних адміністрацій.

Дані надаються поштою, в тому числі електронною поштою.

Метод обчислення індикатора: підрахунок шляхом ручної або автоматизованої обробки. Індикатор обчислюється структурними підрозділами з питань охорони здоров'я місцевих державних адміністрацій після надходження інформації від всіх ЗОЗ, що надають спеціалізовану стаціонарну медичну допомогу пацієнтам з ГМІ та від всіх лікарів загальної практики-сімейної медицини (амбулаторій загальної практики-сімейної медицини, центрів первинної медико-санітарної допомоги), зареєстрованих на території обслуговування. Значення індикатора обчислюється як відношення чисельника до знаменника.

Знаменник індикатора складає загальна кількість пацієнтів доставлених до ЗОЗ з ішемічним інсультом. Джерелом інформації є: форма № 003/о, дані електронної системи охорони здоров'я.

Чисельник індикатора складає загальна кількість пацієнтів, доставлених до ЗОЗ з ішемічним інсультом, яким в подальшому проведена оцінка за модифікованою шкалою Ренкіна на 90-й день з початку ішемічного інсульту.

Джерелом інформації є: форма № 025/о, форма № 003/о, дані електронної системи охорони здоров'я.

Значення індикатора наводиться у відсотках.



## **Перелік літературних джерел та нормативно-правових актів, використаних при розробці стандарту медичної допомоги**

1. Електронний документ Клінічна настанова, заснована на доказах «Організація надання допомоги при гострому ішемічному інсульті», 2024 року, [https://www.dec.gov.ua/cat\\_mtd/galuzevi-standarti-ta-klinichni-nastanovi/](https://www.dec.gov.ua/cat_mtd/galuzevi-standarti-ta-klinichni-nastanovi/).
2. Електронний документ Клінічна настанова, заснована на доказах «Внутрішньовенний тромболізис для лікування гострого ішемічного інсульту», 2021 року [https://www.dec.gov.ua/cat\\_mtd/galuzevi-standarti-ta-klinichni-nastanovi/](https://www.dec.gov.ua/cat_mtd/galuzevi-standarti-ta-klinichni-nastanovi/).
3. Закон України «Основи законодавства України про охорону здоров'я».
4. Постанова Кабінету Міністрів України від 16 грудня 2020 року № 1271 «Про норматив прибуття бригад екстреної (швидкої) медичної допомоги на місце події».
5. Наказ Міністерства охорони здоров'я України від 09 березня 2022 року № 441 «Про затвердження порядків надання домедичної допомоги особам при невідкладних станах», зареєстрований в Міністерстві юстиції України 28 березня 2022 року за № 356/37692.
6. Наказ Міністерства охорони здоров'я України від 05 листопада 2020 року № 2524 «Про затвердження Єдиного класифікатора попередніх діагнозів для бригад екстреної медичної допомоги», зареєстрований в Міністерстві юстиції України 22 грудня 2020 року за № 1277/35560.
7. Наказ Міністерства охорони здоров'я України від 15 червня 2023 року № 1091 «Про затвердження Порядку організації надання медичної допомоги пацієнтам із гострим мозковим інсультом», зареєстрований в Міністерстві юстиції України 03 липня 2023 року за № 1118/40174.
8. Наказ Міністерства охорони здоров'я України від 05 червня 2019 року № 1269 «Про затвердження та впровадження медико-технологічних документів зі стандартизації екстреної медичної допомоги».
9. Наказ Міністерства охорони здоров'я України від 02 листопада 2022 року № 1967 «Про затвердження Стандартів медичної допомоги «Вторинна профілактика інсульту».
10. Наказ Міністерства охорони здоров'я України від 17 травня 2022 року № 822 «Про затвердження Стандарту «Парентеральна периопераційна антибіотикопрофілактика».
11. Наказ Міністерства охорони здоров'я України від 23 серпня 2023 року № 1513 «Про затвердження Стандарту медичної допомоги «Раціональне застосування антибактеріальних і антифунгальних препаратів з лікувальною та профілактичною метою».
12. Наказ Міністерства охорони здоров'я України від 28 вересня 2012 року № 751 «Про створення та впровадження медико-технологічних документів зі стандартизації медичної допомоги в системі Міністерства охорони здоров'я України», зареєстрований в Міністерстві юстиції України 29 листопада 2012 року за № 2001/22313.

13. Наказ Міністерства охорони здоров'я України від 12 березня 2024 року № 418 «Про затвердження шістнадцятого випуску Державного формуляра лікарських засобів та забезпечення його доступності».

14. Наказ Міністерства охорони здоров'я України від 14 лютого 2012 року № 110 «Про затвердження форм первинної облікової документації та інструкцій щодо їх заповнення, що використовуються у закладах охорони здоров'я незалежно від форми власності та підпорядкування», зареєстрований в Міністерстві юстиції України 28 квітня 2012 року за № 661/20974.

**Директор Департаменту  
медичних послуг**



**Тетяна ОРАБІНА**

Додаток 1  
до Стандарту медичної допомоги  
«Ішемічний інсульт»  
(підпункт 3 пункту 3 розділу І)

**Ведення пацієнтів з підозрою на ТІА та на ГМІ в залежності від ступеня ризику повторного ГМІ**

<b>Ризик повторного інсульту</b>	<b>Час від появи симптомів інсульту до надходження до ЗОЗ</b>	<b>Наявні симптоми</b>	<b>Коли пацієнта має оглянути лікар, який надає первинну медичну допомогу</b>	<b>ЗОЗ, відділення та спеціаліст, до якого потрібно направити пацієнта</b>	<b>Дослідження, які слід провести</b>
<b>Дуже високий ризик</b>	Не більше 48 год	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Тимчасова, мінлива або стійка одностороння слабкість (обличчя, верхньої та/або нижньої кінцівки)</li> <li>- Тимчасове, мінливе або стійке порушення мовлення/афазія</li> <li>- Мінливі або стійкі симптоми <b>без рухової слабкості або порушення мовлення/мови</b> (наприклад, симптоми порушення чутливості однієї сторони тіла, втрата монокулярного зору, втрата половини поля зору, та</li> </ul>	Одразу	Відділення екстреної медичної допомоги ЗОЗ, що надає допомогу пацієнтам з ГМІ, лікар-невропатолог	МСКТ/МСКТА або МРТ/МРА, ЕКГ, лабораторні дослідження

		наявні/відсутні інші симптоми, що вказують на інсульт у вертебробазиллярному басейні, такі як диплопія, дизартрія, дисфагія та/або атаксія)			
<b>Високий ризик</b>	Від 48 год до 2 тижнів	- Тимчасова, мінлива або стійка одностороння слабкість (обличчя, верхньої та/або нижньої кінцівки) <b>або порушення мовлення/мови</b>	Якнайшвидше, в ідеалі протягом 24 годин	ЗОЗ, що надає спеціалізовану медичну допомогу, лікар-невропатолог або спеціаліст з інсульту	МСКТ/МСКТА або МРТ/МРА, ЕКГ, лабораторні дослідження
<b>Помірний (підвищений) ризик</b>	Від 48 год до 2 тижнів	- Мінливі або стійкі симптоми <b>без рухової слабкості або порушення мовлення/мови</b> (наприклад, симптоми порушення чутливості однієї сторони тіла, втрата монокулярного зору, бінокулярна диплопія, втрата половини поля зору, дизартрія, дисфагія та/або атаксія)	Якнайшвидше, в ідеалі в межах 2 тижнів	ЗОЗ, що надає спеціалізовану медичну допомогу, лікар-невропатолог або спеціаліст з інсульту	МСКТ/МСКТА або МРТ/МРА, ЕКГ, лабораторні дослідження  розгляньте можливість УЗД сонних артерій, якщо МСКТА недоступна

<b>Низький ризик</b>	Більше 2 тижнів	- Будь-які типові або атипові симптоми інсульту або транзиторної ішемічної атаки	В ідеалі в межах 1 міс	ЗОЗ, що надає спеціалізовану медичну допомогу, лікар-невропатолог або спеціаліст з інсульту	Персоналізований підхід до обстеження пацієнта відповідно до його стану та факторів ризику.
----------------------	-----------------	--	------------------------	---	---

---

## **Шкала Rapid Arterial occlusion Evaluation Scale (RACE)**

### **1. Парез м'язів обличчя**

Попросіть пацієнта посміхнутись або показати зуби. Оцініть симетричність обличчя. Якщо пацієнт не розуміє або не виконує інструкції, притисніть пальцями завушну ділянку, що призведе до появи рухів м'язів обличчя.

0: Рухи м'язів обличчя нормальні, симетричні.

1: Рухи м'язів обличчя при посмішці або показуванні зубів злегка асиметричні.

2: Рухи м'язів обличчя при посмішці або показуванні зубів дуже асиметричні.

### **2. Моторна функція руки**

Для оцінки ступеня тяжкості парезу руки попросіть пацієнта підняти обидві руки до 45 градусів від тіла в положенні лежачі або до 90 градусів від тіла у положенні сидячи. Якщо пацієнт не виконує інструкції, підніміть його руки догори. Оцініть відповідно до того часу, скільки пацієнт може утримувати руки на противагу силі тяжіння, не торкаючись ліжка або іншої поверхні.

0: Пацієнт може утримувати обидві руки, долаючи силу тяжіння, щонайменше 10 секунд.

1: Пацієнт може утримувати обидві руки, долаючи силу тяжіння, але менше, ніж 10 секунд.

2: Пацієнт не може утримувати одну або обидві руки, долаючи силу тяжіння, паретична рука відразу падає.

### **3. Моторна функція ноги**

Для оцінки ступеня тяжкості парезу ноги попросіть пацієнта підняти по черзі кожен ногу до 30 градусів в положенні лежачи. Якщо пацієнт не виконує інструкції, підніміть обидві його ноги по черзі догори. Оцініть відповідно до того часу, скільки пацієнт може утримувати ногу, долаючи силу тяжіння, не торкаючись ліжка або іншої поверхні.

- 0: Пацієнт може утримувати ногу, долаючи силу тяжіння, щонайменше 5 секунд.  
1: Пацієнт може утримувати ногу, долаючи силу тяжіння, але менше, ніж 5 секунд.  
2: Пацієнт не може утримувати ногу, долаючи силу тяжіння, паретична нога відразу падає.

#### **4. Поворот голови та очей**

Оцініть наявність повороту (девіації) голови та очей в одну сторону.

- 0: Відсутній (можливі рухи очей в обидва боки, повороту голови в бік немає)  
1: Наявний (поворот голови та очей в один бік)

#### **5А. Агнозія / Неглект (ігнорування) (при лівобічному геміпарезі)**

1. Оцініть чи може пацієнт впізнати свою ліву частину тіла. Запитайте пацієнта: «Чия це рука?», показуючи йому його паретичну руку. Пацієнти з асоматогнозією не впізнають ліву половину свого тіла.  
2. Оцініть чи знає пацієнт про слабкість кінцівок. Запитайте пацієнта: «Чи можете Ви рухати вашими руками та похлопати у долоні?». Пацієнти з анозогнозією не знають про слабкість їх лівої руки.

- 0: Немає ані асоматогнозії, ані анозогнозії.  
1: Немає асоматогнозії або анозогнозії.  
2: Наявна й асоматогнозія, й анозогнозія.

#### **5Б. Афазія / Порушення мовлення (при правобічному геміпарезі)**

Дайте пацієнту дві словесні інструкції: «Заплющіть очі» та «Стисніть ліву руку в кулак» (завжди використовуйте саме ці інструкції).

- 0: Виконує обидві інструкції правильно.  
1: Виконує одну інструкцію правильно.  
2: Не виконує жодної з інструкцій.

**Якщо сума балів за шкалою RACE  $\geq 5$  балів, у пацієнта ймовірний ГМІ, обумовлений ОВС**

Примітка: Pérez de la Ossa N, Carrera D, Gorchs M, Querol M, Millán M, Gomis M, et al. Design and validation of a prehospital stroke scale to predict large arterial occlusion: the rapid arterial occlusion evaluation scale. Stroke. 2014 Jan;45(1):87-91. doi: 10.1161/STROKEAHA.113.003071.

---

Додаток 3  
до Стандарту медичної допомоги  
«Ішемічний інсульт»  
(підпункт 3 пункту 3 розділу II)

### Шкала Field Assessment Stroke Triage for Emergency Destination (FAST-ED)

Компонент	Бал за шкалою FAST-ED	Бал за шкалою NIHSS (еквівалент)
<b>1. Слабкість м'язів обличчя</b>		
Відсутня або легкий парез	<b>0</b>	0-1
Частковий або повний парез	<b>1</b>	2-3
<b>2. Слабкість руки</b>		
Рука не рухається донизу	<b>0</b>	0
Рука рухається донизу, але є спроби подолати силу тяжіння	<b>1</b>	1-2
Немає рухів проти сили тяжіння або рухи руки взагалі відсутні	<b>2</b>	3-4
<b>3. Порушення мовлення</b>		
Відсутні	<b>0</b>	0
Від легких до помірних (або моторна, або сенсорна афазія)	<b>1</b>	1
Тяжкі, тотальна афазія, або повна німота	<b>2</b>	2-3
<b>4. Поворот (девіація) очних яблук (парез погляду)</b>		
Відсутній	<b>0</b>	0
Частковий	<b>1</b>	1
Насильницький поворот очних яблук	<b>2</b>	2
<b>5. Ігнорування /Неглект</b>		
Відсутній	<b>0</b>	0
Ігнорування подразників з одного боку при білатеральній стимуляції	<b>1</b>	1



(тільки для однієї сенсорної модальності).		
Не впізнає свою руку або сприймає лише одну половину свого тіла	2	2
<b>Сума балів за шкалою FAST-ED</b>		

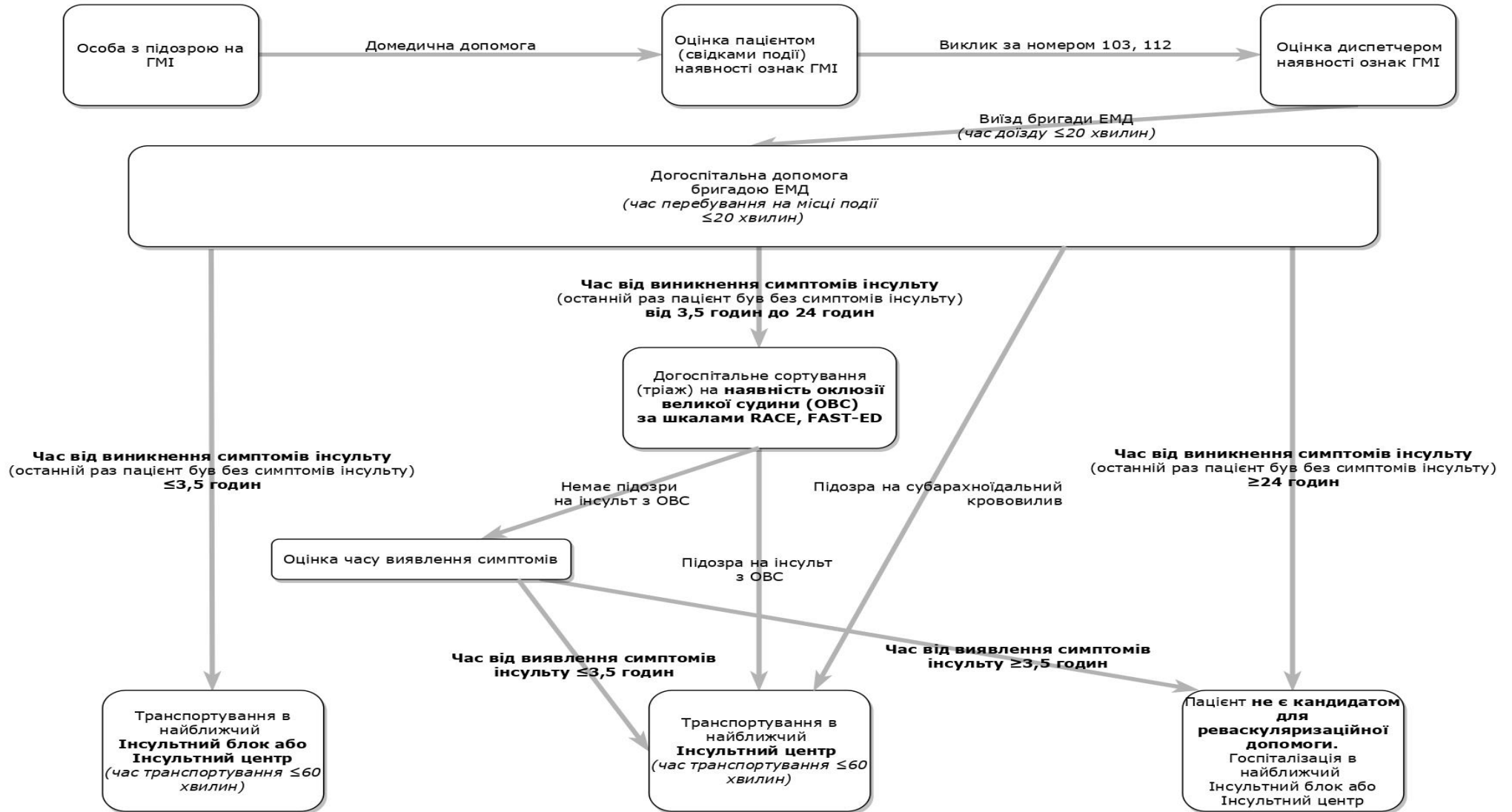
**Якщо сума балів за шкалою FAST-ED  $\geq 4$  балів, у пацієнта ймовірний ГМІ, обумовлений ОВС**

Примітка: Lima FO, Silva GS, Furie KL, Frankel MR, Lev MH, Camargo EC, Haussen DC, Singhal AB, Koroshetz WJ, Smith WS, Nogueira RG. Field Assessment Stroke Triage for Emergency Destination: A Simple and Accurate Prehospital Scale to Detect Large Vessel Occlusion Strokes. Stroke. 2016 Aug;47(8):1997-2002. doi: 10.1161/STROKEAHA.116.013301.

---

Додаток 4  
до Стандарту медичної допомоги  
«Ішемічний інсульт»  
(підпункт 3 пункту 3 розділу II)

**Схема догоспітального медичного сортування (тріажу) пацієнтів з підозрою на ГМІ**



Додаток 5  
до Стандарту медичної допомоги  
«Ішемічний інсульт»  
(підпункт 3 пункту 3 розділу II)

**Шкала коми Глазго (Glasgow Coma Scale - GCS)**

Активність		Оцінка	
<b>Відкривання очей (E)</b>			
Відсутнє	Навіть при натисканні на верхній край орбіти	1	__
У відповідь на біль	Біль при натисканні на грудину, кінцівку, верхній край орбіти	2	
У відповідь на мову	Неспецифічна відповідь, не обов'язково на інструкцію	3	
Спонтанне	Очі відкриті, але пацієнт не обов'язково в свідомості	4	
<b>Рухова відповідь (M)*</b>			
Відсутня	На будь-який біль; кінцівки залишаються атонічними	1	__
Розгинальна відповідь	Приведення плеча, внутрішня ротація плеча та передпліччя	2	
Згинальна відповідь	Реакція відсмикування або припущення про геміплегічну позу	3	
Відсмикування	Відсмикування руки як спроба уникнути больового подразнення, відведення плеча	4	
Локалізація болю	Рух рукою, спрямований на усунення тиснення на грудину або верхній край орбіти	5	
Виконання інструкцій	Виконання простих інструкцій	6	
<b>Мовна відповідь (V)**</b>			
Відсутня	Відсутність будь-якої вербалізації	1	__
Нечленороздільна відповідь	Стогін, нечленороздільні звуки	2	
Недоречна відповідь	Відповідь зрозуміла, але недоречна, відсутність зв'язаних речень	3	
Сплутаність мови	Підтримує розмову, однак відповідь сплутана, дезорієнтована	4	
Орієнтована відповідь	Підтримує розмову, адекватна відповідь	5	
Всього (3-15):			__

Запис результату оцінювання: Загальна кількість балів (E=, M=, V=)

Примітка:

- \* Слід мати на увазі, що реалізації рухових реакцій може заважати наявність плегії або парезу з однієї чи обох сторін.
- \*\*При відсутності мовлення, «мовній нісенітниці» або невиконанні інструкцій при явно достатньому рівні притомності, слід мати на увазі можливість афатичних порушень.

Teasdale G, Jennett B. Assessment of coma and impaired consciousness. A practical scale. Lancet. 1974 Jul 13;2(7872):81-4. doi: 10.1016/s0140-6736(74)91639-0.

---

### **Шкала Alert, Voice, Pain, Unresponsive (AVPU)**

Шкала AVPU допомагає визначити реакцію пацієнта, що вказує його рівень притомності. Це спрощений варіант Шкали коми Глазго. Реакція пацієнта оцінюється за чотирма пунктами.

**Alert** – Притомний. Пацієнт повністю притомний (хоча може бути дезорієнтованим). Спонтанно відкриває очі, реагує на голос (хоча може бути розгубленим), має моторні функції.

У протоколах екстреної допомоги цей пункт іноді розподіляється на шкалу 1, 2, 3, 4, що відповідає таким критеріям як час, особа, місце та подія. Повністю притомна людина буде вважатися «притомною та зорієнтованою x4», якщо зможе правильно визначити час, своє ім'я, місцезнаходження та подію.

**Voice** – Голос. Пацієнт певним чином реагує, якщо до нього говорити. Реакція може бути виконана очима, голосом або рухом – наприклад, пацієнт відкриє очі на запитання «З тобою все в порядку?». Ця реакція може виражатися бурмотінням, стогоном або легким рухом кінцівки, викликаним голосом лікаря.

**Pain** – Біль. Пацієнт реагує на больові стимули. Пацієнт з певним рівнем притомності (повністю притомному пацієнту больові стимули не потрібні) може зреагувати, використовуючи голос, рухаючи очима або тілом. Для перевірки може використовуватися центральний больовий стимул: потерти кісточками пальців по грудині пацієнта.

**Unresponsive** – Не реагує, іноді розшифровується як «Непритомний». Пацієнт не показує реакції на голос або біль.

Цю шкалу не слід використовувати для довготривалого неврологічного спостереження – у цьому випадку більш доцільна Шкала коми Глазго.

Шкала AVPU переводиться у шкалу коми Глазго:

A – притомний – 15

V – реакція на голос – 12

P – реакція на біль – 8

U – не реагує – 3.

### **Шкала коми Full Outline UnResponsiveness (FOUR)**

#### 1. Реакції очей (E)

- 4 = Очі відкриті, стеження та/або миготіння за командою
- 3 = Очі відкриті, але немає стеження
- 2 = Очі закриті, відкриваються на гучний звук, але стеження немає
- 1 = Очі закриті, відкриваються на біль, але стеження немає
- 0 = Очі залишаються закритими у відповідь на біль

#### 2. Рухові реакції (M)

- 4 = Виконує інструкції (знак відмінно, кулак, знак миру)
- 3 = Локалізує біль
- 2 = Згинальна відповідь на біль
- 1 = Розгинальна відповідь на біль
- 0 = Немає відповіді на біль або генералізований міоклонічний епістатус

#### 3. Стовбурові рефлекси (V)

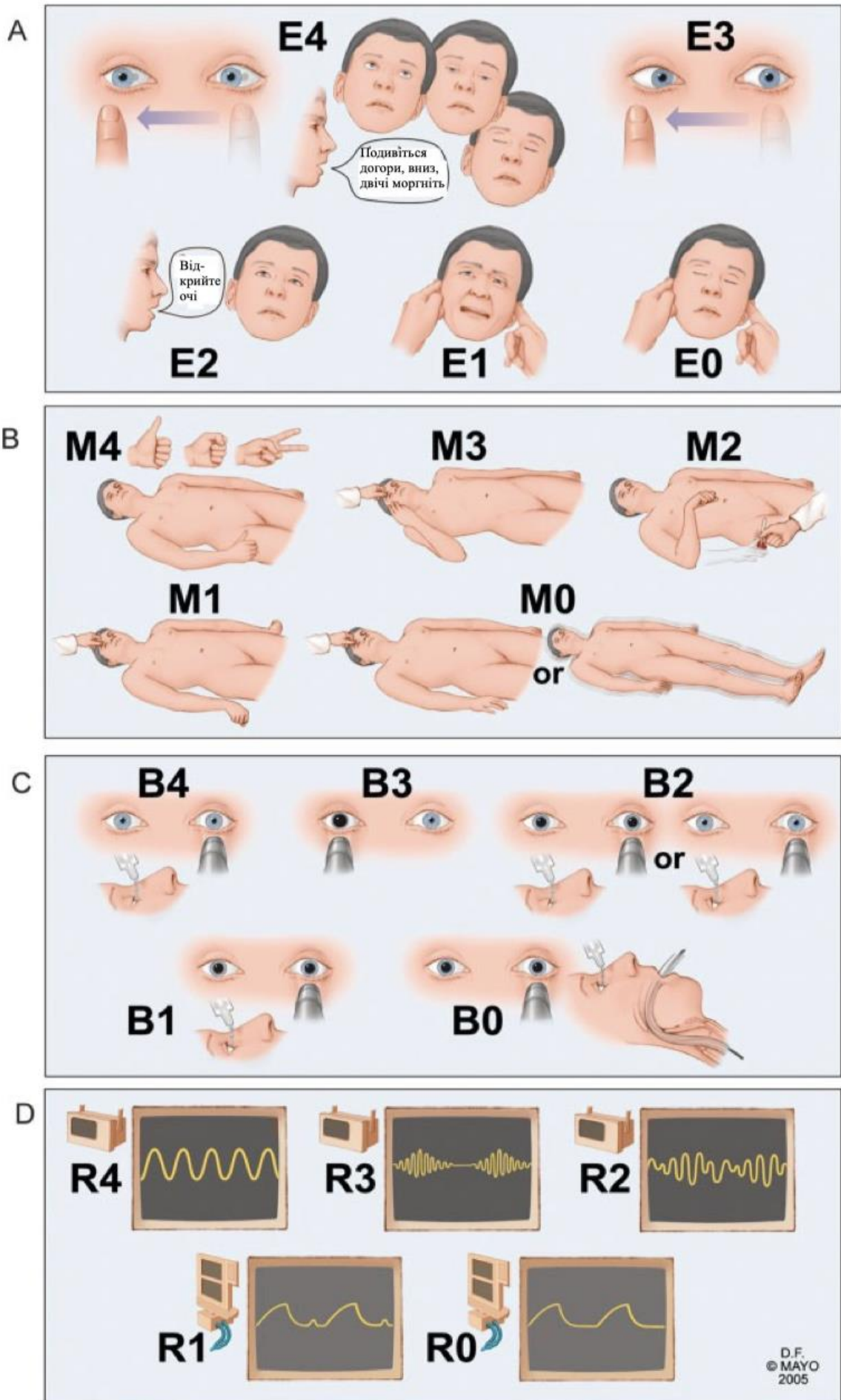
- 4 = Зіничний і корнеальний рефлекси збережені
- 3 = Одна зіниця розширена і не реагує на світло
- 2 = Відсутні зіничний або рогівковий рефлекси
- 1 = Відсутні зіничний і рогівковий рефлекси
- 0 = Відсутні зіничний, рогівковий і кашльовий рефлекси

#### 4. Дихальний патерн (R)

- 4 = Не інтубований, звичайне регулярне дихання
- 3 = Не інтубований, дихання Чейн-Стокса
- 2 = Не інтубований, нерегулярне дихання (2 бали)
- 1 = Чинить опір апарату ШВЛ
- 0 = Повністю синхронний з апаратом ШВЛ або апное

Запис результату оцінювання:

Загальна кількість балів (E=, M=, V=, R=)



Додаток 8  
до Стандарту медичної допомоги  
«Ішемічний інсульт»  
(підпункт 2 пункту 3 розділу III)

**Шкала тяжкості інсульту з вказівками  
Національних інститутів здоров'я США (National Institutes of Health Stroke Scale - NIHSS)**

**ВКАЗІВКИ**

Оцінюйте всі розділи шкали інсульту в поданому порядку і відразу записуйте оцінку в кожному розділі.  
Не повертайтеся до попередніх розділів і не змінюйте оцінок.  
Дотримуйтесь вказівок щодо кожного огляду. Оцінки мають відображати те, що пацієнт насправді зробив, а не те, що він може зробити на думку дослідника.  
Реєструйте відповіді та бали під час огляду та працюйте швидко.  
Не тренуйте пацієнта, щоб отримати виконання тієї чи іншої інструкцією, якщо це не передбачено окремо.



**ОЦІНЮВАННЯ****1А. РІВЕНЬ СВІДОМОСТІ**

Якщо такі фізичні перешкоди, як інтубація трахеї, мовний бар'єр, пошкодження/пов'язка на обличчі чи трахеї унеможливають повне оцінювання, оцінюйте на власний розсуд. Оцінку «3» слід обирати тільки у випадку, коли пацієнт не реагує рухами (крім рефлекторних) на больові подразники.

Шкала: її визначення

**0: Притомний;** реагує швидко.

**1: Оглушення, сонливий;** але можливо опритомнити легкими подразниками, і тоді виконує інструкції, відповідає, реагує.

**2: Оглушення, сонливий;** реагує повільно, потребує повторної стимуляції для виконання інструкцій; або знижений рівень свідомості і потрібні сильні чи больові подразники, щоб викликати рухи (не шаблонні).

**3: Непритомний (кома);** реагує тільки рефлекторними моторними або вегетативними відповідями або зовсім не реагує, має низький тонус м'язів, рефлекси відсутні.

**ОЦІНКА:** \_\_\_\_\_

**1Б. РІВЕНЬ СВІДОМОСТІ: ЗАПИТАННЯ**

Запитайте пацієнта, який зараз місяць та скільки йому років. Відповідь має бути точною – не давайте частину балів за приблизну відповідь. Пацієнти з афазією або значним порушенням свідомості, які не розуміють запитання, отримують оцінку «2». Пацієнти, які не можуть говорити через інтубацію трахеї, пошкодження/пов'язку на обличчі чи трахеї, тяжку дизартрію (з будь-якої причини), мовний бар'єр чи іншу проблему, яка не спричинена афазією, отримують «1». Важливо оцінювати тільки першу відповідь і не допомагати пацієнту будь-якими словами чи діями.

Шкала: її визначення

**0: Правильно відповів** на обидва запитання.

**1: Правильно відповів** на одне запитання.

**2: Не дав жодної правильної відповіді.**

**ОЦІНКА:** \_\_\_\_\_

### **1В. РІВЕНЬ СВІДОМОСТІ: ІНСТРУКЦІЇ**

Попросіть пацієнта розплющити й заплющити очі та стиснути в кулак і розігнути пальці менш ураженої руки. Якщо пальці використати неможливо, змініть виконання цієї інструкції на іншу, що передбачає одноетапну дію. Якщо пацієнт намагається виконати завдання, але дія не завершена внаслідок м'язової слабкості, результат зараховується. Якщо пацієнт не розуміє словесну інструкцію, покажіть завдання (мовою жестів) і оцініть відповідь (не виконав жодної, виконав обидві чи одну з інструкцій). Пацієнту з фізичними ушкодженнями, ампутацією руки чи іншими вадами надайте іншу інструкцію, що також передбачає одноетапну дію. Оцінюйте тільки першу спробу.

Шкала: її визначення

**0:** Правильно **виконав** обидві інструкції.

**1:** Правильно **виконав** одну інструкцію.

**2:** **Не виконав** жодної з інструкцій.

**ОЦІНКА:** \_\_\_\_\_

## 2. РУХИ ОЧНИХ ЯБЛУК

Досліджуються лише горизонтальні рухи очних яблук. Оцінюйте довільні або рефлекторні (окулоцефалічний рефлекс) рухи очей, без калоричних проб. Якщо очні яблука пацієнта парно відхилені вбік, але при довільних чи рефлекторних рухах їх положення змінюється, оцінка «1». Якщо у пацієнта є ізольоване периферичне ураження одного з черепних нервів, які забезпечують рухи очного яблука (III, IV чи VI), оцінка «1». Оцінюйте рухи очей в усіх пацієнтів з афазією. У пацієнтів з травмами ока, пов'язками, сліпотою та іншими порушеннями гостроти чи полів зору слід перевірити рефлекторні рухи – вибір залишається за клініцистом. Інколи рухи в один і в другий бік від пацієнта зі збереженням контакту між очима дозволяють виявити частковий параліч погляду.

Шкала: її визначення

**0: Норма.**

**1: Частковий парез погляду;** рухи одного чи обох очей порушені але немає тонічного відведення очей чи повного паралічу погляду.

**2: Тонічне відведення очей або повний параліч погляду;** які зберігаються під час перевірки окулоцефалічного рефлексу.

**ОЦІНКА:** \_\_\_\_\_

## 3. ПОЛЯ ЗОРУ

Оцінюйте верхні та нижні квадранти полів зору за допомогою конфронтаційної проби (підрахунок пальців або, якщо це неможливо, погрожуючі рухи в бік ока). Можете заохочувати пацієнта, але якщо пацієнт дивиться в бік пальців, що рухаються, оцініть це як норму. Якщо одне око сліпе чи видалене, оцінюйте поля зору іншого ока. Оцінка «1» ставиться тільки у разі чіткої асиметрії полів зору, включаючи квадрантанопсію. Якщо пацієнт сліпий (з будь якої причини), оцінка «3». Відразу зробіть одночасну подвійну стимуляцію. Якщо є вибірковий брак уваги, нарахуйте хворому 1 бал і врахуйте це в розділі 11.

Шкала: її визначення

**0: Поля зору збережені.**

**1: Часткова геміанопсія.**

**2: Повна геміанопсія.**

**3: Двобічна геміанопсія (сліпота, включаючи кіркову сліпоту)**

**ОЦІНКА:** \_\_\_\_\_

#### **4. ПОРУШЕННЯ ФУНКЦІЇ ЛИЦЬОВОГО НЕРВУ**

Попросіть (або заохотьте жестами), щоб пацієнт показав зуби, підняв брови та міцно заплющив очі. У пацієнтів з порушеною свідомістю або тих, хто не розуміє мови, оцінюйте симетричність гримас та реакцію на больові подразники. Якщо обличчя не видно (через травму обличчя, пов'язку, інтубацію трахеї або інші причини), усуньте усі перешкоди, наскільки це можливо.

Шкала: її визначення

**0: Нормальна** симетрична міміка.

**1: Легкий парез** (згладженість носогубної складки, асиметрична посмішка).

**2: Помірний парез** (повний чи майже повний параліч мімічних м'язів нижньої частини обличчя – центральний тип).

**3: Повний одно- чи двобічний параліч** мімічної мускулатури (відсутність рухів мімічних м'язів верхньої та нижньої частин обличчя – периферичний тип)

**ОЦІНКА:** \_\_\_\_\_

### 5. СЛАБКІСТЬ М'ЯЗІВ РУКИ

Оцінюйте кожну руку по черзі, починаючи з непаретичної. Надайте руці пацієнта початкове положення: випростайте руку пацієнта (долонею донизу) під кутом 90 градусів до тіла (якщо пацієнт сидить) або 45 градусів до тіла (якщо пацієнт лежить) – і попросіть щоб він так її утримував. Опускання руки (рух руки донизу) оцінюється в перші 10 секунд виконання завдання. При афазії можна допомогти пацієнту голосом та жестами, але не больовими подразниками. Тільки у випадках ампутації чи анкілозу плечового суглоба зазначте, що цей розділ неможливо оцінити (Н/О), і надайте чітке письмове пояснення.

Шкала: її визначення

**0: Опускання немає;** рука утримується у початковому положенні під кутом 90 градусів (або 45 градусів) впродовж 10 секунд.

**1: Опускання;** рука спочатку утримується у початковому положенні (90 градусів або 45 градусів), але починає рухатися донизу впродовж перших 10 секунд, не торкаючись ліжка або іншої опори.

**2: Окремі спроби подолати силу тяжіння;** пацієнт не може самостійно поставити руку у початкове положення або утримувати її в цьому положенні, і рука опускається на ліжку, але є певні зусилля проти сили тяжіння.

**3: Немає спроб подолати силу тяжіння;** рука одразу падає.

**4: Відсутні будь-які рухи.**

**Неможливо Оцінити (Н/О)** – поясніть: ампутація, анкілоз суглобу, інше \_\_\_\_\_

**ОЦІНКА:**

**5а:** ліва рука \_\_\_\_\_ **5б:** права рука \_\_\_\_\_

**6. СЛАБКІСТЬ М'ЯЗІВ НОГИ**

Оцінюйте кожну ногу по черзі, починаючи з непаретичної. Надайте нозі пацієнта початкове положення: підніміть ногу пацієнта (завжди у положенні горілиць) під кутом 30 градусів до горизонтальної поверхні – і попросіть, щоб він її так утримував. Опускання ноги (рух ноги донизу) оцінюється в перші 5 секунд. При афазії можна допомогти пацієнту голосом та жестами, але не больовими подразниками. Тільки у випадках ампутації чи анкілозу кульшового суглоба зазначте, що цей розділ неможливо оцінити (Н/О), і надайте чітке письмове пояснення.

Шкала: її визначення

**0: Опускання немає;** нога утримується під кутом 30 градусів впродовж 5 секунд.

**1: Опускання;** нога починає рухатись донизу впродовж перших 5 секунд, але не торкається ліжка.

**2: Окремі спроби подолати силу тяжіння;** нога падає на ліжко протягом перших 5 секунд, але з певними зусиллями проти сили тяжіння.

**3: Немає спроб подолати силу тяжіння;** нога одразу падає на ліжко.

**4: Відсутні будь-які рухи.**

**Неможливо Оцінити (Н/О)** – поясніть: ампутація, анкілоз суглобу, інше \_\_\_\_\_

**ОЦІНКА:**

**6а:** ліва нога \_\_\_\_\_ **6б:** права нога \_\_\_\_\_

**7. АТАКСІЯ У КІНЦІВКАХ**

В цьому розділі виявляють ознаки однобічного ураження мозочку. Попросіть пацієнта не заплющувати очі під час огляду. У разі порушень полів зору проводьте пробу у збереженому полі зору. Виконуйте проби «палець-ніс-палець» та «п'ята-коліно» з обох боків; нараховуйте бали за атаксію лише тоді, коли прояви атаксії перевищують прояви парезу. Якщо пацієнт не розуміє інструкції або є паралізованим, атаксія відсутня (оцінка 0). Тільки у випадках ампутації чи анкілозу кульшового суглобу зазначте, що цей розділ неможливо оцінити (Н/О), і запишіть чітко пояснення. У випадку сліпоти перевірте можливість виконання пальце-носової проби з повністю витягнутої руки.

Шкала: її визначення

**0: Немає.**

**1: Є в одній кінцівці.**

**2: Є у двох кінцівках.**

**Неможливо Оцінити (Н/О)** – поясніть: ампутація, анкілоз суглобу, інше \_\_\_\_\_

**ОЦІНКА:** \_\_\_\_\_

## 8. ЧУТЛИВІСТЬ

Оцінюйте чутливість або гримаси пацієнта під час уколів одноразовою голкою чи відсмокування від больових подразників (у разі значного порушення свідомості чи афазії). Враховуйте тільки втрати чутливості, які пов'язані з інсультом. Перевіряйте пильно в різних ділянках тіла (руки, але не кисті, ноги, тулуб, обличчя), щоб надійно виключити гемігіпестезію. Оцінку 2 виставляйте тільки тоді, коли немає сумнівів, що у пацієнта є дуже значна або повна втрата чутливості. Пацієнту з порушенням свідомості або з афазією поставте оцінку 1 або 0. Пацієнту зі стовбуровим інсультом та двобічною втратою чутливості поставте оцінку 2. Якщо пацієнт не відповідає і має тетраплегію, поставте оцінку 2. Пацієнту в комі (оцінка 3 в розділі 1A) в цьому розділі відразу поставте оцінку 2.

Шкала: її визначення

**0: Норма;** втрати чутливості немає.

**1: Легка чи помірна втрата чутливості;** на ураженому боці пацієнт відчуває дотик як менш гострий чи тупий; або пацієнт не відчуває болю, але відчуває, коли до нього доторкуються.

**2: Тяжка або повна втрата чутливості;** пацієнт не відчуває дотиків на обличчі, руці та нозі.

**ОЦІНКА:** \_\_\_\_\_



## 9. МОВЛЕННЯ

Багато відомостей щодо розуміння мовлення вже отримано під час попередніх оглядів. Попросіть пацієнта описати події, що зображені на сюжетному малюнку 1, назвати зображені предмети на малюнку 2 та прочитати запропоновані речення. Оцінюйте розуміння мовлення на підставі отриманих відповідей під час цього тесту, а також виконання інструкцій під час попереднього загального неврологічного огляду. Якщо розлади зору заважають огляду, попросіть пацієнта назвати речі, які вкладають йому у руку, повторити сказане вами, щось розповісти самостійно. У разі інтубації трахеї попросіть пацієнта щось написати. Пацієнт в комі (оцінка «3» в розділі 1A) в цьому розділі відразу отримує оцінку 3. Якщо у пацієнта порушена свідомість або пацієнт не може співпрацювати, оцініть пацієнта на власний розсуд, але 3 бали виставляйте тільки тоді, коли пацієнт є німим і не виконує жодної одноетапної інструкції.

Шкала: її визначення

**0: Афазії немає;** норма.

**1: Легка чи помірна афазія;** є деякі чіткі ознаки втрати плавності або розуміння мови, але без значних обмежень у висловлюванні думок. Порушення мовлення та/або розуміння мовлення ускладнюють або унеможливають розмову про те, що намальовано. Однак ви можете зрозуміти з відповідей пацієнта, що зображено на малюнку, і назви зображених предметів.

**2: Тяжка афазія;** спілкування обмежується уламками фраз. Необхідно здогадуватись, що пацієнт має на увазі, та/або перепитувати. Обсяг інформації, якою можливо обмінятися, дуже обмежений; тягар спілкування лежить на слухачеві. З відповідей пацієнта ви не можете зрозуміти, що зображено на малюнку і назви зображених предметів.

**3: Німота, повна афазія;** немає ані змістовного мовлення, ані розуміння мовлення.

**ОЦІНКА:** \_\_\_\_\_

**10. ДИЗАРТРИЯ**

Не пояснюйте пацієнту, чому саме ви його оцінюєте. У випадку відсутності значних порушень оцініть вимову пацієнта, попросивши його прочитати та повторити слова на долученій сторінці. Якщо у пацієнта наявна тяжка афазія, оцініть чіткість вимови та довільного мовлення. Тільки у разі інтубації або інших фізичних перешкод для мовлення, зазначте, що цей розділ неможливо оцінити (Н/О), і надайте чітке письмове пояснення.

Шкала: її визначення

**0: Норма.**

**1: Легка чи помірна дизартрія;** пацієнт «змазує» деякі слова, й іноді буває складно його зрозуміти.

**2: Тяжка дизартрія;** вимова настільки «змазана», що пацієнта неможливо зрозуміти (афазії немає або її ступінь значно поступається ступеню дизартрії), або пацієнт зовсім не говорить (німота або анартрія).

**Неможливо Оцінити (Н/О)** – поясніть: інтубація, фізична перешкода, інше \_\_\_\_\_

**ОЦІНКА:** \_\_\_\_\_

**11. ВИКЛЮЧЕННЯ АБО БРАК УВАГИ (інші можливі назви синдрому ГЕМІГНОРУВАННЯ, НЕГЛЕКТ)**

Під час оцінки попередніх розділів ви могли отримати достатньо інформації щодо неглекту та браку уваги. Якщо одночасна подвійна стимуляція неможлива через значні порушення полів зору (геміанопсію), а чутливість шкіри збережена, оберіть оцінку «0». Якщо пацієнт з афазією звертає увагу на подразники з обох боків, оцінка «0». Якщо є брак зорової уваги до частини простору або анозогнозія, це підтверджує порушення. Оскільки ці порушення оцінюються лише коли вони є, цей розділ ніколи не буває таким, який неможливо оцінити.

Шкала: її визначення

**0: Порушень немає.**

**1: Брак уваги до зорових, дотикових, слухових, просторових чи тілесних подразників, або виключення (вибіркове сприйняття) подразників однієї сенсорної модальності з одного боку при одночасному нанесенні подразників з обох боків.**

**2: тяжкий брак уваги або виключення (вибіркове сприйняття) подразників більш ніж однієї модальності; пацієнт не впізнає власну руку або орієнтується в просторі лише з одного боку.**

**ОЦІНКА:** \_\_\_\_\_

**Додатки**  
**Малюнок 1 (оцінювання п.9. МОВЛЕННЯ)**



**Словосполучення до оцінювання афазії**  
**(до п.9. МОВЛЕННЯ)**

Ти знаєш як.  
 Вниз до землі.  
 Я повернувся додому з роботи.  
 Поблизу столу у вітальні.  
 Вони чули його виступ по радіо минулого вечора.

**Слова для оцінки дизартрії (до п.10. ДИЗАРТРИЯ)**

МАМА  
 ТІК-ТАК  
 ВРЕШТІ-РЕШТ  
 СКЛИКАННЯ  
 СТУДЕНТСЬКИЙ  
 ФУТБОЛІСТ

<b>Загальна оцінка NIHSS</b>	
<b>Розділ</b>	<b>Кількість балів</b>
<b>1А</b>	
<b>1Б</b>	
<b>1В</b>	
<b>2</b>	
<b>3</b>	
<b>4</b>	
<b>5</b>	
<b>6</b>	
<b>7</b>	
<b>8</b>	
<b>9</b>	
<b>10</b>	
<b>11</b>	
<b>Всього</b>	

Примітка: Brott T, Adams HP Jr, Olinger CP, Marler JR, Barsan WG, Biller J, Spilker J, Holleran R, Eberle R, Hertzberg V, et al. Measurements of acute cerebral infarction: a clinical examination scale. Stroke. 1989 Jul;20(7):864-70. doi: 10.1161/01.str.20.7.864. [www.stroke.nih.gov](http://www.stroke.nih.gov) (accessed 27 Feb 2024)

---

Додаток 9  
до Стандарту медичної допомоги  
«Ішемічний інсульт»  
(підпункт 2 пункту 3 розділу III)

**Модифікована шкала Ренкіна  
(Modified Rankin Scale - mRS)**

Оцінка	Описання
0	Відсутність симптомів
1	Відсутність суттєвої функціональної неспроможності, незважаючи на наявність симптомів, здатність до виконання повсякденних обов'язків і буденної активності
2	Легке порушення функціональної спроможності; нездатність до минулої активності, але збережена здатність до обслуговування власних потреб без сторонньої допомоги
3	Помірне порушення функціональної спроможності, необхідність деякої сторонньої допомоги, збережена здатність ходити без сторонньої допомоги
4	Помірно-тяжке порушення функціональної спроможності; нездатність ходити без сторонньої допомоги і самостійно задовольняти фізіологічні потреби
5	Важка функціональна неспроможність; "прикутість" до ліжка, нетримання сечі та калу; потреба в постійному нагляді та увазі
6	Смерть

Примітка: van Swieten JC, Koudstaal PJ, Visser MC, Schouten HJ, van Gijn J. Interobserver agreement for the assessment of handicap in stroke patients. Stroke. 1988 May;19(5):604-7. doi: 10.1161/01.str.19.5.604.

---

**Інструмент для оцінювання ступеню ішемічного ураження головного мозку**  
**Alberta stroke program early CT score (ASPECTS)**  
**(Рання оцінка КТ інсультної програми Альберти )**

Кількісна 10-бальна оцінка КТ, яка використовується для пацієнтів з ішемічним інсультом в басейні середньої мозкової артерії (СМА).

Оцінюється поява «ранніх ішемічних змін», таких як локальний набряк та/або гіподенсивний сигнал в 10 ділянках кровопостачання СМА, у порівнянні зі стороною, яка не має «гострого» ішемічного ураження.

За кожен ділянку з наявністю «ранніх ішемічних змін» віднімається 1 бал.

10 балів свідчить про відсутність «ранніх ішемічних змін».

0 балів свідчить про тотальне ішемічне ураження головного мозку в ділянці кровопостачання СМА

Оцінка проводиться на 2х рівнях аксіальних зрізів КТ:

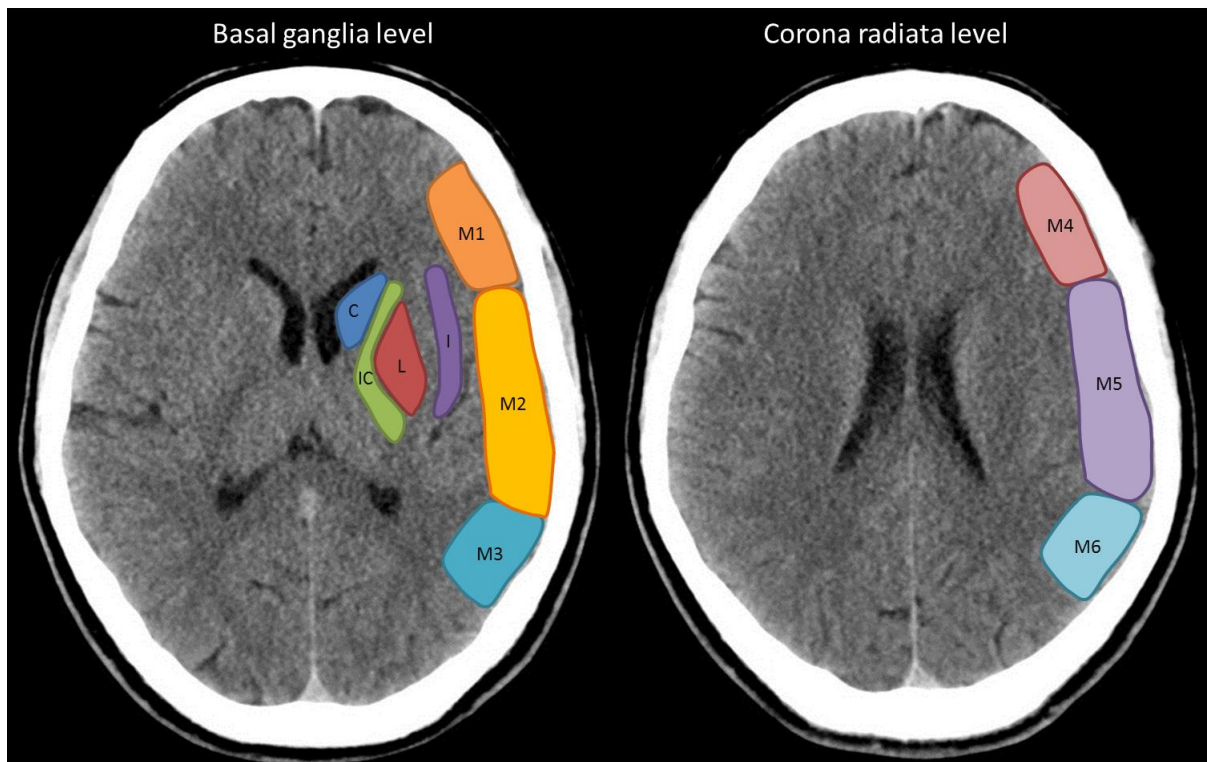
I. На рівні базальних гангліїв і таламуса оцінюється 7 ділянок:

1. Голівка хвостатого ядра (C-caudate nucleus)
2. Сечовицеподібне ядро (L-lentiform nucleus)
3. Внутрішня капсула (IC-internal capsule)
4. Кора острівця (I-insula)
5. M1 – передня ділянка кори, яка кровопостачається СМА та відповідає оперкулярній ділянці
6. M2 – ділянка кори кровопостачання СМА, яка знаходиться латеральніше кори острівця та відповідає передній скроневій долі
7. M3 – задня ділянка кори, яка кровопостачається СМА та відповідає задній скроневій долі

II. На рівні бокових шлуночків відразу над рівнем базальних гангліїв:

8. M4 – передня ділянка кори, яка кровопостачається СМА, відразу над ділянкою M1
9. M5 – латеральна ділянка кори, яка кровопостачається СМА, відразу над ділянкою M2
10. M6 – задня ділянка кори, яка кровопостачається СМА, відразу над ділянкою M3

## MCA Alberta stroke program early CT score (ASPECTS)



C: Caudate; IC: internal capsule; L: lentiform nucleus; I: Insular Cortex.



Примітки: Alwalid O, MCA - Alberta stroke program early CT score (ASPECTS) illustration. Case study, Radiopaedia.org (Accessed on 13 Aug 2023) <https://doi.org/10.53347/rID-72706>

Sair H, Rochon M, Knipe H, et al. Alberta stroke programme early CT score (ASPECTS). Reference article, Radiopaedia.org (Accessed on 13 Aug 2023) <https://doi.org/10.53347/rID-4936>

Barber, P. A., Demchuk, A. M., Zhang, J., & Buchan, A. M. (2000). Validity and reliability of a quantitative computed tomography score in predicting outcome of hyperacute stroke before thrombolytic therapy. *The Lancet*, 355(9216), 1670–1674. doi:10.1016/s0140-6736(00)02237-6



Додаток 11  
до Стандарту медичної допомоги  
«Ішемічний інсульт»  
(підпункт 10 пункту 3 розділу III)

**Інструмент для оцінювання ступеню ішемічного ураження головного мозку**

**Posterior circulation - Acute stroke prognosis early CT score (pc-ASPECTS)  
(Рання оцінка КТ для прогнозу гострого інсульту задньої циркуляції)**

Кількісна 10-бальна оцінка КТ, яка використовується для пацієнтів з ішемічним інсультом задньої циркуляції.

За кожен ділянку з наявністю «ранніх ішемічних змін» на неконтрастному КТ або з наявністю гіподенсивного сигналу на «сирих» знімках КТ-ангіографії в правому або лівому таламусі, правій або лівій півкулі мозочку, або басейні правої або лівої задньої мозкової артерії (ЗМА) віднімається 1 бал.

За кожен ділянку мосту або середнього мозку з наявністю «ранніх ішемічних змін» на неконтрастному КТ або з наявністю гіподенсивного сигналу на «сирих» знімках КТ-ангіографії віднімається 2 бали.

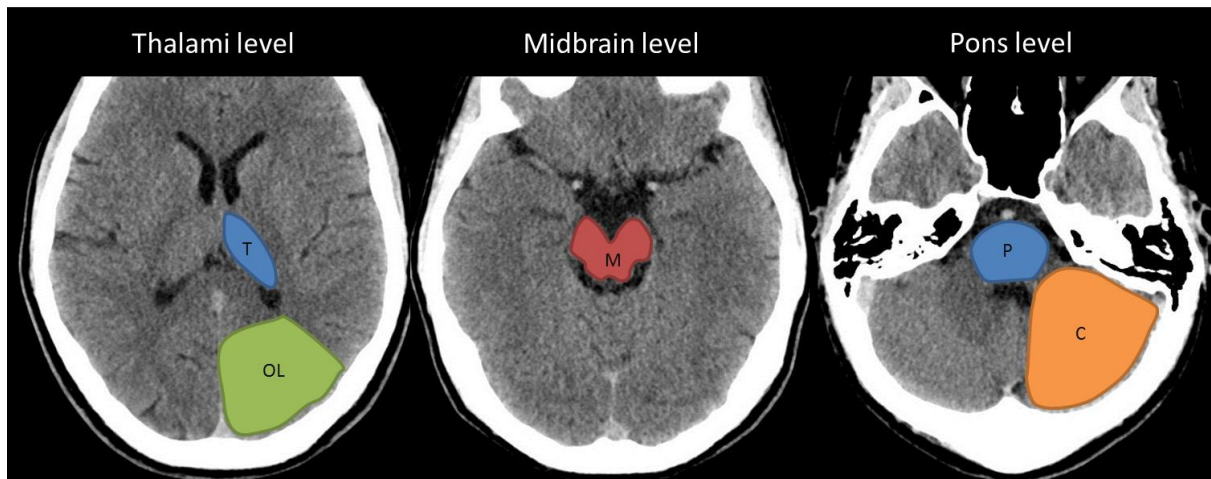
10 балів за pc-ASPECTS свідчить про відсутність видимої ішемії задньої циркуляції головного мозку.

0 балів за pc-ASPECTS свідчить про тотальне ураження головного мозку внаслідок ішемічного інсульту задньої циркуляції.

Ділянки ураження:

1. Таламус (T-thalamus) (1 бал кожен)
2. Потиличні долі (OL-occipital lobe) (1 бал кожна)
3. Середній мозок (M-midbrain) (2 бали)
4. Міст (P-pons) (2 бали)
5. Півкулі мозочку (C-cerebellar hemisphere) (1 бал кожна)

### Posterior circulation Acute stroke prognosis early CT score (pc-ASPECTS)



T: thalamus; OL: occipital lobe; M: any part of the midbrain; P: any part of the pons;  
C: cerebellar hemisphere.



Примітки: Alwalid O, Posterior circulation - Acute stroke prognosis early CT score (pc-ASPECTS) illustration. Case study, Radiopaedia.org (Accessed on 13 Aug 2023) <https://doi.org/10.53347/rID-72707>

Puetz V, Sylaja PN, Coutts SB, Hill MD, Dzialowski I, Mueller P, Becker U, Urban G, O'Reilly C, Barber PA, Sharma P, Goyal M, Gahn G, von Kummer R, Demchuk AM. Extent of hypoattenuation on CT angiography source images predicts functional outcome in patients with basilar artery occlusion. (2008) *Stroke*. 39 (9): 2485-90. doi:10.1161/STROKEAHA.107.511162

Sair H, Rochon M, Knipe H, et al. Alberta stroke programme early CT score (ASPECTS). Reference article, Radiopaedia.org (Accessed on 13 Aug 2023) <https://doi.org/10.53347/rID-4936>

Додаток 12  
до Стандарту медичної допомоги  
«Ішемічний інсульт»  
(підпункт 1 пункту 3 розділу IV)

**Часові «вікна» для вТЛТ та ЕВТ при гострому ішемічному інсульті**

<b>Доступні методи лікування</b>	<b>Час від виникнення симптомів інсульту</b>	<b>Група пацієнтів</b>	<b>Обов'язкова нейровізуалізація для прийняття рішення</b>
<b>вТЛТ</b>	<b>0–4,5 год</b>	Всі пацієнти з ознаками інвалідизуючого ГМІ	МСКТ+МСКТ-ангіографія судин голови або МРТ+МР-ангіографія судин голови
	<b>Інсульт при пробудженні з часом від виявлення симптомів ГМІ до 4,5 годин</b>	Відібрані пацієнти з ознаками гострого інвалідизуючого інсульту	МРТ+МР-ангіографія судин голови
<b>ЕВТ</b>	<b>0–6 год</b>	Всі пацієнти з ознаками інвалідизуючого ГМІ з ОВС	МСКТ+МСКТ-ангіографія судин голови або МРТ+МР-ангіографія судин голови
	<b>6–24 год</b>	Всі пацієнти з ознаками інвалідизуючого ГМІ з ОВС	МСКТ+МСКТ-ангіографія судин голови+МСКТ-перфузія головного мозку або МСКТ+мультифазна МСКТ-ангіографія судин голови або МРТ+МР-ангіографія судин голови + МР-перфузія головного мозку

## **Показання та протипоказання для проведення вТЛТ**

### **Показання:**

1. Гострий ішемічний інсульт.
2. Інсульт потенційно інвалідизуючий (наявні суттєві порушення моторних, сенсорних чи мовних функцій), його тяжкість зазвичай, але не завжди, оцінюється за NIHSS >4 балів.
3. Ризики та користь вТЛТ враховують обмеження життєдіяльності пацієнта до ГМІ (бал за мШР).
4. Очікувана тривалість життя 3 місяці або більше.
5. Вік  $\geq 18$  років.
  - 5.1. Стосовно підлітків рішення про проведення вТЛТ має ґрунтуватися на клінічному рішенні; наявних симптомах; віці пацієнта; та, якщо можливо, при консультації з дитячим спеціалістом з інсульту.
6. Час, коли пацієнта востаннє бачили без ознак ГМІ або час появи проявів ГМІ становить  $\leq 4,5$  год.
  - 6.1. У пацієнтів з часом виникнення симптомів >4,5 год рішення про проведення вТЛТ ухвалюється індивідуально з урахуванням потенційної користі та ризику вТЛТ, зокрема клінічних даних та результатів розширеної нейровізуалізації (МСКТ-перфузії головного мозку або мультифазної МСКТ-ангіографії судин голови або МРТ головного мозку).

### **Абсолютні протипоказання**

1. Будь-який крововилив за даними нейровізуалізації.
2. Наявність інтрааксiального (інтрацеребрального) злякiсного новоутворення на момент прийняття рішення.
3. Стійка до агресивної антигіпертензивної терапії артеріальна гіпертензія (неможливо досягти або підтримувати цільові цифри АТ <180/105 мм рт. ст.).
4. Будь-яка активна кровотеча або будь-який стан, що може збільшити ризик великої кровотечі після проведення вТЛТ.
5. Поточне застосування антагоністів вітаміну К та рівень МНВ  $\geq 1,7$  або невизначений.
6. Поточне застосування ГНММ в лікувальних дозах.
7. Наявність дисекції аорти на момент прийняття рішення.
8. Наявність інфекційного ендокардиту на момент прийняття рішення.
9. Наявність структурного злякiсного новоутворення шлунково-кишкового тракту на момент прийняття рішення.

10. Шлунково-кишкова кровотеча у попередні 21 дні.

### **Відносні протипоказання (рішення приймається індивідуально)**

Анамнестичні:

1. Внутрішньочерепний крововилив в анамнезі.
2. Ішемічний інсульт або тяжка черепно-мозкова або спінальна травма протягом попередніх 3 міс.
  - 1.1. Проведення вТЛТ не протипоказано пацієнтам з перенесеним ішемічним інсультом більше, ніж місяць тому, з невеликим розміром інфаркту або з хорошими показниками клінічного відновлення.
2. Велике хірургічне втручання (наприклад, кардіальне, торакальне, абдомінальне або ортопедичне) у попередні 14 днів. Ступінь ризику залежить від характеру втручання.
3. Пункція артерії в місці, де неможливе притискання судини, за попередні 7 днів.
4. Інфаркт міокарда з елевацією сегмента ST протягом останніх 7 днів.

Клінічні:

5. Симптоми інсульту внаслідок іншого неішемічного гострого неврологічного стану, такого як епілептичний напад із післянападним паралічем Тодда або вогнищеві неврологічні симптоми внаслідок тяжкої гіпо- або гіперглікемії.
6. Поточне (протягом останніх 48 годин) застосування прямого перорального антикоагулянту, який не є антагоністом вітаміну К, і до якого немає препарату зворотної дії в наявності.

Дані КТ або МРТ:

7. На КТ ранні ознаки великого інфаркту (>1/3 басейну СМА або оцінка ASPECTS <6 балів).
8. На МРТ наявна велика кількість мікрокрововиливів (>10).
9. Наявність дисекції інтракраніальних артерій на момент прийняття рішення.

Лабораторні дослідження:

10. Концентрація глюкози в крові <2,7 ммоль/л або >22,2 ммоль/л.
  11. Підвищений показник АЧТЧ.
  12. Міжнародне нормалізоване відношення >1,7.
  13. Кількість тромбоцитів <100 000/мм<sup>3</sup>.
-

### **Показання для проведення ЕВТ**

1. Ішемічний інсульт.
2. Інсульт потенційно інвалідизуючий (наявні суттєві порушення моторних, сенсорних чи мовних функцій), його тяжкість зазвичай, але не завжди, визначається як оцінка за NIHSS >4.
3. Підтверджена симптомна екстра- або інтракраніальна гостра оклюзія артерії, що піддається ендоваскулярному лікуванню.
4. Вік  $\geq 18$  років.

Відсутні докази щодо застосування ЕВТ у дітей, і рішення про лікування має ґрунтуватися на потенційних перевагах і ризиках терапії, і прийматися лікарем, який має спеціальні знання та навички в області інсульту у дітей, після консультації з тим, хто виконує ЕВТ, та пацієнтом та/або законним представником пацієнта.

5. вТЛТ: якщо вТЛТ проводиться разом з ЕВТ, показання та протипоказання до вТЛТ є стандартними.
6. Критерії преморбідного стану здоров'я: незалежні від сторонньої допомоги до ГМІ (оцінка за мШП <3 балів) та мають очікувану тривалість життя >3 міс.
7. Нейровізуалізація: пацієнти повинні відповідати критеріям нейровізуалізації у «стандартному» (<6 годин) або «розширеному» (6-24 годин) часових «терапевтичних вікнах».
8. Час до лікування:

Усім пацієнтам, які мають показання, та знаходяться у «стандартному терапевтичному вікні» (<6 годин), необхідно провести ЕВТ.

Відібраним пацієнтам, які мають клінічні та нейровізуалізаційні показання, перебувають у «розширеному терапевтичному вікні» (6-24 годин) та не мають протипоказань, необхідно провести ЕВТ.

#### ***Критерії відбору за даними нейровізуалізації для ЕВТ у пацієнтів, які госпіталізовані в межах 6 год від початку інсульту***

I. Для каротидного (переднього) басейну кровообігу:

1. Наявність оклюзії інтракраніальної артерії у каротидному басейні кровообігу за даними МСКТ-ангіографії або МР-ангіографії, включаючи оклюзію термінального сегмента внутрішньої сонної артерії або проксимального відділу СМА.

Для пацієнтів з наявністю оклюзії інтракраніальної артерії середнього розміру ЕВТ проводиться, враховуючи очікувані ризики й переваги лікування.

Та

2. Наявність ядра інфаркту малого або середнього розміру за даними МСКТ або МРТ, що зазвичай відповідає оцінці за ASPECTS  $\geq 6$  балів для каротидного басейну кровообігу.

Для пацієнтів з наявністю оклюзії інтракраніальної артерії та великого ядра інфаркту (оцінка за ASPECTS  $< 6$  балів або розміри  $< 150$  см<sup>3</sup>), ЕВТ проводиться, враховуючи потенційні ризики й переваги лікування.

II. Для вертебробазиллярного (заднього) басейну кровообігу:

1. Для пацієнтів з наявністю інтракраніальної оклюзії у вертебробазиллярному басейні кровообігу (наприклад, основної артерії) ЕВТ проводиться, враховуючи потенційні ризики й переваги лікування.

***Критерії відбору за даними нейровізуалізації для ЕВТ у пацієнтів, які госпіталізовані протягом 6–24 год від початку інсульту***

I. Доступність нейровізуалізації:

1. Цілодобова сім днів на тиждень (24/7/365) доступність безконтрастної МСКТ головного мозку, МСКТ ангіографії судин голови та МСКТ-перфузії головного мозку або мультифазної МСКТ ангіографії.

Як альтернатива цілодобова сім днів на тиждень (24/7/365) доступність безконтрастної МРТ головного мозку та МР-ангіографії.

2. В закладах, де проводять МСКТ-перфузію головного мозку, слід використовувати програмне забезпечення, що забезпечує кількісні вимірювання ядра ішемії та зони пенумбри.
3. Локалізацію оклюзії визначають за допомогою МСКТ ангіографії, що виконується від дуги аорти до тім'я. Включення структур аорти дозволяє планувати та оцінювати технічну можливість ендovasкулярного доступу до оклюзованого відділу інтракраніальної артерії.

II. Каротидний басейн:

1. Наявність оклюзії інтракраніальної артерії у каротидному басейні кровообігу за даними МСКТ-ангіографії або МР-ангіографії, включаючи оклюзію термінального сегмента внутрішньої сонної артерії або проксимального відділу СМА.

Для пацієнтів з наявністю оклюзії інтракраніальної артерії середнього розміру ЕВТ проводиться, враховуючи очікувані ризики й переваги лікування.

Та

2. Наявність ядра інфаркту малого або середнього розміру за даними МСКТ або МРТ, що зазвичай відповідає оцінці за ASPECTS  $\geq 6$  балів для каротидного басейну кровообігу.

Та одне з наступного (3, 4 або 5):

3. Наявність помірного або хорошого наповнення піальних колатеральних судин на МСКТ-ангіографії (за даними мультифазної МСКТ ангіографії або оцінки «сирих» даних, отриманих при МСКТ-перфузії головного мозку), або наявність невідповідності між зоною ядра інфаркту та зоною пенумбри на МСКТ-перфузії головного мозку.
4. Наявність ядра інфаркту малого або середнього розмірів на МСКТ-перфузії головного мозку, що визначається як об'єм ядра інфаркту  $< 70$  мл, коефіцієнт невідповідності  $\geq 1,8$  та об'єм невідповідності  $\geq 15$ .
5. Об'єм ядра інфаркту  $< 51$  мл у пацієнтів віком  $< 80$  років або об'єм ядра інфаркту  $< 31$  мл у пацієнтів віком  $\geq 80$  років.

Додаткові критерії:

6. Для пацієнтів з наявністю оклюзії інтракраніальної артерії та великого ядра інфаркту (оцінка за ASPECTS  $< 6$  балів або розміри  $< 150$  см<sup>3</sup>), ЕВТ проводиться, враховуючи очікувані ризики й переваги лікування.

III. Вертебробазилярний басейн:

1. Для пацієнтів з наявністю інтракраніальної оклюзії у вертебробазилярному басейні кровообігу (наприклад, основної артерії) ЕВТ проводиться, враховуючи очікувані ризики й переваги лікування.
-



## **Організація надання допомоги пацієнтам до, під час та після виконання ЕВТ**

### **I. Загальне ведення пацієнтів до та під час ЕВТ:**

1. Комунікація у команді: підтримувати постійний відкритий зв'язок між спеціалістом з інсульту (лікарем-невропатологом) та інтервенційним нейрорадіологом (лікарем, який має підготовку з ендovasкулярного лікування ішемічного інсульту) для прийняття рішень про лікування; до, під час та після процедури ЕВТ.
2. Лабораторні аналізи: необхідно забезпечити забір аналізів до початку ЕВТ, але очікування їх результатів не повинно затримувати початок ЕВТ.
3. Дихальні шляхи: необхідно забезпечити адекватний контроль прохідності дихальних шляхів та оксигенації для підтримки насичення киснем на рівні >92%.
4. Інтубація: інтубація може бути потрібна пацієнтам зі зниженою оксигенацією, блюванням або тим, кому потрібна значна седація, щоб зберегти спокій під час процедури.
5. Алергія на контрастну речовину: алергія на контрастну речовину не є абсолютним протипоказанням до ЕВТ. Якщо у пацієнта є відома алергія на контрастну речовину або підозра на неї:
  - 1) Розглянути заміну контрастної речовини.
  - 2) Попередня підготовка:
    - антагоніст H1-гістамінових рецепторів: дифенгідрамін 50 мг в/в;
    - глюкокортикостероїди: метилпреднізолон 40 мг в/в або гідрокортизон 200 мг в/в;
  - 3) Розглянути застосування:
    - оксигенотерапії;
    - епінефрину;
    - інтубації (при вираженому набряку гортані).
6. Кардіомоніторинг: артеріальний тиск слід підтримувати відповідно до цільових показників для пацієнтів, яким проводять тромболізис; однак слід уникати агресивного зниження артеріального тиску, особливо до досягнення реперфузії. Пацієнтів слід контролювати на виникнення аритмій.
7. Регулювання температури тіла: мета полягає в досягненні нормотермії. Користь від гіпотермії невідома.
8. Гіперглікемія: мета полягає в досягненні нормоглікемії. Гіперглікемія пов'язана зі шкодою організму при гострому ішемічному інсульті.

9. Катетеризація: доцільність встановлення катетера Фолея можна розглядати лише в тому випадку, якщо це необхідно для зменшення страждань пацієнта та зменшення його рухів під час втручання, і не повинно затримувати проведення ЕВТ.

## **II. Загальне ведення пацієнта після ендovasкулярної тромбектомії**

1. Пацієнт повинен лежати на спині протягом перших 2–6 год, з узголів'ям ліжка піднятим не >30 градусів.
2. Місце пункції (пах або зап'ястя) слід закрити за допомогою стиснення руками, накладання мішечка з піском або іншого засобу.
3. Місце пункції слід оцінювати на наявність набряку або гематоми кожні 15 хв протягом першої години, потім кожні 30 хв протягом наступної години, потім щогодини протягом наступних 1–5 год залежно від того, чи використовували судинний оклюдер, а також від місця доступу.
4. Пульс у місці пункції та дистальніше від нього слід оцінювати разом з показниками життєво важливих функцій організму.
5. Гематому в місці пункції слід запідозрити у випадку, якщо є місцева кровотеча, набряк пахової області, локальна гематома, біль або зниження рівня гемоглобіну або гематокриту.
6. При підозрі на гематому в місці пункції слід викликати чергового лікаря та застосувати тривалу ручну компресію. Слід негайно отримати результати загального (клінічного) аналізу крові та повторювати його кожні 4–6 год.
7. Якщо гематома в місці пункції не зникає, незважаючи на ручну компресію, слід провести МСКТ-ангіографію або УЗД, якщо МСКТ недоступна, щоб оцінити на наявність псевдоаневризми або іншої патології, а також слід розглянути можливість консультації з судинним хірургом щодо ін'єкції препаратів тромбіну або іншого втручання.
8. Слід запідозрити заочеревинну кровотечу, якщо у пацієнта є біль у спині, гематоми на боці (симптом Грея Тернера), здуття живота з навколопупковим ехімозом (симптом Каллена), артеріальна гіпотензія та тахікардія або нез'ясована анемія. Найчастіше це спостерігається в перші 24 год.
9. При підозрі на заочеревинну кровотечу слід якомога швидше провести трифазну КТ черевної порожнини, а також почати заміщення рідини, гемотрансфузію та визначити потребу у консультації хірурга.
10. При погіршенні неврологічного статусу (на  $\geq 4$  бали за шкалою NIHSS) слід негайно провести МСКТ та МСКТ-ангіографію судин голови для оцінки геморагічної трансформації, реперфузійного синдрому, оклюзії екстра- або інтракраніальних судин.
11. При виявленні екстракраніальної оклюзії, особливо після стентування, слід розглянути питання про екстрене ендovasкулярне втручання у консультації зі спеціалістом з інсульту та спеціалістом з інтервенційної радіології.
12. При виявленні інтракраніальної реоклюзії слід розглянути питання про екстрену повторну ЕВТ.

13. Необхідно визначити рівень креатиніну та провести оцінку на наявність контраст-індукованої нефропатії.
  14. При виявленні контраст-індукованої нефропатії слід дотримуватися місцевих протоколів і розглянути питання щодо консультації з нефрологом.
  15. Ідеальний цільовий рівень артеріального тиску після ЕВТ невідомий. Цільові показники артеріального тиску слід визначати із застосуванням індивідуального підходу на основі клінічних факторів, таких як досягнутий ступінь реканалізації, наявність інтрапроцедурних ускладнень, проведення вТЛТ і первинний рівень артеріального тиску пацієнта.
-

Додаток 16  
до Стандарту медичної допомоги  
«Ішемічний інсульт»  
(підпункт 8 пункту 3 розділу IV)

**Шкала оцінки ефективності ЕВТ eTICI**  
(expanded treatment in cerebral ischemia - розширений тромболізис при  
інфаркті мозку)

Бал	Відсоток реваскуляризації, %	Детальне пояснення
0	0	Відсутність реваскуляризації або 0% заповненість дистального кровотоку
1	0	Зменшення розмірів тромбу без будь-якої реваскуляризації дистальних артерій
2a	1-49	Реваскуляризація менше ніж половини ділянки кровопостачання оклюзованої артерії
2b50	50-66	Реваскуляризація більше ніж половини, але менше ніж 2/3 ділянки кровопостачання оклюзованої артерії
2b67	67-89	Реваскуляризація більше ніж 2/3, але менше ніж 90% ділянки кровопостачання оклюзованої артерії
2c	90-99	Реваскуляризація більше ніж 90%, але не повністю, ділянки кровопостачання оклюзованої артерії
3	100	Повна реваскуляризація ділянки кровопостачання оклюзованої артерії

Примітки: Liebeskind DS, Bracard S, Guillemin F for the HERMES Collaborators, et al eTICI reperfusion: defining success in endovascular stroke therapy *Journal of NeuroInterventional Surgery* 2019;11:433-438.

---

Додаток 17  
до Стандарту медичної допомоги  
«Ішемічний інсульт»  
(підпункт 9 пункту 3 розділу IV)

**Гайдельберзька класифікація геморагічних подій (внутрішньочерепних крововиливів та геморагічної трансформації) після вТЛТ та/або ЕВТ при ішемічному інсульті**

Клас	Тип	Опис
1		Геморагічна трансформація ішемічного інсульту
1a	HI1	Одиничні невеликі петехії без мас-ефекту
1b	HI2	Зливні петехії без мас-ефекту
1c	PH1	Крововилив займає менше <30% зони ішемічного інсульту без вираженого мас-ефекту
2		Внутрішньомозковий крововилив всередині зони ішемічного інсульту та поза його межами
	PH2	Крововилив займає 30% та більше зони ішемічного інсульту з вираженим мас-ефектом
3		Внутрішньомозковий крововилив поза межами зони ішемічного інсульту або крововилив, який розповсюджується за межі головного мозку
3a	rPH	Внутрішньомозковий крововилив в ділянці мозку, яка не пов'язана з ішемічним інсультом
3b	IVH	Внутрішньошлуночковий крововилив
3c	SAH	Субарахноїдальний крововилив
3d	SDH	Субдуральний крововилив

HI (hemorrhagic infarction) – геморагічний інфаркт

PH (parenchymatous hematoma) – внутрішньомозковий (паренхіматозний) крововилив

rPH (remote parenchymatous hematoma) – внутрішньомозковий (паренхіматозний) крововилив в ділянці мозку, яка не пов'язана з ішемічним інсультом

IVH (intraventricular hemorrhage) – внутрішньошлуночковий крововилив

SAH (subarachnoid hemorrhage) – субарахноїдальний крововилив

## SDH (subdural hemorrhage) – субдуральний крововилив

Примітки: von Kummer R, Broderick JP, Campbell BC, Demchuk A, Goyal M, Hill MD, Treurniet KM, Majoie CB, Marquering HA, Mazya MV, San Román L, Saver JL, Strbian D, Whiteley W, Hacke W. The Heidelberg Bleeding Classification: Classification of Bleeding Events After Ischemic Stroke and Reperfusion Therapy. *Stroke*. 2015 Oct;46(10):2981-6. doi: 10.1161/STROKEAHA.115.010049.

---

**Шкала ABCD<sup>2</sup>**  
**Age, Blood pressure, Clinical features, Duration, Diabetes**  
**(Вік, Артеріальний тиск, Клінічні прояви, Тривалість, Діабет)**

A – age (вік)

1 бал – вік 60 років та більше

B – blood pressure (артеріальний тиск)

1 бал – підвищений АТ (систолический  $\geq 140$  мм рт. ст. або діастолічний  $\geq 90$  мм рт. ст.) під час першого вимірювання після ТІА

C – clinical features (клінічні прояви)

2 бали – слабкість кінцівок з одного боку (геміпарез)

1 бал – порушення мовлення без парезів

D – duration (тривалість)

2 бали – тривалість ТІА  $\geq 60$  хвилин

1 бал – тривалість ТІА 10-59 хвилин

D – diabetes (діабет)

1 бал – наявність цукрового діабету

Додаток 19  
до Стандарту медичної допомоги  
«Ішемічний інсульт»  
(підпункт 7 пункту 3 розділу VI)

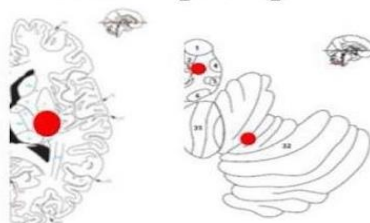
**Класифікація розмірів вогнища інсульту за даними нейровізуалізації  
для призначення ПОАК:**

Розмір	Малий	Середній	Великий
Передня циркуляція	Розмір вогнища $\leq 1,5$ см	Вогнище в басейні кортикальної поверхневої гілки середньої мозкової артерії (СМА) або глибокої гілки СМА, або кортикальної поверхневої гілки передньої мозкової артерії (ПМА) або у внутрішніх (глибоких) ділянках суміжного кровопостачання	Вогнище охоплює весь басейн СМА або ПМА, або басейн двох кортикальних поверхневих гілок СМА, або однієї кортикальної поверхневої та глибокої гілок СМА, або басейн декількох мозкових артерій (наприклад СМА+ПМА)
Задня циркуляція	Розмір вогнища $\leq 1,5$ см	Вогнище в басейні кортикальної поверхневої гілки задньої мозкової артерії (ЗМА)	Вогнище охоплює весь басейн ЗМА або розмір вогнища $\geq 1,5$ см в стовбурі або мозочку
Додатково	Множинні дрібні точкові вогнища («емболічний душ»)	2 малого розміру вогнища	2 середнього розміру вогнища

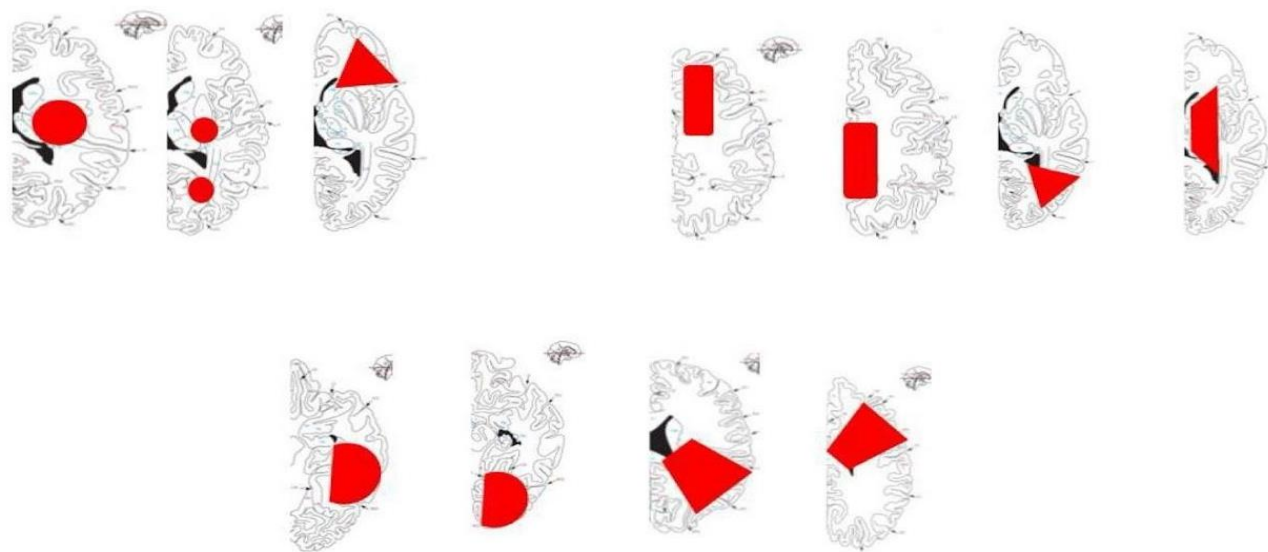


## Класифікація розмірів вогнища інсульту

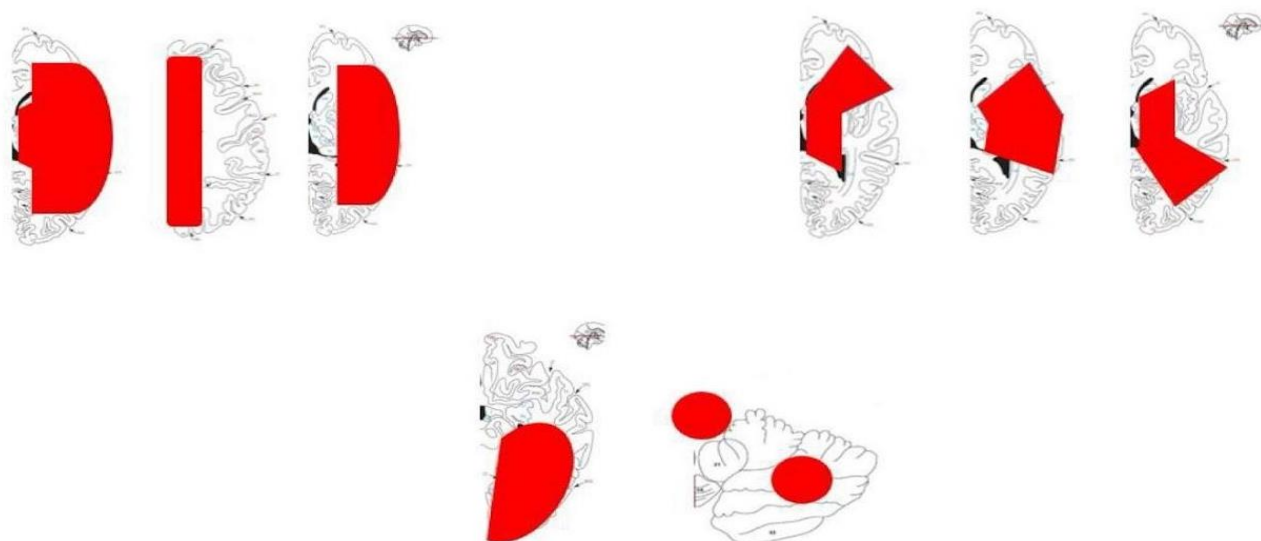
## Малий розмір



## Середній розмір



## Великий розмір



Примітка: Fischer U, Koga M, Strbian D, Branca M, Abend S, Trelle S, Paciaroni M, Thomalla G, Michel P, Nedeltchev K, Bonati LH, Ntaios G, Gattlinger T, Sandset EC, Kelly P, Lemmens R, Sylaja PN, Aguiar de Sousa D, Bornstein NM, Gdovinova Z, Yoshimoto T, Tiainen M, Thomas H, Krishnan M, Shim GC, Gumbinger C, Vehoff J, Zhang L, Matsuzono K, Kristoffersen E, Desfontaines P, Vanacker P, Alonso A, Yakushiji Y, Kulyk C, Hemelsoet D, Poli S, Paiva Nunes A, Caracciolo N, Slade P, Demeestere J, Salerno A, Kneihsl M, Kahles T, Giudici D, Tanaka K, Rätty S, Hidalgo R, Werring DJ, Göldlin M, Arnold M, Ferrari C, Beyeler S, Fung C, Weder BJ, Tatlisumak T, Fenzl S, Rezny-Kasprzak B, Hakim A, Salanti G, Bassetti C, Gralla J, Seiffge DJ, Horvath T, Dawson J; ELAN Investigators. Early versus Later Anticoagulation for Stroke with Atrial Fibrillation. *N Engl J Med.* 2023 Jun 29;388(26):2411-2421. doi: 10.1056/NEJMoa2303048

**Протоколи контролю температури, рівня глікемії та скринінг для  
виявлення порушень ковтання (FeSS)**

**A. Скринінг для виявлення порушень ковтання**

**ASSIST – Acute Screening of Swallow in Stroke/TIA**  
**Невідкладний скринінг для виявлення порушень ковтання при  
інсульті/TIA**

ПІБ пацієнта: \_\_\_\_\_ № МКСХ: \_\_\_\_\_

ПІБ та фах працівника сфери охорони здоров'я: \_\_\_\_\_

Підпис: \_\_\_\_\_ Дата: □□/□□/20□□ Час: □□:□□

---

*Попередня оцінка: переконайтесь, що пацієнту проведено нейровізуалізацію та у нього не виявлено крововиливу.*

**1. Чи здатен пацієнт:**

- концентрувати увагу впродовж щонайменше 20 хвилин? Так  Ні
- сидіти напівсидячи у ліжку? Так  Ні
- тримати голову прямо? Так  Ні

**ЗУПИНІТЬ ОЦІНЮВАННЯ, якщо ви відповіли «НІ» хоча б на ОДНУ частину запитання 1.**

**ВИСНОВОК.** Пацієнту не можна нічого давати через рот до повторної оцінки після покращення стану.

*Усі пероральні лікарські засоби рекомендовано вводити через назогастральний зонд.*

**2. Чи є у пацієнта хоча б одна із цих ознак?**

- Підозра на стовбуровий інсульт (див. МКСХ) Так  Ні
- Асиметрія (слабкість, провисання) обличчя (попросіть посміхнутись, скласти губи “трубочкою”, оцініть носогубні складки) Так  Ні
- Нерозбірливе або відсутнє мовлення (залучіть до розмови) Так  Ні
- Кашель внаслідок похлинання слиною Так  Ні
- Слиноточка (перевірте кут рота, підборіддя) Так  Ні
- Хриплий або відсутній голос (залучіть до розмови) Так  Ні
- Слабкий або відсутній кашель (попросіть покашляти) Так  Ні
- Задишка Так  Ні

- Порушення ковтання, які були у пацієнта до інсульту  
(перевірте МКСХ, запитайте у родичів) Так  Ні

**ЗУПИНІТЬ ОЦІНЮВАННЯ**, якщо ви відповіли «ТАК» хоча б на ОДНУ частину запитання 2.

**ВИСНОВОК.** Пацієнту не можна нічого давати через рот.

*Проконсультуйте пацієнта у логопеда або терапевта мови та мовлення.*

**3. Дайте пацієнту випити один ковток води та спостерігайте чи не з'являться наведені нижче ознаки:**

- Будь-який кашель або спроби «прочистити» горло Так  Ні
- Зміна голосу Так  Ні
- Слинотеча Так  Ні
- Зміна дихання: поява задишки, збільшення частоти дихання Так  Ні

**ЗУПИНІТЬ ОЦІНЮВАННЯ**, якщо ви відповіли «ТАК» хоча б на ОДНУ частину запитання 3.

**ВИСНОВОК.** Пацієнту не можна нічого давати через рот.

*Проконсультуйте пацієнта у логопеда або терапевта мови та мовлення.*

**4. Дайте пацієнту випити одну чашку води та спостерігайте чи не з'являться наведені нижче ознаки:**

- Будь-який кашель або «прочищення» горла Так  Ні
- Зміна тембру голосу Так  Ні
- Слинотеча Так  Ні
- Зміна дихання: поява задишки, збільшення частоти дихання Так  Ні

**ЗУПИНІТЬ ОЦІНЮВАННЯ**, якщо ви відповіли «ТАК» хоча б на ОДНУ частину запитання 4.

**ВИСНОВОК.** Пацієнту не можна нічого давати через рот.

*Проконсультуйте пацієнта у логопеда або терапевта мови та мовлення.*

**5. Повернення до звичайного приймання їжі через рот**

- Медична сестра повинна спостерігати за першим прийомом їжі.

ПІБ працівника сфери охорони здоров'я, який спостерігає за першим прийманням їжі: \_\_\_\_\_

Дата: □□/□□/20□□ Час: □□:□□

**Різка підвищення температури та/або утруднення дихання може вказувати на «тиху» аспірацію.**

**ВИСНОВОК.** Пацієнту не можна нічого давати через рот.

*Проконсультуйте пацієнта у логопеда або терапевта мови та мовлення.*

## Б. Протокол контролю температури тіла

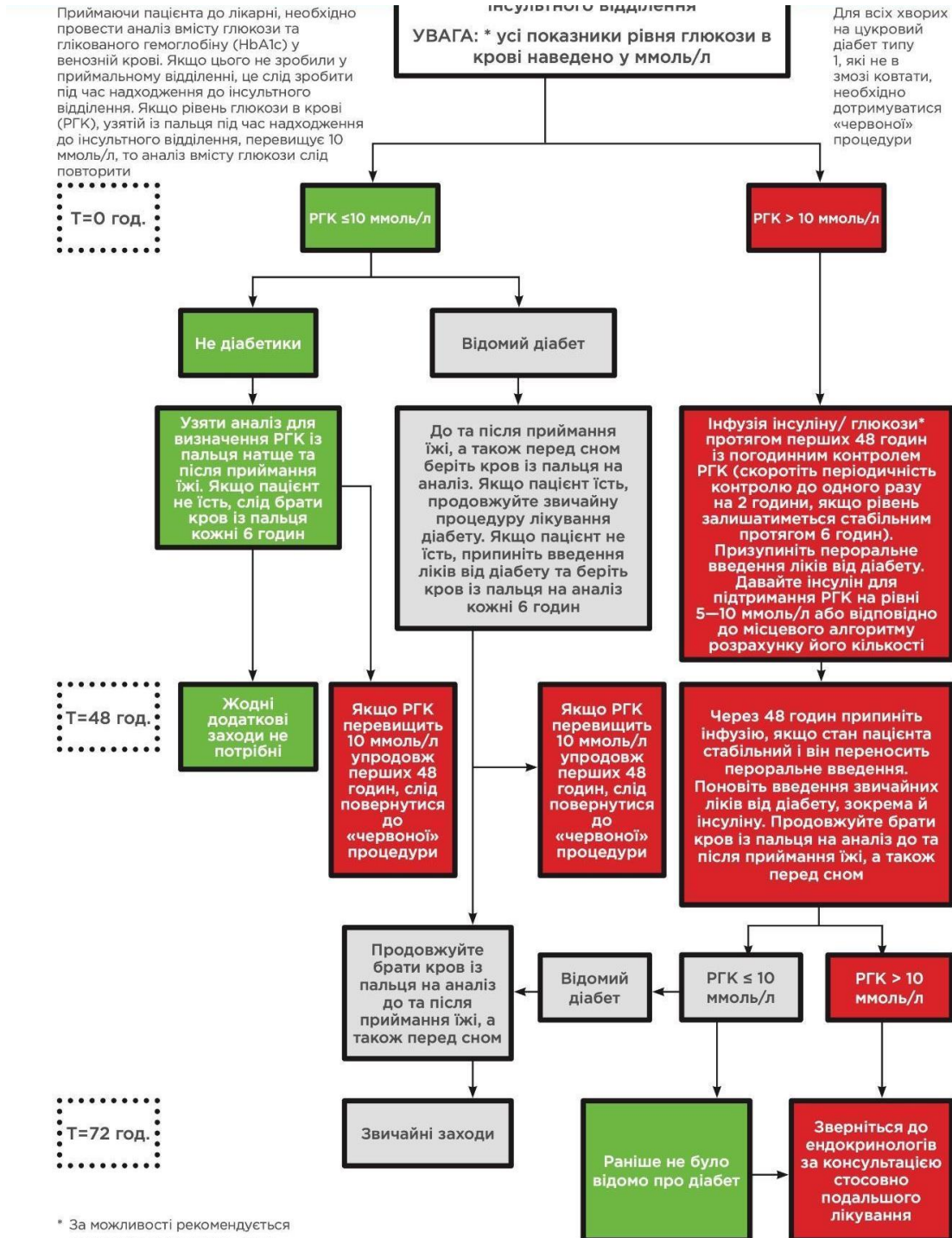
- Всім пацієнтам з ГМІ в перші 72 год після госпіталізації має проводитися моніторинг температури тіла з реєстрацією результатів вимірювання кожні 12 годин (у разі підвищеної температури тіла - кожні 6 годин) в формі № 004/о «Температурний листок».
- При виявленні температури тіла вище 37,5 °С медична сестра повинна терміново повідомити про це лікуючого або чергового лікаря.
- Всі дії виконуються відповідно до алгоритму



**Примітка:** завжди слід брати до уваги клінічний стан хворого

## В. Протокол контролю рівня глюкози крові

- Всім пацієнтам з ГМІ в перші 72 год після госпіталізації має проводитися моніторинг рівня глюкози крові з реєстрацією результатів вимірювання та подальшими діями відповідно до алгоритму.



Додаток 21  
до Стандарту медичної допомоги  
«Ішемічний інсульт»  
(підпункт 7 пункту 3 розділу VIII)

**КЛІНІЧНА ОЦІНКА ПОРУШЕНЬ КОВТАННЯ GUSS**

Дані пацієнта		Дата	
ПІБ пацієнта		Час	
Дата народження		Дослідник	

**1) Попередня оцінка\ непрямий тест ковтання**

		ТАК	НІ
Стан бадьорості	Пацієнт повинен бути бадьорим не менше 15 хвилин	1 <input type="checkbox"/>	0 <input type="checkbox"/>
Кашель та\або очищення глотки	Довільний кашель: пацієнт повинен кашляти або очистити глотку двічі	1 <input type="checkbox"/>	0 <input type="checkbox"/>
<b>КОВТАННЯ СЛИНИ</b>			
Ковтання слини успішне	Проведіть гігієну ротової порожнини, якщо відмічається сухість в ротовій порожнині. Якщо пацієнт кашляє під час або після ковтання слини – відмітьте «НІ»	1 <input type="checkbox"/>	0 <input type="checkbox"/>
Слинотеча	Постійна, виражена слинотеча	0 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>
Зміна голосу після ковтання слини	Булькаючий, вологий осиплий голос з моменту розвитку інсульту	0 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>
	<b>Сума:</b>		
		1-4 = СТОП! Зупиніть тестування, перейдіть до форми оцінки GUSS 5 = перейдіть до наступної частини тестування	

**2) Безпосередній тест ковтання** (Матеріали: вода, загущувач, чайна ложка, чашка, шприц, хліб, печиво)

В наступному порядку	Напівтверда консистенція	Рідка консистенція	Тверда консистенція
	½ чайної ложки загущеної води (Рівень 3 за IDDSI*). Якщо не спостерігаються жодні симптоми, продовжити прийом 3-5 чайних ложок.	Запропонуйте 3, 5, 10, 20 мл води у чашці, потім 50 мл води (Послідовні ковтки). Припинити прийом, як тільки з'явиться один із 4-х критеріїв аспірації.	Шматок хліба без скоринки та/або печива (розміром 1,5 см на 1,5 см.). Припинити прийом, як тільки з'явиться один

	Припинити прийом, як тільки з'явиться один із 4-х критеріїв аспірації		із 4-х критеріїв аспірації.
<b>КОВТАННЯ</b>			
• ковтання неможливе	0 <input type="checkbox"/>	0 <input type="checkbox"/>	0 <input type="checkbox"/>
• ковтання із затримкою напівтверда, рідка консистенція > 2 с тверда консистенція >10с	1 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>
• ковтання успішне	2 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>
<b>КАШЕЛЬ (мимовільний) (до, під час та через 3 хв після ковтка)</b>			
• ТАК	0 <input type="checkbox"/>	0 <input type="checkbox"/>	0 <input type="checkbox"/>
• НІ	1 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>
<b>СЛИНОТЕЧА</b>			
• ТАК	0 <input type="checkbox"/>	0 <input type="checkbox"/>	0 <input type="checkbox"/>
• НІ	1 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>
<b>ЗМІНА ГОЛОСУ (до, під час та через 3 хв після ковтка)</b>			
• ТАК	0 <input type="checkbox"/>	0 <input type="checkbox"/>	0 <input type="checkbox"/>
• НІ	1 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>
<b>СУМА</b>	<b>(5)</b>	<b>(5)</b>	<b>(5)</b>
	1-4 = СТОП! Зупиніть тестування, перейдіть до форми оцінки GUSS 5 = продовжити з "рідкою консистенцією"	1-4 = СТОП! Зупиніть тестування, перейдіть до форми оцінки GUSS 5 = продовжити з "твердою консистенцією"	
<b>СУМА: (підсумуйте бали непрямого та безпосереднього тестів ковтання) _____(20)</b>			

## ФОРМА ОЦІНКИ КОВТАННЯ GUSS

РЕЗУЛЬТАТИ		СТУПІНЬ ТЯЖКОСТІ	РЕКОМЕНДАЦІЇ (відповідно до IDDSI*-framework, www.iddsi.org)
20	Ковтання напівтвердого, рідкого та твердого тестового матеріалу успішне	Дисфагія легкого ступеня тяжкості або дисфагії не виявлено Ризик аспірації мінімальний або відсутній	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Звичайна дієта (Рівень: 7, -7)</li> <li>• Звичайні рідини (Рівень: 0)</li> <li>• Перший прийом їжі під наглядом логопеда (терапевта мови та мовлення) або медичної сестри, яка пройшла навчання в сфері дисфагії, щоб оцінити можливість ковтання їжі змішаної консистенції</li> </ul>
15-19	Ковтання напівтвердого тестового матеріалу успішне; ковтання рідкого та твердого тестового матеріалу може бути порушене	Дисфагія легкого ступеня тяжкості з ризиком аспірації	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Спеціальна дієта при дисфагії (подрібнена та зволожена або м'яка з невеликими шматочками) (Рівень: 5 або 6)</li> <li>• Загущені рідини (Рівень: 1 або 2)</li> <li>• Вода ( Рівень: 0) використовувати лише відповідно до протоколу пиття без обмежень "Frazier Free Water Protocol" (Gillmann et al, 2016)</li> <li>• <i>Опціонально</i>: функціональна оцінка ковтання з використанням інструментальних методів діагностики (FEES, VFES)**</li> <li>• <i>Опціонально</i>: консультація логопеда (терапевта мови та мовлення)</li> </ul> <p><i>Рекомендовано годування через перкутанну ендоскопічну гастростому, назогастральний зонд або парентеральне харчування + додаткове харчування</i></p>
10-14	Ковтання напівтвердого тестового матеріалу успішне; ковтання рідкого тестового матеріалу порушене	Дисфагія середнього ступеня тяжкості з ризиком розвитку аспірації	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Пюреподібна їжа (Рівень: 3-4).</li> <li>• Усі рідини загущувати (Рівень: 2-3)</li> <li>• Таблетовані форми медикаментів слід подрібнювати та приймати з пюре (Рівень: 3-4)</li> <li>• Виключити рідкі форми лікарських засобів (не давати через рот)</li> <li>• <i>Опціонально</i>: функціональна оцінка ковтання з використанням інструментальних методів діагностики (FEES, VFES)**</li> <li>• <i>Опціонально</i>: консультація логопеда (терапевта мови та мовлення)</li> </ul> <p><i>Рекомендовано годування через перкутанну ендоскопічну гастростому, назогастральний зонд або парентеральне харчування + додаткове харчування</i></p>
0-9	Попередня оцінка неуспішна. Ковтання напівтвердого тестового матеріалу неуспішне.	Дисфагія важкого ступеня з високим ризиком розвитку аспірації	<ul style="list-style-type: none"> <li>• НЧР (нічого через рот)</li> <li>• <i>Опціонально</i>: функціональна оцінка ковтання з використанням інструментальних методів діагностики (FEES, VFES)**</li> <li>• <i>Опціонально</i>: консультація логопеда (терапевта мови та мовлення)</li> </ul> <p><i>Рекомендовано годування через перкутанну ендоскопічну гастростому, назогастральний зонд або парентеральне харчування</i></p>



\* IDDSI – Міжнародна ініціатива стандартизації дієти при дисфагії

\*\* Використання діагностичних методів таких, як фібероптична ендоскопічна оцінка функції ковтання (FEES) або відеофлюороскопічна оцінка функції ковтання (VFES) разом з клінічною оцінкою функції ковтання логопедом (терапевтом мови та мовлення)

Примітка: Trapl M, Enderle P, Nowotny M, Teuschl Y, Matz K, Dachenhausen A, Brainin M. Dysphagia bedside screening for acute-stroke patients: the Gugging Swallowing Screen. Stroke. 2007 Nov;38(11):2948-52. doi: 10.1161/STROKEAHA.107.483933.

---

Додаток 22  
до Стандарту медичної допомоги  
«Ішемічний інсульт»  
(підпункт 2 пункту 3 розділу VIII)

**Шкали оцінки ризику ВТЕ**

**Падуанська шкала для оцінювання ризику ВТЕ**

Фактор ризику	Бали
Активний перебіг онкологічних захворювань (локальні або віддалені метастази та/або хімотерапія або радіотерапія впродовж останніх 6 міс.)	3
ВТЕ в анамнезі (за винятком тромбозу поверхневих вен)	3
Ліжковий режим протягом $\geq 3$ діб з можливістю здійснювати гігієнічні процедури в туалетній кімнаті) через наявні у пацієнта обмеження або за приписом лікаря	3
Відома тромбофілія (дефекти антитромбіну, протеїну С або S, фактора V Лейден, мутація протромбіну G20210A, антифосфоліпідний синдром)	3
Травма та/або операція $\leq 1$ міс тому	2
Вік $\geq 70$ років	1
Серцева та/або дихальна недостатність	1
Гострий інфаркт міокарда або ішемічний інсульт	1
Гостре інфекційне та/або ревматологічне захворювання	1
Ожиріння (індекс маси тіла $\geq 30$ кг/м <sup>2</sup> )	1
Застосування гормональної терапії	1
Загальна оцінка факторів ризику (сума балів)	

Сума балів  $\geq 4$  бали вказує на високий ризик ВТЕ та необхідність призначення медикаментозної профілактики

Примітка: Barbar S, Noventa F, Rossetto V, Ferrari A, Brandolin B, Perlati M, De Bon E, Tormene D, Pagnan A, Prandoni P. A risk assessment model for the identification of hospitalized medical patients at risk for venous thromboembolism: the Padua Prediction Score. J Thromb Haemost. 2010 Nov;8(11):2450-7. doi: 10.1111/j.1538-7836.2010.04044.x.

Додаток 23  
до Стандарту медичної допомоги  
«Ішемічний інсульт»  
(підпункт 1 пункту 3 розділу IX)

**Індекс Бартел**

Інструкції:

- 1) При визначенні індексу необхідно фіксувати, що особа фактично робить, а не те, що він/вона може зробити.
- 2) Основна мета полягає в тому, щоб встановити ступінь незалежності від будь-якої допомоги, фізичної або вербальної.
- 3) Під потребою в нагляді слід розуміти, що особу не можна вважати незалежною від будь-якої допомоги, фізичної або вербальної.
- 4) Здатність особи до тієї чи іншої активності слід оцінювати по найбільш достовірних даних. Зазвичай джерелом інформації є опитування особи, родичів, друзів, фахівців сфери охорони здоров'я, але також важливими є пряме спостереження і здоровий глузд. Відтак пряме тестування функції не є необхідним.
- 5) Зазвичай важливим є виконання особи певних видів активності протягом попередніх 24 - 48 годин, але буває доцільною і оцінка за більш тривалий період часу.
- 6) 50 відсотків - відповідає середньої категорії оцінок, тобто виконання з помірної допомогою однієї особи.
- 7) Допускається використання допоміжних засобів для незалежності.

1	Приєм їжі 0 - повністю залежить від сторонньої допомоги (необхідно годування зі сторонньою допомогою). 5 - потребує часткової допомоги, наприклад при розрізанні їжі, намазуванні масла на хліб, тощо, при цьому приймає їжу самостійно. 10 - незалежний - пацієнт може самостійно їсти будь-яку звичну для нього/неї їжу, не тільки м'яку, самостійно користується всіма необхідними столовими приборами. Їжа готується та сервірується іншими особами, але не розрізається ними.	Бал
2	Приєм ванни 0 - залежить від сторонньої допомоги. 5 - незалежний - приймає ванну (входить і виходить з неї, миється) без сторонньої допомоги, або миється під душем, не потребуючи нагляду чи допомоги.	Бал

3	<p>Персональна гігієна (чищення зубів, маніпуляція із зубними протезами, розчісування, гоління, вмивання лица)</p> <p>0 - потребує допомоги при виконанні процедур особистої гігієни.</p> <p>5 - незалежний від оточуючих при вмиванні лица, розчісуванні, чищенні зубів, голінні</p>	Бал
4	<p>Користування одягом і взуттям</p> <p>0 - залежить від сторонньої допомоги.</p> <p>5 - потребує часткової допомоги (наприклад, при застібанні гудзиків), але більше половини дій виконує самостійно, деякі види одягу може вдягати повністю самостійно, витрачаючи на це прийнятний час.</p> <p>10 - незалежний від оточуючих, зокрема при застіпанні гудзиків, зав'язуванні шнурівок тощо, може вибрати та надягти будь-який одяг.</p>	Бал
5	<p>Контроль дефекації</p> <p>0 - нетримання калу (або потребує застосування клізми, яку ставить особа, що доглядає).</p> <p>5 - випадкові інциденти нетримання калу (не частіше одного разу на тиждень) або потребується допомога при використанні клізми, свічок.</p> <p>10 - повний контроль дефекації, за необхідності може використовувати клізму або свічки, не потребує допомоги.</p>	Бал
6	<p>Контроль сечовипускання</p> <p>0 - нетримання сечі, або використовується катетер, користуватись яким особа самостійно не може.</p> <p>5 - випадкові інциденти нетримання сечі (максимум один раз за 24 години).</p> <p>10 - повний контроль сечовипускання, в тому числі і випадки катетеризації сечового міхура, коли особа самостійно використовує катетер.</p>	Бал
7	<p>Користування туалетом (переміщення в туалеті, роздягання, очищення шкіряних покривів, вдягання, вихід з туалету)</p> <p>0 - повністю залежить від сторонньої допомоги.</p> <p>5 - потребує деякої допомоги, проте частину дій, зокрема гігієнічні процедури, може виконувати самостійно.</p>	Бал

	10 - не потребує допомоги (при переміщенні, вдяганні та роздяганні, виконанні гігієнічних процедур).	
8	Переміщення (з ліжка на крісло колісне та назад) 0 - неможливе, нездатний сидіти (втримувати рівновагу), для підняття з ліжка потрібна допомога двох осіб. 5 - при вставанні з ліжка потрібна значна фізична допомога (однієї сильної / навченої особи або двох звичайних осіб), може самостійно сидіти в ліжку. 10 - при вставанні з ліжка потрібна незначна допомога (однієї особи), або потрібний догляд, вербальна допомога. 15 - незалежний від оточуючих (не потребує допомоги).	Бал
9	Здатність до переміщення по рівній поверхні (переміщення в межах дому /палати і поза домом, можуть використовуватись допоміжні засоби) 0 - не здатний до переміщення або долає менше 45 метрів. 5 - здатний до незалежного пересування в кріслі колісному на відстань більше 45 метрів, зокрема оминати кути і користуватись дверима та самостійно повертати за ріг. 10 - може ходити за допомогою однієї особи або двох осіб (фізична підтримка або нагляд і вербальна підтримка), проходить більше 45 метрів. 15 - незалежний від оточуючих (але може використовувати допоміжні засоби, наприклад паличку), долає самостійно більше 45 м.	Бал
10	Долання сходів 0 - не здатний підніматись сходами, навіть з підтримкою. 5 - потрібна фізична підтримка (наприклад, щоб піднести речі), нагляд або вербальна підтримка. 10 - незалежний.	Бал
Максимальна кількість балів: 100		Всього —

Примітка: Mahoney FI, Barthel DW. Functional Evaluation: The Barthel Index. Md State Med J. 1965 Feb;14:61-5.  
Granger CV, Dewis LS, Peters NC, Sherwood CC, Barrett JE. Stroke rehabilitation: analysis of repeated Barthel index measures. Arch Phys Med Rehabil. 1979 Jan;60(1):14-7.

Додаток 24  
до Стандарту медичної допомоги  
«Ішемічний інсульт»  
(підпункт 1 пункту 3 розділу IX)

**Шкала активності пацієнта, який потребує паліативної допомоги  
(The palliative performance scale (PPS), version 3)**

%	Здатність до самостійного пересування	Рівень активності/ Ступінь тяжкості захворювання	Здатність до самообслуговування	Пероральне приймання їжі	Рівень свідомості
100	Повна	Звичайна повсякденна активність/ Ознаки захворювання відсутні	В повному обсязі	Без обмежень	Ясна свідомість
90	Повна	Звичайна повсякденна активність / Наявні деякі ознаки захворювання	В повному обсязі	Без обмежень	Ясна свідомість
80	Повна	Звичайна повсякденна активність можлива з додатковими зусиллями/ Наявні деякі ознаки захворювання	В повному обсязі	Без обмежень або дещо обмежене	Ясна свідомість
70	Знижена	Неможлива звичайна повсякденна активність та професійна діяльність/ Наявні деякі ознаки захворювання	В повному обсязі	Без обмежень або дещо обмежене	Ясна свідомість
60	Знижена	Неможливе виконання улюблених та побутових справ/ Значні ознаки захворювання	Періодично потребує сторонньої допомоги	Без обмежень або дещо обмежене	Ясна свідомість або оглушення

50	Переважну кількість часу сидить/лежить	Неможливе виконання будь-якої діяльності/ Тяжкі ознаки захворювання	Потребує значної сторонньої допомоги	Без обмежень або дещо обмежене	Ясна свідомість або оглушення
40	Переважну кількість часу лежить у ліжку	Неможливе виконання будь-якої діяльності/ Тяжкі ознаки захворювання	Стороння допомога потрібна більшу частину часу	Без обмежень або дещо обмежене	Ясна свідомість або оглушення або сопор
30	Прикутий до ліжка	Неможливе виконання будь-якої діяльності/ Тяжкі ознаки захворювання	Повністю залежний від сторонньої допомоги	Обмежене	Ясна свідомість або оглушення або сопор
20	Прикутий до ліжка	Неможливе виконання будь-якої діяльності/ Тяжкі ознаки захворювання	Повністю залежний від сторонньої допомоги	Мінімальне	Ясна свідомість або оглушення або сопор
10	Прикутий до ліжка	Неможливе виконання будь-якої діяльності/ Тяжкі ознаки захворювання	Повністю залежний від сторонньої допомоги	Тільки догляд за ротовою порожниною	Сопор або кома
0	Померлий	-	-	-	-

Неонкологічним пацієнтам, ступінь активності за шкалою PPS у яких  $\leq 30\%$ , показана паліативна допомога

Примітка: Anderson F, Downing GM, Hill J. Palliative Performance Scale (PPS): a new tool. J Palliat Care.1996; 12(1): 5-11.

Morita T, Tsunoda J, Inoue S, et al. Validity of the Palliative Performance Scale from a survival perspective. J Pain Symp Manage. 1999; 18(1):2-3.

Virik K, Glare P. Validation of the Palliative Performance Scale for inpatients admitted to a palliative care unit in Sydney, Australia. J Pain Symp Manage.2002; 23(6):455-7.

Myers J, Kim A, Flanagan J. Palliative performance scale and survival among outpatients with advanced cancer. Supportive Care in Cancer2015; 23.4: 913-918.

Promptakorn, P., Angkurawaranon, C., Pinyopornpanish, K. et al. Palliative Performance Scale and survival in patients with cancer and non-cancer diagnoses needing a palliative care consultation: a retrospective cohort study. BMC Palliat Care 20, 74 (2021). <https://doi.org/10.1186/s12904-021-00773-8>