

**ҚАЗАҚСТАН РЕСПУБЛИКАСЫ ДЕНСАУЛЫҚ
САҚТАУ МИНИСТРЛІГІ
МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ
РЕСПУБЛИКИ КАЗАХСТАН**

**КЛИНИЧЕСКОЕ РУКОВОДСТВО
ПО ВЕДЕНИЮ ИНСУЛЬТА
(КРАТКАЯ ВЕРСИЯ)**

**ДЕНСАУЛЫҚ САҚТАУДЫ ДАМУТҰ РЕСПУБЛИКАЛЫҚ ОРТАЛЫҒЫ
СТАНДАРТТАУ ОРТАЛЫҒЫ**

**РЕСПУБЛИКАНСКИЙ ЦЕНТР РАЗВИТИЯ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ
ЦЕНТР СТАНДАРТИЗАЦИИ**



Астана, 2012

Ведение инсульта (краткая версия)	
Цель клинического руководства:	Предоставление рекомендаций, разработанных на основе доказательной медицины по проведению процесса диагностики, лечения и дальнейшего ведения пациентов, перенёвших инсульт.
Список рабочей группы по адаптации клинического руководства	Жусупова А.С. – заместитель главного врача больницы Медицинского центра Управления делами Президента Республики Казахстан. Шашкин Ч.С. – Директор по развитию Республиканского научного центра нейрохирургии.
Рецензенты клинического руководства	Махамбетов Е.Т. – заведующий отделением сосудистой и функциональной нейрохирургии Республиканского научного центра нейрохирургии. Бокебаев Т.Т. – Заведующий кафедрой неврологии, общей и медицинской психологии Медицинского университета Астана.
Клиническое руководство было утверждено на заседании Экспертного Совета МЗ РК (протокол № 21 от 14 декабря 2012 г.).	
Дата пересмотра руководства	При появлении новых доказанных данных по ведению пациентов с подтверждённым диагнозом инсульта, но не реже чем 1 раз в 3 года.

Пользователи руководства	Руководство предназначено для использования практикующими врачами, руководителями, лицами, принимающими решения и оказывающими финансирование, а также теми, кто планируют, организуют или предоставляют медицинскую помощь для людей с инсультом на любом этапе восстановления после инсульта или транзиторной ишемической атаки.
Категория пациентов	Пациенты с подтверждённым диагнозом острого нарушения мозгового кровообращения.
Ключевые слова	Инсульт, тромбоз, транзиторная ишемическая атака.

Уровень рекомендации	Доказательство
A	Совокупности доказательств можно доверять вести практику.
B	Совокупности доказательств можно доверять вести практику в большинстве ситуаций.
C	Совокупность доказательств обеспечивает поддержку для рекомендаций но осторожность необходима в ее применении.
D	Совокупность доказательств является слабой и рекомендация должна применяться с осторожностью.
GPP	Рекомендация, основанная на положительном клиническом опыте группы разработчиков клинического руководства.

Рекомендации	
1. КЛЮЧЕВЫЕ ТЕЗИСЫ И РЕКОМЕНДАЦИИ	
1.1 Рекомендации	
1.1.1 Все Управления здравоохранения (УЗ) должны организовывать услуги по ведению пациентов с инсультом.	GPP
1.1.2 Всех людей, поступивших в больницу с инсультом, должны вести специалисты, имеющие опыт по лечению и реабилитации инсульта.	GPP
1.1.3 УЗ должны предоставлять медицинские услуги тромболизиса острого инсульта для прикрепленного населения.	GPP
1.1.4 Медицинская организация должна предоставлять медицинские услуги по ведению пациентов с транзиторной ишемической атакой (ТИА).	GPP
1.1.5 Крупные медицинские организации могут предоставлять организованные группы сообщества по медицинским услугам инсульта.	GPP
1.1.6 Практикующие врачи и другие предоставляющие медицинские услуги по инсульту, должны проходить обучение и получать поддержку в оказании ориентированной на пациента медицинской помощи; включая понимание воздействия культуры на болезнь и реабилитацию.	GPP
1.2 Признание инсульта	
1.2.1 Общественность должна получать непрерывное образование с акцентом на то, как распознать симптомы инсульта и важность ранней медицинской помощи.	B

1.3 Тромболизис и престаационарная помощь	
1.3.1 Внутривенно tPA (тканевой активатор плазминогена) следует ввести как можно раньше у тщательно отобранных пациентов с острым ишемическим инсультом, так как эффективность осуществления тромболизиса зависит от времени. Там, где возможно, вмешательство должно начаться в течение первых нескольких часов, но может быть выполнено в течение 4,5 часов после начала инсульта.	A
1.3.2 Пациентам, перенесшим инсульт, следует присвоить статус высокого приоритета в рамках службы скорой медицинской помощи.	C
1.3.3 Служба скорой медицинской помощи должна осуществлять быстрое доврачебное обследование людей с подозрением на инсульт.	B
1.4 Вторичная профилактика	
1.4.1 Низкая доза аспирина и дипиридамола измененного выпуска или только клопидогрела должна быть назначена всем людям с ишемическим инсультом или ТИА с учетом сопутствующих заболеваний пациента.	B
1.4.2 Один только аспирин также может быть использован, в частности, у пациентов, которые не переносят аспирин плюс дипиридамол или клопидогрел.	A
1.4.3 Соответствующие пациенты со стабильным состоянием должны пройти каротидную эндартерэктомию как можно скорее после инсульта (в идеале в течение двух недель).	A
1.5 Реабилитация и восстановление	
1.5.1 Реабилитация должна быть построена так, чтобы обеспечить как можно большее воздействие на пациента в течение первых шести месяцев после инсульта.	A

1.6 Управление вторичными осложнениями	
1.6.1 Все пациенты, особенно те, у которых имеются трудности с глотанием, должны получать помощь и/или быть обучены поддержанию хорошей гигиены полости рта (в том числе зубных протезов).	GPP
1.6.2 Низкомолекулярный гепарин или гепарин в профилактических дозах может использоваться с осторожностью для отдельных людей с острым ишемическим инсультом при высоком риске ТГВ/ПВ (тромбоз глубоких вен/перикардальный выпот). Если низкомолекулярный гепарин противопоказан или не имеется в наличии, используйте нефракционированный гепарин (НФГ).	B
1.6.3 Антитромботические чулки с длиной до бедра не рекомендуется для профилактики ТГВ/ПВ (тромбоз глубоких вен/перикардальный выпот) после инсульта.	B
1.7 Предоставление услуг по инсульту	
1.7.1 Управления здравоохранения должны организовывать медицинские услуги по лечению инсульта.	GPP
1.7.2 Все пациенты, поступившие в больницы с инсультом должны ожидать их управления в отделении инсульта группой практикующих врачей с экспертизой по лечению и реабилитации инсульта.	GPP
1.7.3 Медицинские организации должны осуществлять процедуру тромболизиса для прикрепленного населения.	GPP
1.7.4 Медицинская организация должна предоставлять медицинские услуги по ведению пациентов с транзиторной ишемической атакой.	GPP

1.8 Профилактика инсульта	
1.8.1 Стратегии профилактики инсульта должны быть нацелены на людей с социально-экономическими недостатками.	GPP
1.8.2 Стратегии профилактики инсульта должны быть внедрены, как часть широкой программы профилактики сердечно сосудистых заболеваний и диабета.	GPP
2. ОРГАНИЗАЦИЯ УСЛУГ	
2.1 Рекомендации по оказанию неотложной помощи	
2.1.1 Местные протоколы должны быть разработаны совместно с медперсоналом, оказывающим доврачебную неотложную помощь, стационарным отделением неотложной помощи и группой по острому инсульту и должны быть использованы для всех людей с подозрением на инсульт. Такие протоколы должны включать в себя системы получения раннего уведомления скорой неотложной помощи, транспортировку и сортировку больных с высоким приоритетом, быстрое направление от персонала отделения неотложной помощи к специалистам по лечению инсульта и быстрому доступу к визуализации.	C
2.2 Медицинская помощь в отделении инсульта	
2.2.1 Все пациенты с инсультом должны быть госпитализированы и должны быть пролечены в отделении инсульта междисциплинарной командой врачей.	A
2.2.2 Все пациенты с инсультом должны быть доставлены прямо в отделение инсульта (желательно в течение 3 часов с момента начала инсульта).	C

2.2.3 Управления здравоохранения должны использовать модели оказания помощи при инсульте, которые соответствуют критериям медицинской помощи отделения инсульта. Там где возможно, пациенты должны получать помощь в географически дискретных отделениях.	В
2.2.4 Если пациенты с подозрением на инсульт доставляются в другие отделения стационара, то протоколы перевода должны быть разработаны и использованы для осуществления срочных переводов в ближайшую больницу с отделением инсульта.	С
2.3 Реабилитационные мероприятия	
2.3.1 Чтобы гарантировать пациентам с инсультом осуществление ранней реабилитации от специализированной группы врачей, УЗ должны иметь комплексные услуги которые включают и связывают основы неотложной и реабилитационной помощи.	В
2.3.2 Пациент должен быть переведен в реабилитационное отделение инсульта (там, где имеется) если необходима реабилитация пациента.	В
2.3.3 В случае отсутствия отделения по реабилитации инсульта, все пациенты с инсультом которым необходима стационарная реабилитация должны быть переведены в смешанное реабилитационное отделение.	В
2.3.4 Все пациенты с острым инсультом которые не получают паллиативную помощь должны быть обследованы группой специалистов по реабилитации относительно их соответствия проводящейся реабилитации до момента выписки из больницы.	GPP

2.4 Медицинские протоколы	
2.4.1 Все пациенты, принятые в больницу должны вестись с помощью протоколов неотложной помощи.	C
2.5 Телемедицина и сети	
2.5.1 Все медицинские службы, которые включают региональные центры оказания медицинской помощи пациентам с инсультом должны использовать коммуникационные сети связывающие большие центры с региональными центрами.	C
2.5.2 Эти сети могут помочь в создании соответствующих отделений по инсульту наряду с протоколами, в ведении которых находятся быстрое обследование, услуги телемедицины и быстрые переводы пациентов.	C
2.5.3 Там где нет медицинских специалистов по инсульту, телеконсультации должны использоваться с целью определения соответствия терапии острого инсульта и/или перевода пациентов в центры со специалистами по инсульту.	B
2.5.4 Телемедицина может быть использована с целью улучшения качества обследования и осуществления реабилитации, где есть ограниченный доступ к экспертизе реабилитации инсульта на месте.	C
2.6 Безопасный перевод между уровнями медицинской помощи из больницы в сообщество	
2.6.1 До выписки из больницы все пациенты должны быть обследованы с целью определения потребности в посещении пациентов на дому, которое может быть выполнено, чтобы минимизировать риски безопасности и обеспечить предоставление соответствующих помощи, поддержки и услуг сообщества.	C

2.6.2 Чтобы повысить безопасность при выписке, больничные службы должны соблюдать следующие условия до выписки:

- пациенты и семьи, лица, ухаживающие за больным, имеют возможность идентифицировать и обсудить свои потребности после выписки (например, физические, эмоциональные, социальные, досуг, финансовые и потребности в поддержке сообщества) с соответствующими членами междисциплинарной группы;
- врачи ПМСП и службы сообщества должны быть проинформированы до выписки или на момент выписки;
- все лекарственные препараты, оборудование, необходимые для безопасной выписки должны быть в наличии;
- любое необходимое продолжительное лечение специалистом должно быть тщательно организовано;
- детальный план оказания помощи после выписки должен быть разработан в партнерстве с пациентом и семьей, лицом, ухаживающим за больным на дому. Это может включать соответствующие услуги в сообществе, стратегии самоуправления (например, включая информацию о медикаментах и консультации по соблюдению режима, цели и лечение, которое следует продолжать дома), вспомогательные службы и дальнейшая реабилитация или запись на прием в поликлинику, и соответствующие контактные номера для любых вопросов;
- разработанный стандарт может помочь в реализации безопасного процесса выписки.

2.6.3 Планированием выписки пациентов с острым инсультом должен заниматься специалист.

GPP

D

2.7 Обучение лица, осуществляющего уход за больным	
2.7.1 Соответствующие члены междисциплинарной группы должны провести обучение лиц по уходу за больным, семьи до того как пациент с инсультом будет выписан домой. Это должно включать обучение при необходимости: • технике личной гигиены; • коммуникативным стратегиям; • техникам физического обращения; • продолжающейся профилактики и другим специфическим проблемам, связанным с инсультом; • безопасному глотанию и подходящим модификациям питания; • управлению поведением и психологическим вопросам.	В
2.8 Службы по реабилитации сообщества и последующее наблюдение врача	
2.8.1 Междисциплинарные службы по реабилитации и вспомогательные службы должны иметься в наличии, чтобы осуществить раннюю выписку пациентов, перенёсших инсульт.	А
2.8.2 Медицинские организации с организованной стационарной службой инсульта должны предоставлять услуги по комплексной, специализированной междисциплинарной реабилитации для людей с инсультом и их семей, лиц, осуществляющих уход.	А
2.8.3 Услуги реабилитации после выписки из больницы должны предлагаться всем пациентам с инсультом и при необходимости предоставляться в домашних условиях.	В

2.8.4 Контактная и справочная информация должны предлагаться всем людям с инсультом и семьям, лицам, ухаживающим за больными после выписки.	С
2.8.5 Специалисты должны предоставить пациентам информацию по определению и управлению депрессией, скринингу и помощи с целью координации соответствующих вмешательств через практикующего врача.	С
2.8.6 Люди с инсультом и лица, осуществляющие уход, семьи должны быть обеспечены контактной информацией о специализированной службе по инсульту и контактном лице (в больнице или поликлинике) с целью обращения по любым вопросам после выписки в течение одного года после выписки.	GPP
2.9 Услуги продолжительной реабилитации	
2.9.1 Продолжительность реабилитации должна быть адаптирована к конкретному пациенту на основе его ответа на вмешательства, а не на произвольном периоде времени.	GPP
2.9.2 Люди с инсультом, у которых есть остаточные нарушения в конце периода реабилитации, должны быть осмотрены регулярно (минимум, ежегодно), врачом общей практики (участковым невропатологом), чтобы рассмотреть вопрос о необходимости дальнейшего вмешательства. Это включает анализ того, изменилась ли физическая или социальная среда и состояние человека.	GPP
2.9.3 Люди с инсультом с остаточными нарушениями классифицируемые, как нуждающиеся в дальнейшей реабилитации, должны получать лечение с целью установления новых целей и улучшения деятельности, ориентированной на задачи.	В

2.9.4 Постинсультные пациенты с подтвержденными трудностями в выполнении задач, инструментальной активности, профессиональной активности или активности на отдыхе должны иметь документированный план управления, обновленный и призванный решить эти вопросы.	GPP
2.9.5 Люди с инсультом должны стимулироваться к участию в долгосрочной программе реабилитации.	C
2.10 Транзиторная ишемическая атака (ТИА)	
2.10.1 Все пациенты с подозрением на ТИА должны наблюдаться службами, позволяющими осуществить быстрое обследование и раннее лечение в течение 24 часов с начала появления патологических симптомов.	C
2.10.2 Те пациенты, у кого был определен высокий риск развития осложнений (мерцательная аритмия, плотный стеноз сонных артерий, или крешендо ТИА) должны быть срочно госпитализированы (желательно помещены в отделение инсульта или направлены в клинику со специалистами по ТИА) для проведения быстрого обследования и лечения.	C
2.10.3 Те пациенты, у кого был определен низкий риск развития осложнений могут наблюдаться в амбулаторных условиях или госпитализированы в стационар и наблюдаться там в течение 7 дней.	GPP
2.11 Стандартное обследование	
2.11.1 Клиницисты должны использовать достоверные методы обследования или меры, соответствующие потребностям пациента, с целью принятия клинических решений.	GPP

2.12 Постановка целей	
2.12.1 Каждый человек с инсультом и его семья, лицо, осуществляющее уход за больным вовлеченный в процесс восстановления должны иметь возможность озвучить свои желания и ожидания.	GPP
2.12.2 Каждый человек с инсультом и его семья, лицо, ухаживающее за больным должен иметь возможность участвовать в процессе постановки целей лечения и реабилитации.	B
2.12.3 Практикующие врачи должны помогать пациентам в постановке целей для реабилитации. Цели должны быть предписанными, специфическими и побудительными. Они должны быть задокументированы, обсуждены и обновляться на регулярной основе.	C
2.12.4 Людям с инсультом должно быть предложено обучение навыкам самоуправления, включающие активное решение проблем и постановку индивидуальных целей.	GPP
2.13 Встречи группы	
2.13.1 Междисциплинарная группа по инсульту должна встречаться регулярно (минимум еженедельно) чтобы обсуждать процесс обследования новых пациентов, рассматривать стратегии лечения пациентов и планы по выписке.	C
2.14 Информация и образование	
2.14.1 Всем людям, перенёсшим инсульт и их семьям, лицам, ухаживающим за больным должны быть предоставлены данные, призванные удовлетворить их потребности в получении информации.	A

2.14.2 Информация должна предоставляться на различных стадиях процесса реабилитации.	В
2.14.3 Регулярное наблюдение врача должно осуществляться по отношению к людям с инсультом и их семьям, лицам, осуществляющим уход за больными с целью разъяснения или закрепления предоставленной информации.	В
2.15 Встречи с постинсультными пациентами	
2.15.1 Группа по инсульту должна встречаться регулярно с человеком, перенесшим инсульт, и его семьей, лицами, осуществляющих уход с целью вовлечения их в процесс консультирования, постановки целей, планирования выписки.	С
2.16 Консультирование	
2.16.1 Консультационные услуги должны предоставляться всем людям с инсультом и их семьям, лицам, ухаживающим за больным во время реабилитации, и могут принимать форму:	В
• активного образовательно-консультативного метода; • информации, дополненной консультированием семьи; • метода консультативного решения проблем.	С
2.17 Перерывы в осуществлении ухода за пациентом	
2.17.1 Люди с инсультом и их семьи должны иметь возможность приостановления ухода за больным. Такой вид помощи может быть предоставлен как в их собственном доме, так и в медицинской организации.	GPP

2.18 Паллиативная помощь	
2.18.1 Тщательное исследование прогностических факторов риска или риска предстоящей смерти должно быть проведено для пациентов с острым инсультом с ухудшающимся состоянием.	GPP
2.18.2 Пациенты с инсультом и их семьи, лица, ухаживающие за больным должны иметь доступ к группе специалистов по оказанию паллиативной помощи и иметь возможность получения помощи, которая соответствует принципам и канонам оказания паллиативной помощи.	B
2.18.3 Протокол оказания паллиативной помощи при инсульте может быть использован для поддержки людей с инсультом и их семьи, лиц, осуществляющих уход за больными с целью достижения временного облегчения состояния людей, с высокой вероятностью летального исхода.	D
2.19 Улучшение службы инсульта	
2.19.1 Все службы по лечению инсульта должны быть вовлечены в мероприятия по улучшению качества медицинской помощи, которые включают регулярный аудит и обратную связь (минимум каждые два года).	B
2.19.2 Индикаторы, основанные на национально согласованных стандартах помощи должны использоваться при проведении аудита.	GPP
2.19.3 Врачи общей практики должны классифицировать пациентов с инсультом в рамках существующих баз данных врачебной практики, чтобы позволить провести аудит и пересмотр методов ведения пациентов с инсультом и ТИА.	B

2.20 Распознавание симптомов инсульта	
2.20.1 Общество должно получать информацию, основанную на том, как распознать симптомы инсульта и важность ранней медицинской помощи.	B
2.20.2 Концепция FAST (лицо, рука, речь, время) является подходящей стратегией для проведения кампаний по повышению осведомленности общественности о ТИА и инсульте.	GPP
2.21 Предстационарная помощь	
2.21.1 Пациенты с инсультом должны быть классифицированы службой скорой медицинской помощи, как пациенты с высоким приоритетом оказания медицинской помощи.	C
2.21.2 Службы скорой медицинской помощи должны использовать подтвержденные методы предстационарного обследования инсульта и использовать их при оказании помощи пациентам с подозрением на инсульт.	B
2.21.3 Медицинские службы и службы скорой медицинской помощи должны разработать и использовать системы предварительного уведомления о случаях инсульта.	C
2.21.4 Службы скорой медицинской помощи должны госпитализировать пациентов с подозрением на инсульт в специализированные неврологические отделения.	C
3. РАННЕЕ ОБСЛЕДОВАНИЕ И ДИАГНОСТИКА	
3.1 Обследование пациентов с подозрением на ТИА	
3.1.1. Все пациенты с подозрением на ТИА должны пройти полное обследование, которое включает тща-	B

тельный опрос, клинические и лабораторные методы исследования на начальном этапе оказания медицинской помощи	
3.1.2 Дальнейшее обследование должно регулярно осуществляться для всех пациентов с подозрением на ТИА и включать в себя: общий анализ крови, электролиты, скорость оседания эритроцитов, исследования почечной функции, липидный профиль, уровень глюкозы, и ЭКГ.	GPP
3.1.3 Пациенты, классифицированные как пациенты с высоким риском развития осложнений должны пройти срочную томографию мозга (желательно МРТ), («срочно» значит немедленно, там, где имеется в наличии, но не позднее 24 часов). Томография сонной артерии должна быть проведена срочно (в течение 24 часов) у пациентов с симптомами поражения сонной артерии. В местах с ограниченным доступом к этим исследованиям, пациенты должны быть направлены в ближайшую медицинскую организацию, где такие анализы могут быть проведены незамедлительно.	B
3.1.4 Пациенты, классифицированные как пациенты с низким риском, должны пройти томографию мозга и сонной артерии (при необходимости) в течение семи дней.	B
3.2 Быстрое обследование в отделении неотложной помощи	
3.2.1 Диагноз инсульта должен быть выставлен клиницистом, имеющим опыт ведения инсультных больных.	C
3.2.2 Протоколы оказания медицинской помощи, разработанные совместно с сотрудниками служб скорой неотложной помощи, отделением неотложной помощи	C

и группой врачей по острому инсульту должны быть использованы для ведения всех пациентов с подозрением на инсульт.	
3.2.3 Персонал отделения неотложной помощи должен использовать подтвержденную методику обследования пациентов с подозрением на инсульт с целью как можно скорейшей постановки диагноза.	C
3.2.4 Диагноз инсульта должна быть выставлен и обоснован опытным клиницистом в приемном отделении.	C
3.3 Рентгенологическое обследование	
3.3.1 Все пациенты с подозрением на инсульт должны пройти КТ мозга или МРТ («срочно» означает немедленно, где есть в наличии, но в течение 24 часов). Пациенты, являющиеся кандидатами на проведение процедуры тромболизиса должны пройти обследование немедленно.	A
3.3.2 В случае ухудшения состояния пациента оценка состояния и повторная КТ мозга или МРТ должны быть осуществлены в срочном порядке.	GPP
3.3.3 Все пациенты с симптомами поражения сонной артерии, которые будут потенциально кандидатами на повторную васкуляризацию сонной артерии должны пройти срочную томографию сонной артерии.	B
3.3.4 Дальнейшая томография мозга, сердца и сонной артерии должны быть проведены следующим группам пациентов: • пациентам, у которых первоначальное обследование не подтвердило вероятную причину ишемии; • пациентам с более чем одной ТИА в анамнезе; • пациентам, которые подлежат хирургическому воздействию на сонную артерию.	B

3.4 Другие виды исследования	
3.4.1 Следующие виды исследования должны регулярно проводиться всем пациентам с подозрением на инсульт: развёрнутый анализ крови, ЭКГ, электролиты, исследования почечной функции, исследование липидов натошак, скорость оседания эритроцитов и / или С-реактивного белка и глюкозы	GPP
3.4.2 Может потребоваться, чтобы пациенты прошли следующие дополнительные исследования: ангиография, рентгенография грудной клетки, кровь на сифилис, протромботический анализ и Холтеровское мониторирование. Эти исследования должны быть выполнены как можно скорее после установления диагноза инсульта, а у отдельных пациентов, некоторые из этих исследований возможно должны быть выполнены в качестве неотложной процедуры.	GPP
4. НЕОТЛОЖНАЯ МЕДИЦИНСКАЯ И ХИРУРГИЧЕСКАЯ ПОМОЩЬ	
4.1 Тромболизис	
4.1.1 Внутривенный тканевый активатор плазминогена (ТАП) при остром ишемическом инсульте следует назначать пациентам, удовлетворяющим критериям проведения процедуры тромболизиса.	A
4.1.2 Внутривенный ТАП следует ввести, как можно раньше тщательно отобраным пациентам с острым ишемическим инсультом, так как эффект воздействия процедуры тромболизиса является зависимым от времени. Вмешательство должно начаться в первые несколько часов, но может быть выполнено в течение 4,5 часов после начала инсульта.	A

4.1.3 Введение внутривенного ТАП должно осуществляться врачом, прошедшим специальное обучение и имеющим опыт ведения пациентов с острым инсультом.	В
4.1.4 Тромболизис должен быть выполнен только в условиях стационара с подходящей инфраструктурой, организационной и коммуникационной поддержкой. Это включает: • междисциплинарную группу неотложной помощи с опытом ведения пациентов с инсультом и осуществления процедуры тромболизиса; • протоколы, используемые для оказания медицинской и медсестринской помощи. Пути и протоколы должны включать методы воздействия на высокое артериальное давление; • немедленный доступ к средствам рентгенологического обследования и обученный персонал по интерпретации результатов визуализации.	GPP
4.1.5 Минимальный набор данных от всех пациентов с проведённой процедурой тромболизиса должен соответствующим образом оформлен и задокументирован с целью мониторинга, обзора, сравнения и бенчмаркинга ключевых результатов измерений за период времени.	С
4.1.6 Начало назначения аспирина у пациентов, которым был осуществлён тромболизис должно быть отложено на 24 часа (обычно после последующего исследования, чтобы исключить обильное кровотечение).	GPP
4.2 Интервенционная терапия	
4.2.1 Интра-артериальный тромболизис в течение 6 часов может применяться у тщательно отобранных пациентов.	В

4.2.2 Каждый крупный центр должен иметь специальное оборудование и системы для осуществления тромболизиса.	GPP
4.2.3 В настоящее время имеется недостаточное количество доказательств для использования механического извлечения тромба в повседневной клинической практике.	GPP
4.3 Антитромботическая терапия	
4.3.1 Аспирин per os (или через назогастральный зонд или в виде суппозитория для тех, у кого дисфагия) следует назначить как можно скорее после начала развития симптомов инсульта, если сканирование КТ/МРТ исключает кровотечение. Первая доза должна быть минимум 150 до 300 мг. Затем доза может быть снижена (например, 100 мг ежедневно) в последующие несколько недель.	A
4.3.2 Повседневное использование ранней антикоагуляции у всех пациентов, не прошедших специальный отбор и обследование после ишемического инсульта/ТИА не рекомендуется.	A
4.4 Снижение критического артериального давления	
4.4.1 Если артериальное давление является слишком высоким (например, для ишемического инсульта выше 220/120 мм.рт.ст. для интрацеребрального кровоизлияния выше 180/100 мм.рт.ст.) антигипертензивная терапия может быть начата или пересмотрена, но артериальное давление должно снижаться очень осторожно (например, на не более чем 10-20%), а пациент осматривен на признаки неврологического ухудшения.	GPP

4.4.2 При остром первичном интрацеребральном кровоизлиянии, лекарственные средства (которые могут включать внутривенное лечение) могут быть использованы для поддержания артериального давления ниже 180 мм.рт.ст. систолического (среднее артериальное давление 130 мм.рт.ст.) если сильная гипертензия наблюдается в течение первых 24-48 часов с начала инсульта.	GPP
4.4.3 Предшествующая антигипертензивная терапия может быть продолжена (per os или через назogaстральный зонд) при условии, что отсутствует симптоматическая гипертензия или другая причина, препятствующая антигипертензивному лечению.	GPP
4.5 Хирургическое лечение при ишемическом инсульте и лечение отека головного мозга	
4.5.1 Отобранные пациенты (например, 18-60 лет, менее 48 часов с начала симптомов) с инфарктом средней церебральной артерии должны быть срочно направлены к нейрохирургу для решения вопроса о проведении гемикраниэктомии.	A
4.5.2 Кортикостероиды не рекомендуются для лечения пациентов с отеком мозга и повышенным внутричерепным давлением.	A
4.5.3 Осмотерапия и гипервентиляция могут быть назначены при проведении консультации нейрохирурга.	C
4.5.4 В настоящее время имеется недостаточное количество доказательств для использования внутричерепного эндоваскулярного вмешательства.	D

4.6 Геморрагический инсульт (ГИ)	
4.6.1 Использование гемостатических препаратов с рекомбинантным активированным фактором VII (rFVIIa) в настоящее время рассматривается как экспериментальное и не рекомендуется для использования за пределами клинических испытаний.	B
4.6.2 Если пациенты с ГИ получали антикоагулянты до инсульта, необходимо немедленно отменить антикоагулянтную терапию (например, с использованием комбинации концентрата протромбинового комплекса, витамина К и свежзамороженной плазмы).	D
4.6.3 Кортикостероиды не должны назначаться в плановом порядке пациентам с ГИ, но могут быть рекомендованы пациентам с подозрением на новообразование.	C
4.6.4 Осмотические диуретики, включая глицерин и маннитол не рекомендуются пациентам с первичным ГИ.	C
4.6.5 Для большинства пациентов с ГИ, целесообразность хирургического вмешательства является неопределенной. Хирургическое лечение при супратенториальном ГИ может проводиться только тщательно отобранным пациентам. У пациентов с лобарными (долевыми) сгустками > 30 мл, в 1 см от поверхности, эвакуацию сгустков крови при супратенториальном ГИ можно осуществить обычной краниотомией.	C
4.6.6 Пациенты с супратенториальным ГИ должны быть направлены в стационар для нейрохирургического обследования в случае наличия гидроцефалии.	GPP

4.6.7 Пациенты с внутримозговым кровоизлиянием, у которых есть неврологическое ухудшение или у которых имеется компрессия ствола мозга и/или гидроцефалия из-за вентрикулярной обструкции должны быть осмотрены нейрохирургом для решения вопроса о проведении оперативного вмешательства.	GPP
4.7 Психологический мониторинг	
4.7.1 Пациентам должен быть определён неврологический статус (например, Glasgow Coma Scale), а жизненно важные параметры, включая пульс, артериальное давление, температуру, насыщение кислородом, глюкоза и тип дыхания, должны регулярно отслеживаться и регистрироваться. Во время острой фазы, частота таких наблюдений определяется статусом пациента.	C
4.8 Оксигенотерапия	
4.8.1 Пациентам с гипоксией (например, насыщение кислородом <95%) должна проводиться дополнительная оксигенация.	GPP
4.8.2 Постоянная оксигенация не рекомендуется людям с острым инсультом, у которых не выявлена гипоксия.	C
4.9 Гликемический контроль	
4.9.1 Интенсивное раннее достижение нормогликемии в настоящее время не рекомендуется.	B
4.9.2 При поступлении в стационар всем пациентам должен быть определён уровень глюкозы крови и при необходимости должна быть назначена сахароснижающая терапия.	GPP

4.10 Нейропротекция	
4.10.1 Назначение нейропротекторов (в том числе гипотермическое охлаждение) следует использовать лишь в рамках рандомизированных контролируемых исследований.	A
4.10.2 Люди с острым ишемическим инсультом, получавшие статины до госпитализации могут продолжать лечение статинами.	B
4.11 Гипертермия	
4.11.1 При остром инсульте, жаропонижающее лечение, включающее назначение парацетамола и/или меры физического охлаждения, должны использоваться только в случае повышения у пациента температуры тела.	C
4.12 Эпилепсия	
4.12.1 Противосудорожные препараты должны быть назначены пациентам с повторными эпилептическими приступами после инсульта.	GPP
4.13 Комплементарная и альтернативная терапия	
4.13.1 Применение следующих комплементарных и альтернативных методов лечения инсульта не рекомендуется: • Акупунктура; • Лекарственные травы.	B
4.13.2 Врачи должны быть осведомлены о различных формах комплементарных и альтернативных методов лечения и быть готовыми обсудить их с людьми, перенесшими инсульт и их семьями.	GPP

5. ВТОРИЧНАЯ ПРОФИЛАКТИКА	
5.1 Изменение образа жизни	
5.1.1 Каждый пациент с инсультом должен быть обследован и проинформирован о возможных факторах риска для своего состояния здоровья и возможных стратегиях для воздействия на выявленные факторы риска. Факторы риска и вмешательства включают в себя: • прекращение курения: никотино заместительная терапия, назначение бупропиона или нортриптилина; • соблюдение диеты: диета с низким содержанием жиров (особенно насыщенных жиров) и натрия; • регулярные физические нагрузки; • избегание чрезмерного употребления алкоголя.	А В С
5.1.2 Психологические и психотерапевтические вмешательства должны быть индивидуализированы и предоставлены с помощью поведенческих методов (например, образовательное или мотивационное консультирование).	А
5.2 Фармакологическое лечение	
5.2.1 Эффективные меры для содействия соблюдению режима приёма лекарственных средств должны носить комплексный характер и включать комбинации из следующих действий: • напоминания, самоконтроль, консультирование, семейная терапия, контроль пациента врачом по телефону, поддерживающая терапия, или помощь в подборе доз препарата; • информирование и образовательная поддержка, как в условиях стационара, так и после выписки пациента.	В

5.3 Снижение артериального давления	
5.3.1 Все пациенты после инсульта или ТИА, с повышенным или нормальным артериальным давлением, должны получать антигипертензивную терапию для вторичной профилактики, при условии отсутствия противопоказаний.	A
5.3.2 Подбор антигипертензивной терапии должен быть проведён до выписки пациентов с инсультом или ТИА из стационара.	B
5.3.3 Необходимо соблюдать осторожное введение препаратов для снижения АД особенно у пожилых людей из-за риска развития осложнений, таких как симптоматическая гипотония.	GPP
5.4 Антитромботическая терапия	
5.4.1 Продолжительную антитромботическую терапию необходимо назначать всем пациентам с ишемическим инсультом или ТИА, которым не назначена антикоагулянтная терапия.	A
5.4.2 Низкие дозы аспирина и дипиридамола или только клопидогрела следует назначать всем пациентам с ишемическим инсультом или ТИА с учетом сопутствующей патологии пациента.	B
5.4.3 Один только аспирин также может назначаться, в частности, пациентам, которые не переносят аспирин плюс дипиридамол или клопидогрель.	A
5.4.4 Комбинация аспирина и клопидогреля не рекомендуется для вторичной профилактики cerebrovascularных заболеваний у пациентов, которые не имеют острого коронарного заболевания или недавно установленного коронарного стента.	A

5.5 Антикоагулянтная терапия после ишемического инсульта	
5.5.1 Антикоагулянтная терапия для вторичной профилактики у пациентов с ишемическим инсультом или ТИА с предполагаемым артериальным происхождением не должна назначаться регулярно, поскольку нет доказательств дополнительных преимуществ по сравнению с антитромботической терапией.	A
5.5.2 Антикоагулянтную терапию для продолжительной вторичной профилактики следует применять у всех пациентов с ишемическим инсультом или ТИА, у которых имеется фибрилляция предсердий или кардиоэмболический инсульт и нет противопоказаний.	A
5.5.3 При остром ишемическом инсульте, назначение антикоагулянтной терапии может быть отложено на срок до двух недель, но должна быть назначена до выписки пациента из стационара.	C
5.5.4 У пациентов с ТИА антикоагулянтная терапия должна быть назначена, как только КТ или МРТ исключили внутримозговое кровоизлияние в качестве причины развития текущего состояния.	GPP
5.6 Антикоагулянтная терапия после геморрагического инсульта	
5.6.1 Существует недостаточно доказательств для четких рекомендаций относительно использования антикоагулянтов или антитромбоцитарной терапии у пациентов с ГИ у которых есть высокий риск тромбоэмболии в будущем.	D
5.6.2 У всех пациентов с ГИ необходимо предвидеть риск тромбозэмболических осложнений, а также риск повторного развития ГИ.	GPP

5.6.3 Риск повторного развития ГИ считается наивысшим у пациентов с лобарным ГИ и предыдущим ГИ в анамнезе. Также риск тромбозмболии высок у пациентов с искусственными клапанами сердца (особенно митрального клапана) и у пациентов с фибрилляцией предсердий.	GPP
5.6.4 Риски назначения антикоагулянтной и антитромбоцитарной терапии после ГИ должны быть обсуждены с пациентами и их семьями, а также задокументированы.	GPP
5.7 Контроль приёма не прямых пероральных антикоагулянтов в домашних условиях	
5.7.1 Контроль приёма препаратов у постели больного с использованием устройства определения протромбинового времени может быть рассмотрен у отдельных пациентов.	B
5.7.2 Пациенты должны быть обучены и повторно обследованы периодически для безопасного контроля приёма антикоагулянтов.	GPP
5.8 Снижение уровня холестерина	
5.8.1 Терапия статинами должна назначаться всем пациентам с ишемическим инсультом или ТИА.	A
5.8.2 Статины не должны назначаться пациентам с геморрагическим инсультом.	B
5.9 Каротидная эндартэктомия	
5.9.1 Каротидная эндартэктомия должна проводиться пациентам с ишемическим инсультом или ТИА сонных артерий, не приводящих к нетрудоспособности с ипсилатеральным стенозом сонных артерий при 70-99% (по критерию NASCET).	A

5.9.2 Каротидная эндартерэктомия быть рекомендована тщательно обследованным пациентам с ишемическим инсультом или ТИА (с учетом возраста, пола и сопутствующей патологии) с 50-69% симптоматическим стенозом сонных артерий (по критериям NASCET) или бессимптомным стенозом сонных артерий > 60% (по критериям NASCET).	A
5.9.3 Соответствующие пациенты со стабильным состоянием должны пройти каротидную эндартерэктомию как можно скорее после инсульта (в идеале в течение двух недель).	A
5.9.4 Каротидная эндартерэктомия должна проводиться только специалистом хирургом в условиях специализированных центров.	B
5.9.5 Каротидная эндартерэктомия не рекомендуется тем, у кого имеется симптоматический стеноз <50% (по критериям NASCET) или бессимптомный стеноз <60% (по критериям NASCET).	A
5.9.6 Стентирование сонной артерии не следует рекомендовать пациентам со стенозом сонных артерий.	A
5.10 Сопутствующий сахарный диабет	
5.10.1 Пациенты с непереносимостью глюкозы или сахарным диабетом должны вестись в соответствии с утверждёнными руководствами для лечения диабета.	GPP
5.11 Пациенты с открытым овальным окном	
5.11.1 Все пациенты с ишемическим инсультом или ТИА и открытым овальным окном должны получать антитромбоцитарную терапию в качестве терапии выбора.	C

5.11.2 Антикоагулянтная терапия также может быть рекомендована пациентам с ишемическим инсультом или ТИА и открытым овальным окном с учётом других факторов риска.	C
5.11.3 В настоящее время недостаточно доказательств для рекомендации закрытия открытого овального окна	GPP
5.12 Заместительная гормональная терапия	
5.12.1 Использование заместительной гормональной терапии (ЗГТ) на момент инсульта должно быть прекращено. Решение о том, чтобы начать или продолжить ЗГТ у пациентов с инсультом или ТИА, следует обсудить с пациентом и принять решение на основании оценки потенциального риска и пользы.	B
5.13 Применение оральных контрацептивов	
5.13.1 Решение о том, чтобы начать или продолжить принимать оральные контрацептивы у женщин фертильного возраста с инсультом должны быть обсуждены непосредственно с пациентом и на основании оценки риска и пользы.	C
6. РЕАБИЛИТАЦИЯ И ВОССТАНОВЛЕНИЕ	
6.1 Объём и интенсивность реабилитационных мероприятий	
6.1.1 Реабилитация должна быть построена так, чтобы предоставить пациенту как можно больше реабилитационных мероприятий в течение первых шести месяцев после инсульта.	A
6.1.2 Физическая реабилитация пациентам, проходящим активную реабилитацию должна быть представлены как можно в большем объёме и должна составлять не менее одного часа активной практики в день (минимум пять дней в неделю).	GPP

6.1.3 Специальные тренировки (видео-тренировки) должны использоваться пациентами, чтобы увеличить объём получаемых реабилитационных мероприятий.	В
6.1.4 Лечение дисфагии или трудностей в общении также должно быть предоставлено пациентам, проходящим активную реабилитацию.	С
6.1.5 Пациенты должны стараться отрабатывать навыки, полученные на терапевтических сессиях в течение всего оставшегося дня, при необходимости с помощью своей семьи и/или друзей.	GPP
6.2 Сроки реабилитации	
6.2.1 Пациенты должны быть мобилизованы как можно раньше.	В
6.2.3 Лечение афазии должно быть начато, как можно раньше, при условии, что оно переносится пациентом.	В
6.2.4 Тренировка верхних конечностей с использованием физических нагрузок, может начинаться в течение первой недели после инсульта для хорошо отобранных пациентов, однако, раннее высокоинтенсивное воздействие может быть вредным.	С
6.3 Дисфагия	
6.3.1 Все пациенты, перенесшие инсульт должны пройти обследование на наличие нарушений глотания, как можно скорее, минимум в течение 24 часов после поступления.	GPP
6.3.2 Рвотный рефлекс не является достоверным показателем дисфагии и не должен быть использован в качестве объективного критерия.	В

6.3.3 Пациенты должны быть обследованы на наличие нарушений глотания до начала приема еды, питья или лекарственных средств, принимаемых per os.	B
6.3.4 Пациентов, которые не прошли обследование на наличие нарушений глотания следует направить к терапевту для полного обследования. Это может включать в себя инструментальное обследование глотания, например, видеофлюороскопическая измененная бариевая взвесь и/или волоконно-оптическое эндоскопическое обследование. Эти обследования могут быть также использованы для мониторинга в период реабилитации.	GPP
6.3.5 Компенсационные стратегии, такие, как изменение рациона питания, с целью обеспечения безопасного глотания должны быть предоставлены людям с дисфагией на основе анализа конкретных нарушений, выявленных в ходе полного обследования функции глотания.	B
6.3.6 Следующие методы, изолированно или в комплексе, могут быть использованы для уменьшения проявлений дисфагии: • терапии, ориентированные на конкретные группы мышц (например, «Шейкер» терапия); • термо-тактильная стимуляция.	C
6.3.7 Пациенты с дисфагией должны и соблюдать диету. Продолжительность диеты следует регулярно пересматривать.	GPP
6.3.8 Пациенты с постоянной потерей веса и рецидивирующими инфекциями дыхательных путей должны быть срочно обследованы.	GPP

6.3.9 Весь медперсонал и лица, ухаживающие за больными должны получать надлежащее обучение по вопросам питания и техники глотания.	GPP
6.4 Слабость	
6.4.1 Следующие вмешательства должны быть использованы для людей, у которых имеется снижение мышечного тонуса:	B
• прогрессивные упражнения на сопротивление;	C
• электромиографическая биологическая обратная связь в сочетании с традиционной терапией;	B
• электрическая стимуляция.	
6.5 Потеря чувствительности	
6.5.1 Пациенты с инсультом должны быть обследованы соответствующим специалистом на предмет потери, снижения или изменения чувствительности, в том числе повышенной чувствительности. Эта информация должна быть доведена до пациента, его семьи, лиц, осуществляющих уход для корректировки стратегий лечения.	GPP
6.5.2 Пациентам с инсультом, у которых есть потеря чувствительности, может проводиться сенсорное обучение.	C
6.6 Нарушения зрения	
6.6.1 Пациенты с инсультом, у которых имеются нарушения зрения и/или восприятия, должны быть обследованы с использованием специальных инструментов. В случае обнаружения патологии, пациент должен быть направлен к офтальмологу на полное обследование.	GPP

6.6.2 Очки с призмами Френеля могут быть использованы для улучшения зрительных функций у людей с одноименной односторонней слепотой.	С
6.6.3 Компьютерное улучшение зрения может быть использовано, чтобы улучшить функцию зрения у людей с недостатками поля зрения.	С
6.7 Сидение	
6.7.1 Практика сидения с наблюдением, либо помощью должна быть использована людьми, у которых имеются трудности с сидением.	В
6.8 Вставание	
6.8.1 Практика вставания с кровати под наблюдением, либо помощью должна быть использована людьми, у которых имеются трудности с вставанием.	А
6.9 Ходьба	
6.9.1 После тщательного обследования специалистом, все пациенты с нарушением ходьбы должны иметь возможность развития данной функции.	А
6.9.2 Следующие вмешательства могут быть рекомендованы в дополнение к традиционным упражнениям:	В
• маршировка; • механически осуществляемая ходьба (беговая дорожка); • обучение виртуальной реальности.	С
6.9.3 Голеностопный ортопедический аппарат может быть использован для людей с постоянно свисающей стопой. В случае применения, голеностопный ортопедический аппарат должен быть индивидуально подобран.	С

6.10 Деятельность верхних конечностей	
6.10.1 Для людей с нарушением функции верхних конечностей должно быть назначено одно или несколько следующих вмешательств, с целью скорейшего восстановления функций:	В
• двигательная терапия с помощью ограничений; • обучение с помощью механических средств; • повторяющееся обучение.	
6.10.2 Одно или более следующих вмешательств могут быть использованы в дополнение к вмешательствам, перечисленным выше:	С
• ментальная практика; • зеркальная терапия; • электрическая стимуляция; • двухстороннее обучение.	
6.11 Деятельность в повседневной жизни	
6.11.1 Пациенты с трудностями в выполнении повседневных действий должны быть осмотрены обученным клиницистом.	А
6.11.2 Пациенты с подтвержденными трудностями в обслуживании себя должны пройти специфическую терапию для решения этих вопросов.	В
6.11.3 Медицинский персонал, постинсультный пациент и лицо, ухаживающее за больным, а также его семья должны быть проконсультированы относительно доступных техник и вспомогательного оборудования, чтобы достичь максимальных результатов реабилитации.	GPP
6.11.4 Люди с трудностями в передвижении должны предпринять приспособленные стратегии, такие, как	В

эскортируемые прогулки на улицу, которые могут включать практику пересечения дорог, походы в местные магазины, поездки на автобусе или поезде, помощь в возобновлении вождения машины.	
6.11.5 Назначение амфетаминов с целью повышения активности пациентов в настоящий момент не рекомендуются.	В
6.11.6 Регулярное применение акупунктуры или в комбинации с традиционными травяными лекарственными препаратами в настоящий момент не рекомендуется при реабилитации инсульта.	В
6.12 Афазия	
6.12.1 Все пациенты должны быть осмотрены на предмет нарушения коммуникативных функций.	С
6.12.2 Пациенты с подозрением на трудности с коммуникацией должны полное обследование у соответствующего специалиста..	GPP
6.12.3 В случае обнаружения афазии, клиницист должен: • задокументировать предполагаемый диагноз; • объяснить и обсудить характер ухудшения с пациентом, семьей и лицом, ухаживающим за больным и лечащей группой и обсудить, какие стратегии или техники могут улучшить общение; • в сотрудничестве с пациентом и семьей, лицом, осуществляющим уход, определить цели терапии и разработать план мероприятий. Планы должны периодически пересматриваться; • убедиться, что все члены междисциплинарной группы знают и подготовлены по соответствующим	GPP

стратегиям для обследования нарушений, активности и участия при афазии, и знают о том, как афазия может влиять на способ проведения вмешательств по реабилитации, оказываемых междисциплинарной группой.	
6.12.4 Вся письменная информация о состоянии пациента, наличии афазии должны находиться в стационаре и иметь утверждённый формат.	D
6.12.5 Альтернативные средства общения (такие как жест, рисунок, , использование вспомогательных и альтернативных средств общения) должны быть организованы подходящим для пациента образом.	GPP
6.12.6 Все вмешательства должны быть индивидуально приспособлены к нуждам пациента:	C
• построение предложений, чтение и письмо относятся к моделям полученным из когнитивной невропсихологии; • использование жестов; • техники поддерживаемого разговора; • предоставление терапевтических программ через компьютер.	D
	C
	C
6.12.12 До тех пор пока клиническая безопасность не подтвердится и польза четко не превысит вред, регулярное использование пирацетама следующих не рекомендуется.	B
6.12.13 Групповая терапия и группы общения могут использоваться для лечения людей с афазией, и должны использоваться у пациентов с хронической или продолжительной афазией.	C
6.12.14 Люди с хронической или продолжительной афазией должны быть взяты на контроль по уровню фона настроения.	GPP

6.12.15 Барьеры окружающей среды, с которыми сталкиваются люди с афазией должны быть преодолены через обучение партнеров по общению, повышение осведомленности и образования об афазии. Люди с афазией из культурно и лингвистически разнообразных уровней могут потребовать помощи, например, обученных переводчиков по здравоохранению.	GPP
6.12.16 Воздействие афазии на функциональные действия, участие и качество жизни, включая воздействие на отношения, отдых и работу, должно быть выявлено и проанализировано в ранний период после начала инсульта.	GPP
6.13 Апраксия речи	
6.13.1 Пациенты с подозрением на моторные трудности с речью должны быть полностью обследованы.	GPP
6.13.2 Вмешательства, направленные на моторные функции речи должны быть индивидуально подобраны и нацелены на артикуляторную постановку, скорость речи и ритм, увеличивая длину и сложность слов и предложений, включая производство лексического, фразового и сопоставительного ударения. К тому же терапия может включать:	C
• метод интегральной стимуляции с моделированием, визуальным сигналом, артикуляторной постановкой; • принципы моторного изучения чтобы структурировать практические занятия; • терапия PROMPT.	D
6.13.6 В функциональных занятиях рекомендуется использование вспомогательных модальностей общения, таких как средства, стимулирующие жесты или речь.	D

6.14 Дизартрия	
6.14.1 Пациенты с нечеткой или неразборчивой речью должны быть обследованы с целью определения характера и причины нарушения речи.	GPP
6.14.2 Вмешательства для лечения дизартрии могут включать: • биообратную связь или усиление звука чтобы изменить интенсивность и увеличить громкость; • интенсивную терапию нацеленную на увеличение громкости; • использование снижение скорости речи, чрезмерная артикуляция или использование жестов.	D GPP
6.14.3 Людям с сильной дизартрией могут быть полезными вспомогательные и альтернативные средства коммуникации для использования их в повседневной жизни.	GPP
6.15 Когнитивно-коммуникационные нарушения	
6.15.1 Постинсультным пациентам с когнитивным вовлечением, у которых имеются трудности в общении, следует пройти полное обследование и разработать тактику лечения, а также образования семьи, поддержки и консультирования.	GPP
6.16 Обследование познания	
6.16.1 Всех пациентов следует обследовать на наличие когнитивных и перцепционных нарушений, используя достоверные и надежные средства обследования.	GPP
6.16.2 Пациенты с когнитивными или перцепционными нарушениями должны быть направлены на полное обследование у невролога.	GPP

6.17 Внимание и концентрация	
6.17.1 Когнитивная реабилитация может быть использована у людей с инсультом с нарушениями внимания и концентрации.	C
6.18 Память	
6.18.1 Любой пациент с нарушением памяти, вызывающим трудности в реабилитации должен:	GPP
• быть направлен на более полное обследование своих нарушенных или сохраняющихся функций памяти; • пройти занятия использованию техник, которые основаны на сохраненных способностях памяти; • пройти обследование, чтобы понять, полезны ли компенсаторные техники по снижению их нетрудоспособности, такие как использование ноутбуков, аудиокассет, электронных органайзеров и аудио будильников;	
• пройти обучение по методам, нацеленным на улучшение их памяти напрямую; • пройти обучение в обстановке, похожей на обычную обстановку для пациента с целью содействия генерализации.	D
	GPP
6.19 Исполнительные функции	
6.19.1 Пациенты с проблемами исполнительного функционирования должны быть обследованы с использованием надежных и достоверных инструментов.	GPP
6.19.2 Внешние устройства, такие как пейджер, могут использоваться для начала каждодневных активных действий у людей с нарушенными исполнительными функциями.	C
6.19.3 Предоставляемая информация для людей с нарушенными исполнительными функциями должна иметь вид, понятный пациентам.	C

6.20 Апраксия	
6.20.1 Люди с подозрением на трудности в выполнении заданий, у которых функция конечностей не нарушена должны быть обследованы на наличие апраксии, и если есть указание на это, пройти полное обследование.	GPP
6.20.2 Для людей с подтвержденной апраксией, различные вмешательства (например, стратегическое обучение) могут использоваться с повышения эффективности ежедневных упражнений.	C
6.21 Агнозия	
6.21.1 Наличие агнозии и её последствий должно быть определено специалистом-неврологом.	GPP
6.21.2 Информация по обследованию должна быть доведена до сведения пациента с агнозией, его семьи, лица, осуществляющего уход за больным.	GPP
6.22 Синдром игнорирования	
6.22.1 Любой пациент с подозрением или фактическим нарушением пространственного знания, например, невнимательность или синдром игнорирования должны пройти полное обследование.	C
6.22.2 Пациенты с односторонним синдромом игнорирования могут быть обследованы с помощью следующих методов:	GPP
• простые сигналы чтобы привлечь внимание к пораженной части;	C D C
• обучение по визуальному сканированию в дополнение к сенсорной стимуляции;	
• обучение мысленным образам или структурной обратной связи;	
• повязка на глаза при выпадении полей зрения.	

7. ВЕДЕНИЕ ВТОРИЧНЫХ ОСЛОЖНЕНИЙ	
7.1 Приём пищи и дегидратация	
7.1.1 Все пациенты с инсультом должны быть обследованы на наличие дегидратации, проконтролированы и управляться при необходимости. Дополнительная дегидратация должна использоваться быть назначена с целью предотвращения обезвоживания.	B
7.1.2 Все пациенты с острым инсультом должны быть обследованы на наличие нарушений самостоятельно-сти приёма пищи.	B
7.1.3 Все пациенты с острым инсультом у которых есть риск возникновений нарушений приёма пищи, включая тех, у кого имеется дисфагия, должны быть направлены к специалисту для обследования и дальнейшего ведения.	GPP
7.1.4 Скрининг и обследование нарушений самостоятельности приёма пищи должны включать использование достоверных инструментов и средств.	GPP
7.1.5 Оказание дополнительной помощи при приёме пищи должно быть назначено людям с инсультом, у которых имеются нарушения самостоятельности питания.	A
7.1.6 Назогастральное питание является предпочтительным методом во время первого месяца после инсульта для людей, у которых не восстановилось функциональное глотание.	B
7.1.7 У всех пациентов с острым инсультом процесс приёма пищи должен тщательно контролироваться.	GPP

7.2 Гигиена полости рта	
7.2.1 Все пациенты особенно те, у которых имеются трудности с глотанием, должны обязательно поддерживать хорошую гигиену полости рта (включая зубные протезы).	GPP
7.2.2 Персонал или лица, ухаживающие за больным, должны быть обучены методам поддержания гигиены полости рта постинсультного больного.	C
7.3 Мышечная спастичность	
7.3.1 Вмешательства, уменьшающие спастичность не должны осуществляться постоянно пациентам со спазмом слабой и умеренной степени:	GPP
7.3.2 Людям с инсультом, у которых имеется постоянный спазм от умеренной до сильной степени могут быть рекомендованы следующие процедуры: • ботулинический токсин должен быть опробован в сочетании с восстановительной терапией; • электрическая стимуляция в сочетании с биологической обратной связью ЭМГ.	B
7.4 Контрактура	
7.4.1 Для людей с риском развития контрактур, проходящих активную реабилитацию, добавление пролонгированного позиционирования мышц в растягивающемся положении, чтобы поддержать объем движений не рекомендуется.	B
7.4.2 Упражнение с вертикальным блоком не должно применяться для поддержания объема движений плеча.	C
7.4.3 Пациентам с контрактурами могут быть назначены следующие вмешательства, с целью увеличения объема движений:	C

• электрическая стимуляция; • наложение шины.	
7.5 Подвывихи	
7.5.1 Пациентам с сильной слабостью, находящихся в риске развития подвывиха плеча, рекомендуется назначение следующих вмешательств, с целью минимизации подвывиха: • электрическая стимуляция; • твердые поддерживающие средства.	B GPP
7.5.2 Пациентам у которых развился подвывих плеча рекомендуется использование твердых поддерживающих средств (например, подлокотник для кресла-каталки, поднос на колени сидящих кресла-каталки, треугольная повязка) чтобы избежать дальнейших подвывихов.	C
7.5.3 Люди с инсультом, лица, осуществляющие уход и медперсонал должны обладать соответствующими знаниями по уходу за плечом и использованию поддерживающих средств с целью минимизации риска развития подвывих.	GPP
7.6 Боли в плече	
7.6.1 Пациентам с сильной слабостью и болями боли в плече, можно рекомендовать: • плечевую повязку; • вмешательства, повышающие образованность персонала, лиц, ухаживающих за больными и людям с инсультом, чтобы избежать травмы плеча.	B GPP
7.6.2 Пациентам с сильной слабостью, и болями в плече не рекомендуются назначение ультразвука, т.к. нет четкого доказательства эффективности данного вмешательства.	C

7.7 Центральная боль после инсульта	
7.7.1 Людям с инсультом, у которых имеется неразрешимая центральная боль после инсульта должны назначаться: • трициклические антидепрессанты (например, сначала амитриптилин с последующим принятием других трициклических препаратов или венлафаксин); • противосудорожные препараты (например, карбамазепин).	В
	С
7.7.2 Любой пациент, чья центральная боль после инсульта не регрессирует в течение нескольких недель, должен быть направлен к соответствующему специалисту для решения вопроса о назначении анальгетиков.	GPP
7.7.3 Другие нарушения опорно-двигательного аппарата следует рассматривать, как потенциальную причину боли пациента.	GPP
7.8 Отек конечностей	
7.8.1 Неподвижным пациентам могут быть рекомендованы следующие вмешательства, чтобы предотвратить отек в руке и ноге: • изделия динамического давления для верхних конечностей; • электрическую стимуляцию; • поднятие руки при покое.	С
	GPP
7.8.2 пациентам с уже развившимся отёком можно рекомендовать следующие вмешательства для уменьшения отёчности: • изделия динамического давления для верхних конечностей; • электрическую стимуляцию; • продолжающееся пассивное движение с поднятием; • поднятие руки при покое.	С
	D
	GPP

7.9 Состояние кардиореспираторной системы	
7.9.1 Реабилитация должна включать вмешательства, увеличивающие кардиореспираторное соответствие, как только человек с инсультом имеет достаточную силу в больших мышечных группах нижних конечностей.	A
7.10 Усталость	
7.10.1 Терапевтические упражнения должны быть расписаны и выполняться, чтобы совпадать с периодами дня, когда человек с инсультом наиболее подвижен и наименее будет физически или когнитивно усталым.	GPP
7.10.2 Люди с инсультом и их семьи, лица, осуществляющие уход за больным должны быть обеспечены информацией об усталости включая потенциальные управленческие стратегии.	GPP
7.11 Недержание мочи	
7.11.1 Все люди с инсультом с подозрением на недержание мочи должны быть осмотрены специалистом.	B
7.11.2 УЗИ мочевого пузыря может быть использован в качестве вспомогательного метода диагностики недержания мочи.	B
7.11.3 Люди с инсультом, у которых имеются трудности с мочеиспусканием, должны иметь сформулированный и задокументированный план восстановления функции мочеиспускания.	C
7.11.4 Использование катетеров следует избегать в качестве первоначальной стратегии ведения пациентов, за исключением критического недержания мочи.	GPP

7.11.5 План по лечению недержания мочи после выписки должен быть разработан совместно с лицом с инсультом и семьей, опекуном до момента выписки пациента из стационара.	GPP
7.11.6 Если недержание продолжается, пациент с инсультом должен быть заново обследован.	GPP
7.11.7 Пациентам с сильным недержанием могут быть рекомендованы:	GPP
• программа спонтанного или запланированного режимов опорожнения мочевого пузыря; • антихолинергические препараты.	B
7.11.8 Для людей с задержкой мочи:	GPP
• регулярное использование постоянных катетеров не рекомендуется. Однако, если задержка мочи является серьезной, то периодическая катетеризация должна быть использована, чтобы помочь опорожнению мочевого пузыря во время госпитализации. Если задержка продолжается, периодическая катетеризация предпочтительнее постоянной катетеризации;	C
• при использовании периодической катетеризации, катетер должен устанавливаться в стационаре в стерильных условиях; • в случае хронической задержки мочи и необходимости проведения катетеризации может быть рассмотрен вопрос об установке надлобкового катетера; • любой пациент с установленным катетером нуждается в информации по уходу за катетером..	GPP
7.12 Недержание кала	
7.12.1 Все люди с инсультом с подозрением на трудности в регуляции функции кишечника должны быть обследованы специалистом.	B

7.12.2 Для пациентов с запором или недержанием должен быть разработан детальный план обследования.	В
7.12.3 Пациентам с дисфункцией кишечника могут быть рекомендованы диеты, регулярное питание и выработка гастрокишечного рефлекса.	С
7.12.4 Если регуляция функции кишечника недостижима, вспомогательные средства сдерживания могут помочь регуляции функции кишечника.	GPP
7.12.5 Образование, внимательное планирование и подготовка выписки необходимы для любого пациента, которого выписывают с недержанием кишечного содержимого.	GPP
7.13 Идентификация	
7.13.1 Все люди с инсультом должны быть обследованы на наличие депрессии с использованием утвержденного инструмента, который был специально разработан для использования среди больных.	GPP
7.13.2 Скрининг депрессии должен осуществляться таким образом, чтобы это было приемлемо и удобно для пациента.	GPP
7.13.3 Пациенты с подозрением на измененное настроение (например, депрессия, тревожность, эмоциональная лабильность) должны быть обследованы квалифицированным персоналом с использованием стандартизированных и проверенных методик.	В
7.14 Профилактические мероприятия	
7.14.1 Психологические стратегии (например, мотивационное интервьюирование) могут быть использованы для предотвращения депрессии после инсульта.	В

7.14.2 Регулярное использование антидепрессантов для предотвращения постинсультной депрессии в настоящее время не рекомендуется.	B
7.15 Медикаментозное и психологическое воздействие	
7.15.1 Антидепрессанты могут назначаться людям, перенесшим инсульт, у которых была диагностирована депрессия с учетом пользы и риска для пациента.	B
7.15.2 Психологическое (когнитивное и поведенческое) воздействие может быть рекомендовано использовано для пациентов с инсультом, у которых была обнаружена депрессия.	B
7.16 Глубокий венозный тромбоз/легочная эмболия	
7.16.1 Ранняя мобилизация и соответствующий уровень регидратации должны быть рекомендованы всем пациентам с острым инсультом, чтобы помочь предотвратить тромбоз глубоких вен (ТГВ) и легочную эмболию (ЛЭ).	B
7.16.2 Антитромбоцитарная терапия должна быть рекомендована пациентам с ишемическим инсультом, с целью предотвращения ТГВ/ЛЭ.	A
7.16.3 Низкомолекулярный гепарин или гепарин в профилактических дозах должен назначаться с осторожностью особенно пациентам с острым ишемическим инсультом при высоком риске тромбоза глубоких вен/ЛЭ. Если низкомолекулярный гепарин противопоказан или его нет в наличии, нефракционированный гепарин также может быть использован.	B
7.16.4 Антитромботическая терапия не рекомендуется для профилактики тромбоза глубоких вен/ЛЭ у пациентов с геморрагическим инсультом.	GPP

7.16.5 Антитромботические чулки с длиной до бедра не рекомендуются для профилактики постинсультного тромбоза глубоких вен/ЛЭ.	В
7.17 Профилактика пролежней	
7.17.1 Все пациенты с инсультом и с ограниченной подвижностью должны пройти оценку риска развития пролежней.	GPP
7.17.2 Все пациенты с высоким риском развития пролежней должны быть снабжены подходящими вспомогательными средствами по борьбе с пролежнями, включая матрац, снимающий пролежни в качестве альтернативы стандартному больничному матрацу.	В
7.18 Снижение риска падений	
7.18.1 Оценка риска падений должна быть проведена в момент поступления в стационар. В случае выявления повышенного риска, необходимо разработать детальный план по снижению выявленных рисков.	GPP
7.18.2 Мультифакториальные вмешательства, включая программу индивидуально назначенных упражнений, должны быть предоставлены людям с риском падений.	В
7.19 Апноэ сна	
7.19.1 Людям с апноэ сна после инсульта должно быть рекомендовано постоянное положительное давление в дыхательных путях (CPAP).	В
8. ДЛИТЕЛЬНОЕ ВОССТАНОВЛЕНИЕ	
8.1 Самоуправление	
8.1.1 Пациенты с инсультом должны знать о возможных типовых программах самоуправления (хрониче-	С

ского заболевания) перед выпиской из стационара, также они должны иметь доступ к таким программам после завершения стационарного лечения.	
8.1.2 Специфические программы по инсульту должны быть предоставлены людям, которые нуждаются в специализированных программах.	GPP
8.1.3 Совместно разработанный план помощи пациентам может быть использован для оптимизации навыков самообслуживания.	GPP
8.1.4 Программы реабилитации в сообществе могут использоваться в целях оптимизации процесса восстановления и социальной реинтеграции.	GPP
8.2 Вождение	
8.2.1 Все пациенты, поступившие в больницу должны быть опрошены, намерены ли они водить машину снова.	GPP
8.2.2 Любой пациент, который желает водить машину должен быть снабжен информацией по перспективе продолжения вождения после инсульта и должен быть обследован на пригодность, чтобы вернуться к вождению.	GPP
8.2.3 Пациенты с инсультом или ТИА не должны возвращаться к вождению в течение месяца после случившегося инсульта. Последующая оценка должна быть проведена неврологом до возвращения пациента к вождению.	GPP
8.2.4 Если пациент считается пригодным к вождению, необходимо провести дальнейшее его обследование. Невролог должен обсудить с пациентом результаты теста и предоставить письменную запись решения пациенту.	GPP

8.3 Отдых	
8.3.1 Целевые программы трудотерапии могут быть использованы с целью увеличения степени участия пациента в процессе реабилитации..	A
8.4 Возвращение к трудовой деятельности	
8.4.1 Пациенты с инсультом, которые, желают продолжить работать должны пройти оценку их состояния, чтобы приступить к работе или получить направление в службу занятости.	GPP
8.4.2 Благоприятное психологическое состояние должно быть фокусом для воздействия на пациентов с инсультом трудоспособного возраста т.к. это является показателем потенциального возврата к трудовой деятельности.	GPP
8.5 Ведение половой жизни	
8.5.1 Людям с инсультом и их партнерам должны быть предложены: • возможность обсудить вопросы, относящиеся к ведению половой жизни с врачом; • письменная информация, рассматривающая вопросы, ведения половой жизни после инсульта; • любые вмешательства, относящиеся к ведению половой жизни, должны быть направлены на решение психологических проблем, а также на восстановление физиологической функции.	GPP
8.6 Поддержка сверстников	
8.6.1 Люди с инсультом их семьи, лица, ухаживающие за больным, должны быть снабжены информацией о наличии и потенциальной пользе местной группы по поддержке инсультных больных до выписки из больницы.	GPP

8.7 Поддержка лиц, осуществляющих уход за больным	
8.7.1 Лица, ухаживающие за больным, должны быть снабжены информацией на всех стадиях процесса восстановления. Это включает (но не ограничивает) предоставление информации об инсульте, членах группы по инсульту и ролях, результатах обследования, планов воздействия, планирования выписки и деталей соответствующих контактов.	C
8.7.2 В случае, если это является желанием пациента с инсультом лица, осуществляющие уход должны быть активно вовлечены в процесс восстановления с оказанием помощи по лечению, планированию выписки, продолжительности реабилитации.	GPP
8.7.3 Лица, ухаживающие за больными с инсультом должны быть снабжены информацией о наличии и потенциальной пользе местных служб и групп поддержки по инсульту, на момент возвращения или до возвращения человека в сообщество.	C
8.7.4 Ухаживающим за больными должны быть предложены услуги по их поддержке после возвращения пациента в сообщество.	C
8.7.5 Помощь должна быть оказана семье, лицу, осуществляющему уход с целью поддержки людей с инсультом, в случае наличия у них поведенческих проблем.	GPP
8.7.6 Информация об имеющейся финансовой поддержке должна быть предоставлена семье, лицам, ухаживающим за больным с инсультом до выписки.	GPP

8.8 Доступ к ресурсам

8.8.1 Усилия по снижению социо-экономических последствий инсульта должны быть направлены на предстационарную стадию первичной и вторичной профилактики.

С

Индикаторы мониторинга/аудита	Ссылки на определенные рекомендации
1. % пациентов с диагнозом инсульт, которым была проведена КТ Формула: (Количество пациентов с диагнозом инсульт, которым была проведена КТ) / (Общее количество пациентов с диагнозом инсульт, находящихся на стационарном лечении). Источник данных: история болезни. Частота определения: раз в полгода. Показатель должен стремиться к 100%.	Рекомендация 3.3.1
2. % пациентов с повышенным внутричерепным давлением, которым были назначены кортикостероиды. Формула: (Количество пациентов с повышенным внутричерепным давлением, которым были назначены кортикостероиды) / (Общее количество пациентов с повышенным внутричерепным давлением, находящихся на стационарном лечении). Источник данных: история болезни. Частота определения: раз в полгода. Показатель должен стремиться к 0%.	Рекомендация 4.5.2

3. % пациентов с ишемическим инсультом, которым были назначены статины. Формула: (Количество пациентов с ишемическим инсультом, которым были назначены статины) / (Общее количество пациентов с повышенным внутричерепным давлением, находящихся на стационарном лечении). Источник данных: история болезни. Частота определения: раз в полгода. Показатель должен стремиться к 100%.	Рекомендация 5.8.1
Методология	
При поддержке консультантов канадской консалтинговой компании CSH был произведен поиск соответствующего клинического руководства в международных медицинских базах данных. При выборе нескольких клинических руководств консультантам проведена экспертиза и оценка их при помощи инструмента AGREE. На основании результатов оценки было рекомендовано клиническое руководство «New Zealand Clinical Guidelines for Stroke Management», разработанное Stroke Foundation of New Zealand (Новая Зеландия) в 2010 году для адаптации рабочей группой в Казахстане. В процессе проведения адаптации были просмотрены все рекомендации клинического руководства и принято решение о возможности сохранения, модификации или отклонения рекомендаций для соответствия потребностям и контексту внедрения в Казахстане.	
Ссылки	
www.rcrz.kz	
www.stroke.org.nz/stroke-health-professionals	