

Всемирная организация здравоохранения (ВОЗ) – специализированное учреждение Организации Объединенных Наций, созданное в 1948 г. и основная функция которого состоит в решении международных проблем здравоохранения и охраны здоровья населения. Европейское региональное бюро ВОЗ является одним из шести региональных бюро в различных частях земного шара, каждое из которых имеет свою собственную программу деятельности, направленную на решение конкретных проблем здравоохранения обслуживаемых ими стран.

Государства-члены

Австрия
Азербайджан
Албания
Андорра
Армения
Беларусь
Бельгия
Болгария
Босния и Герцеговина
Бывшая Югославская Республика Македония
Венгрия
Германия
Греция
Грузия
Дания
Израиль
Ирландия
Исландия
Испания
Италия
Казахстан
Кипр
Кыргызстан
Латвия
Литва
Люксембург
Мальта
Монако
Нидерланды
Норвегия
Польша
Португалия
Республика Молдова
Российская Федерация
Румыния
Сан-Марино
Сербия
Словакия
Словения
Соединенное Королевство
Таджикистан
Туркменистан
Турция
Узбекистан
Украина
Финляндия
Франция
Хорватия
Черногория
Чешская Республика
Швейцария
Швеция
Эстония

EU/06/5049633
E89242R
Оригинал: английский

**Всемирная организация здравоохранения
Европейское региональное бюро**

Scherfigsvej 8, DK-2100 Copenhagen Ø, Denmark
Тел.: +45 39 17 17 17 Факс: +45 39 17 18 18 Эл. адрес: postmaster@euro.who.int
Веб-сайт: <http://www.euro.who.int>



Хельсингборгская декларация о европейских стратегиях в отношении инсульта, 2006 г.

Под редакцией: Т. Kjellström, В. Norrving, А. Shatchkute





ЕВРОПА

**Хельсингборгская декларация
о европейских стратегиях
в отношении инсульта,
2006 г.**

Под редакцией: Т. Kjellström, В. Norrving, А. Shatchkute

РЕЗЮМЕ

Вторая конференция по достижению консенсуса по ведению инсульта состоялась 22–24 марта 2006 г. в г. Хельсингборг (Швеция). Она была организована Международным обществом по внутренним болезням с одобрения Европейского совета по инульту и Международного общества по борьбе с инсультом и при поддержке Европейского регионального бюро ВОЗ. В организации конференции сотрудничали Европейский регион Всемирной конфедерации физической терапии и Европейская ассоциация неврологических медсестер. Также принимала участие организация больных "Союз против инсульта в Европе".

На конференции была принята Хельсингборгская декларация 2006 года о европейских стратегиях в отношении инсульта – заявление об общих целях и задачах в пяти аспектах борьбы с инсультом (организация служб помощи больным с инсультом, ведение острого инсульта, профилактика, реабилитация, оценка клинического исхода инсульта и оценка качества помощи), которые должны быть достигнуты к 2015 году.

Ключевые слова

CEREBROVASCULAR ACCIDENT – prevention and control – therapy
CEREBROVASCULAR ACCIDENT – rehabilitation
TREATMENT OUTCOME
QUALITY ASSURANCE, HEALTH CARE
STRATEGIC PLANNING
TREATIES
EUROPE

EUR/06/5049633

Запросы относительно публикаций Европейского регионального бюро ВОЗ следует направлять по адресу:

Publications
WHO Regional Office for Europe
Scherfigsvej 8
DK-2100 Copenhagen Ø, Denmark

Кроме того, запросы на документацию, информацию по вопросам здравоохранения или разрешение на цитирование или перевод документов ВОЗ можно заполнить в онлайн-режиме на сайте Регионального бюро:

<http://www.euro.who.int/pubrequest?language=Russian>.

© Всемирная организация здравоохранения, 2007 г.

Все права защищены. Европейское региональное бюро Всемирной организации здравоохранения охотно удовлетворяет запросы о разрешении на перепечатку или перевод своих публикаций частично или полностью.

Обозначения, используемые в настоящей публикации, и приводимые в ней материалы, не отражают какого бы то ни было мнения Всемирной организации здравоохранения относительно правового статуса той или иной страны, территории, города или района или их органов власти или относительно делимитации их границ. Пунктирные линии на географических картах обозначают приблизительные границы, относительно которых пока что еще может не быть полного согласия.

Упоминание тех или иных компаний или продуктов отдельных изготовителей не означает, что Всемирная организация здравоохранения поддерживает или рекомендует их, отдавая им предпочтение по сравнению с другими компаниями или продуктами аналогичного характера, не упомянутыми в тексте. За исключением случаев, когда имеют место ошибки и пропуски, названия патентованных продуктов выделяются начальными прописными буквами.

Всемирная организация здравоохранения приняла все разумные меры предосторожности для проверки информации, содержащейся в настоящей публикации. Тем не менее, опубликованные материалы распространяются без какой-либо четко выраженной или подразумеваемой гарантии. Ответственность за интерпретацию и использование материалов ложится на пользователей. Всемирная организация здравоохранения ни в коем случае не несет ответственности за ущерб, связанный с использованием этих материалов. Мнения, выраженные в данной публикации авторами, редакторами или группами экспертов, необязательно отражают решения или официальную политику Всемирной организации здравоохранения.

СОДЕРЖАНИЕ

Стр.

Введение	1
К истории вопроса	1
Хельсингборгская декларация 2006 года	1
1. Организация служб помощи больным с инсультом	2
Цель к 2015 году	2
Основные требования	2
Помощь в остром периоде	3
Инсультные отделения	4
Реабилитация	5
Сотрудничество между специалистами и неспециалистами	6
Приоритеты в области научных исследований и разработок	7
2. Ведение острого инсульта	8
Цели на 2015 год	8
Осведомленность	8
Диагностика	8
Основные действия при оказании помощи	9
Специфическое медикаментозное лечение	9
Хирургическое лечение	10
Ведение осложнений после острого инсульта	10
Доказательная терапия	11
Приоритеты в области научных исследований и разработок	11
3. Профилактика	12
Цели на 2015 год	12
Основные требования	12
Вмешательства с целью изменения образа жизни	13
Медикаментозное лечение	13
Выявление и ведение больных со стенозом сонных артерий	14
Приоритеты в области научных исследований	15
4. Реабилитация после инсульта	16
Цель на 2015 год	16
Основные требования	16
Роль больных и членов их семьи	16
Многопрофильная реабилитационная бригада	17
Меры вмешательства	17
Роль окружающей среды	18
Важность обеспечения непрерывности медицинской помощи	18
Роль организаций больных	19
Приоритеты в области научных исследований	19
5. Оценка исхода инсульта и оценка качества оказываемой помощи	20
Цель на 2015 год	20
Общие принципы	20
Основные показатели для оценки качества помощи	21
Факультативные показатели для оценки качества помощи	22
Приложение 1. Сайты национальных и международных программ учета качества	23
Приложение 2. Распространение Хельсингборгской декларации 2006 г	24

Введение

К истории вопроса

Инсульт является одной из ведущих причин смерти и инвалидности в Европе. По мере старения населения Европы бремя этого заболевания для общества будет становиться все тяжелее.

В ноябре 1995 года в г. Хельсингборг (Швеция) состоялась Общеевропейская конференция по достижению консенсуса в отношении ведения инсульта. Конференция была созвана для изучения новейших знаний, основанных на фактических данных в области ведения инсульта, и постановки целей, которые должны были быть достигнуты к 2005 году. Конференция была организована Европейским региональным бюро Всемирной организации здравоохранения (ВОЗ) и Европейским советом по инсульту совместно с Европейской федерацией неврологических обществ, Международным обществом по борьбе с инсультом, Европейским отделением Всемирной конфедерации физической терапии и Всемирной федерацией специалистов по трудотерапии. Принятая на этой конференции Хельсингборгская декларация о ведении инсульта была опубликована в 1996 году в *Journal of Internal Medicine*¹.

Хельсингборгская декларация 2006 года

22–24 марта 2006 года для обновления доказательной основы и постановки новых целей в г. Хельсингборге состоялась вторая Конференция по достижению консенсуса. Она была организована Международным обществом по внутренним болезням с одобрения Европейского совета по инсульту и Международного общества по борьбе с инсультом и при поддержке Европейского регионального бюро ВОЗ. В организации конференции сотрудничали Европейский регион Всемирной конфедерации физической терапии и Европейская ассоциация неврологических медсестер. Также принимала участие организация больных "Союз против инсульта в Европе".

На конференции были рассмотрены пять главных аспектов ведения инсульта:

- организация служб помощи больным с инсультом;
- ведение острого инсульта;
- профилактика;
- реабилитация после инсульта;
- оценка клинического исхода инсульта и оценка качества помощи.

На заключительном пленарном заседании участники приняли Хельсингборгскую декларацию 2006 года о европейских стратегиях в отношении инсульта, излагающую общие цели в области ведения инсульта, которые должны быть достигнуты к 2015 году.

¹ Aboderin I, Venables G, Asplund K. Stroke management in Europe. *Journal of Internal Medicine*, 1996, 240:173–180.

ХЕЛЬСИНГБОРГСКАЯ ДЕКЛАРАЦИЯ 2006 ГОДА О ЕВРОПЕЙСКИХ СТРАТЕГИЯХ В ОТНОШЕНИИ ИНСУЛЬТА

1. Организация служб помощи больным с инсультом

Цель к 2015 году

Все больные с инсультом в Европе будут иметь доступ к непрерывному циклу помощи, начиная с организованных инсультных отделений в остром периоде до надлежащих мер по реабилитации и вторичной профилактике.

Основные требования

Настоятельно рекомендуется:

- путем непрерывного повышения квалификации и просвещения добиться лучшей осведомленности медицинских работников и населения о признаках и симптомах инсульта;
- обеспечить помощь больным с инсультом как на уровне местных служб здравоохранения, так и в стационарах, осуществляющих лечение таких больных;
- оценить местные потребности и ресурсы с тем, чтобы можно было предоставлять помощь в инсультных отделениях, где имеются специально выделенные койки и многопрофильные бригады специалистов;
- создать систему, позволяющую внедрять новые научные достижения в практику помощи больным с инсультом;
- определить больницы, которые могут оказывать помощь при остром инсульте, и установить маршруты перевозки туда больных; привозить больных в стационары, не имеющие организованной службы помощи больным с инсультом, следует только в тех случаях, когда больные нуждаются в реанимации и/или интенсивной терапии;
- адаптировать конкретную структуру этих служб к местным потребностям и ресурсам;
- принять официальную программу по аттестации инсультных центров в целях повышения качества помощи больным с инсультом и обеспечения соблюдения принятых в стране стандартов, имеющих доказательную основу и построенных на консенсусе;
- вместе с защитниками интересов больных, профессиональными организациями и организациями, предоставляющими финансовые средства, разработать систему материального стимулирования в целях поощрения деятельности аттестованных или хорошо работающих противоинсультных служб;

- для каждой обслуживаемой территории или группы населения назначить лицо, ответственное за координацию деятельности служб помощи больным с инсультом;
- в каждой больнице выделить единое подразделение, ответственное за организацию службы помощи больным с инсультом, включающей помощь в инсультном отделении; это подразделение также должно отвечать за повышение квалификации медицинских работников;
- в каждом регионе иметь письменные методические указания в отношении непрерывного цикла помощи, в каждой больнице, осуществляющей лечение больных с инсультом, иметь основанные на фактических данных клинические протоколы; опубликовать основанные на фактических данных общенациональные методические указания;
- каждой больнице, осуществляющей лечение больных с инсультом, инициировать процесс непрерывного повышения качества помощи, а каждому региону оценивать успехи системы непрерывной помощи.

Помощь в остром периоде

Инсульт представляет собой острую патологию, исход которой во многом зависит от того, насколько быстро оказывается необходимая помощь, и поэтому состояние всех лиц с подозрением на инсульт должно оцениваться в стационарах, способных оказывать помощь при остром инсульте и оснащенных необходимыми средствами визуализации, такими, как компьютерная томография (КТ) или магнитно-резонансная томография (МРТ).

Хорошо организованная многопрофильная помощь больным с инсультом должна начинаться уже на этапе обращения в центр скорой помощи, который определяет, имеются ли у данного больного признаки инсульта. На этом же этапе следует зафиксировать, сколько времени прошло от развития патологии до момента вызова скорой помощи. В случае подозрений на инсульт центр скорой помощи высылает машину скорой помощи с персоналом, обученным методам предварительной диагностики инсульта, с тем, чтобы как можно быстрее доставить больного в ближайший стационар, располагающий адекватными ресурсами для ведения острого инсульта.

Ведение инсульта начинается еще на догоспитальном этапе. Первоначальная стабилизация, направленная на освобождение дыхательных путей и поддержание функций дыхания и кровообращения позволяет сохранить жизненные функции больного.

На основе анамнеза больного затем определяется, является ли он кандидатом на тромболизис, и организуется его доставка в больницу, где эта процедура может быть проведена.

В целях ускорения клинической оценки больного службы скорой медицинской помощи должны направить предварительное уведомление в отделение неотложной помощи/инсультное отделение принимающей больницы.

После экспресс-оценки в отделении неотложной помощи, проводимой с целью определения типа инсульта (ишемического или геморрагического), и дальнейшей стабилизации жизненных функций больных их следует перевести в инсультное отделение для проведения адекватного многопрофильного лечения и реабилитации.

Хотя страны и различаются между собой по наличию ресурсов, все они должны стремиться к тому, чтобы было гарантировано развитие и обеспечение важнейших инфраструктурных и кадровых ресурсов (многопрофильных бригад, инсультных отделений и средств визуализации).

Инсультные отделения

Инсультное отделение – это основное звено служб комплексной помощи при инсульте, ибо имеется достаточно фактических данных, свидетельствующих о том, что клинические исходы у больных, которых лечили в специализированных инсультных отделениях, лучше, чем у больных, лечившихся в общих терапевтических палатах.

Минимальные требования, предъявляемые к инсультному отделению, включают следующее:

- наличие специализированных коек для больных с инсультом;
- наличие специализированной бригады, состоящей из врача-специалиста по инсульту, квалифицированных медсестер, физиотерапевтов, логопедов и специалистов по трудотерапии;
- круглосуточная возможность немедленной визуализации (КТ или МРТ) в случае, если она не была проведена в отделении неотложной помощи (в силу экономических трудностей не все инсультные отделения во всех странах будут в состоянии сделать это);
- наличие письменных клинических протоколов и методических указаний по процедурам диагностики, лечению в остром периоде, мониторингу в целях предупреждения осложнений и вторичной профилактики;
- наличие условий для немедленной активизации больных после того, как стабилизированы их жизненные функции, и их ранней реабилитации;
- проведение еженедельных совещаний многопрофильной бригады с участием больного;
- непрерывное повышение квалификации персонала;
- проведение непрерывной просветительной работы с больными, их родственниками и лицами, осуществляющими уход за больными.

Инсультное отделение со специализированными койками для больных с инсультом позволяет применять организованный подход к стационарному лечению путем предоставления многопрофильной медицинской помощи силами специализированной инсультной бригады.

Помощь, оказываемая в правильно организованном инсультном отделении, которая включает общее поддерживающее лечение и уход, оценку этиологии

инсульта, специфическую вторичную профилактику инсульта и раннюю реабилитацию силами многопрофильной инсультной бригады, должна предполагать наличие клинических протоколов, обновляемых каждые 12 месяцев.

У всех больных с инсультом должна быть проведена оценка потребностей в реабилитации. Такую оценку должна выполнить многопрофильная реабилитационная инсультная бригада, включающая специалистов по врачебной и сестринской помощи, физиотерапии, трудотерапии и логопедии, а при необходимости и по психологии. Реабилитация должна начинаться уже в первые дни после поступления больного в инсультное отделение или в палату со специализированными койками для больных с инсультом. Цели и методы программы реабилитации выбираются с учетом потребностей каждого больного, и они должны меняться по мере улучшения его состояния.

Если в стационаре нет своего штатного врача-рентгенолога, в целях усиления специализированной помощи больным с инсультом, необходимо обеспечить доступ к технологии телемедицины, чтобы была возможность проводить консультации в реальном масштабе времени в режиме он-лайн.

Инсультные отделения должны быть аттестованы в соответствии с принятой в стране или международной процедурой аттестации, что позволит обеспечить соблюдение основанных на фактических данных и выработанных путем консенсуса стандартов данной страны.

Как известно, оказание помощи больным инсультом в остром периоде в домашних условиях не позволяет обеспечить такое же качество медицинской помощи, как и в стационаре с инсультным отделением, и поэтому вопрос об организации помощи таким больным на дому рассматривается только тогда, когда доставка в стационар невозможна или когда ресурсы стационара неадекватны или не подходят для данного больного.

В структуру комплексного инсультного центра входят службы нейрохирургии, сосудистой хирургии, интервенционной нейрорентгенологии и кардиологии, но для инсультного отделения, оказывающего первичную помощь, эти службы не требуются.

Реабилитация

Все члены многопрофильной бригады должны быть осведомлены о важнейших особенностях реабилитации после инсульта и понимать ключевые действия, предпринимаемые другими членами бригады, чтобы при необходимости поддержать эти действия.

Наиболее эффективна реабилитация в том случае, когда ее начинают на очень ранней стадии после наступления инсульта. Продолжать ее нужно столько времени, сколько продолжается объективное улучшение состояния.

После выписки больного из инсультного отделения реабилитация должна продолжаться сообразно с конкретными обстоятельствами в реабилитационных больницах, амбулаторных реабилитационных клиниках или на дому с помощью мобильной реабилитационной бригады.

Родственники больного и лица, осуществляющие уход, должны быть обучены элементарным принципам реабилитации.

После того, как завершена программа активной реабилитации, больному должна быть обеспечена возможность получения непрерывной помощи для плавного перехода на попечение местных служб здравоохранения.

Рекомендуется иметь группу связи по ведению больных с инсультом в местных службах здравоохранения.

Для достижения оптимальной адаптации больные с постоянными нарушениями должны получать медицинскую и социальную поддержку, а также профессиональную помощь, позволяющую им приспособиться к новым условиям и к выполнению функций повседневной жизнедеятельности.

Обязательным требованием является непрерывность и последовательность в реабилитации и медицинской помощи после выписки из стационара. Ответственность за это должны нести либо местные службы здравоохранения, либо инсультное отделение.

После выздоровления у больных, перенесших инсульт, часто наблюдается снижение самостоятельности в выполнении функций повседневной жизнедеятельности. Местные медицинские и медико-социальные службы должны организовать наблюдение за перенесшими инсульт для своевременного выявления такого ухудшения функций и – в случае необходимости – проведения дополнительных реабилитационных мер.

Если реабилитации в амбулаторных условиях для предупреждения дальнейшего ухудшения недостаточно, следует рассмотреть вопрос о проведении программы реабилитации в стационаре и – согласно с обстоятельствами – организовать такую программу, чтобы предупредить возникновение потребности в постоянной помощи в учреждениях сестринского ухода.

Оценка функций больного должна выполняться многопрофильной бригадой, если таковая существует.

При всех обстоятельствах должно обеспечиваться уважительное отношение к достоинству и личной жизни больных с инсультом.

Сотрудничество между специалистами и неспециалистами

Для того чтобы содействовать просвещению населения, больных с инсультом и их родственников, медицинских работников и лиц, определяющих политику здравоохранения, по вопросам, связанным с инсультом, необходимо наладить широкое и многоплановое сотрудничество между медицинскими работниками и неспециалистами на местном уровне и на уровне всей страны.

Имеются фактические данные, свидетельствующие о том, что санитарное просвещение повышает шансы на предупреждение инсульта, ведет к снижению

частоты инсульта и сокращению времени от наступления инсульта до предоставления помощи в острый период, включая тромболизис.

Основные цели санитарного просвещения населения по вопросам инсульта включают следующие: информирование о том, как предотвратить и уменьшить факторы риска инсульта, и как распознавать симптомы инсульта, а также доведение до сознания людей мысли о том, что инсульт можно предупредить и что после него возможно выздоровление.

Ответственность за улучшение помощи больным с инсультом несут все, кто в этом заинтересован – больные и их родственники, врачи, медицинские сестры, больницы, страховые компании, государственные ведомства и негосударственные организации. Для выполнения миссии по снижению человеческого и экономического бремени инсульта нужен двойной подход: сверху, от общенациональных организаций и снизу, от рядовых людей и организаций низового уровня.

Бремя инсульта будет снижено, если население и медицинские работники будут действовать сообща в интересах улучшения качества помощи больным с инсультом.

Инсультные отделения или бригады должны играть руководящую роль в создании групп самопомощи, объединяющих больных и лиц, осуществляющих уход за ними.

Следует поощрять создание местных объединений больных с инсультом и лиц, осуществляющих уход за ними.

Приоритеты в области научных исследований и разработок

К числу приоритетов в области научных исследований и разработок относятся:

- эффективность различных типов служб помощи больным с инсультом с точки зрения соотношения затрат и результатов;
- отдаленные результаты лечения при различных моделях организации помощи больным с инсультом;
- соблюдение мер вторичной профилактики;
- выявление препятствий, мешающих организации оказания помощи больным с инсультом на основе принципов доказательной медицины;
- разработка более эффективных способов организации непрерывного просвещения населения, специалистов и лиц, принимающих решения, по вопросам инсульта;
- разработка методических указаний в отношении оказания помощи больным с инсультом, включая помощь при инсульте в догоспитальный период;
- создание систем телемедицины для ведения инсульта;

- разработка концепции первичных и комплексных инсультных центров, в которых достигается рациональное использование многопрофильных бригад в целях улучшения исхода у больных с острым инсультом.

Когда это оправдано обстоятельствами, можно поощрять больных к тому, чтобы они подумали о возможности участия в тщательно планируемых и качественно выполняемых рандомизированных испытаниях в контролируемых условиях по профилактике инсульта и по ведению помощи при остром инсульте и реабилитации после него, при условии, что они будут полностью проинформированы о возможных побочных эффектах и рисках, связанных с такими исследованиями.

Нужно увеличить финансирование научных исследований, направленных на быструю разработку более эффективных методов профилактики инсульта и лечения и реабилитации больных с инсультом.

2. Ведение острого инсульта

Цели на 2015 год

Цели в области ведения острого инсульта, ставящейся на 2015 год, включают следующее:

- показатель выживаемости больных с инсультом по истечении первого месяца после инсульта должен быть свыше 85%;
- через три месяца после наступления инсульта более 70% выживших больных должны быть в состоянии самостоятельно выполнять функции повседневной жизнедеятельности;
- все больные с острым инсультом, которым потенциально показано специфическое лечение в острый период, должны переводиться в стационары, где имеются технические возможности и специалисты для проведения такого лечения.

Осведомленность

Инсульт следует рассматривать как острую патологию, угрожающую жизни и требующую неотложного лечения.

Среди медицинских работников и населения в целом следует постоянно поддерживать высокий уровень осведомленности о клинической значимости симптомов и признаков инсульта, что будет гарантировать своевременное выявление больных инсультом и их доставку в соответствующее медицинское учреждение для проведения обследования и лечения.

Диагностика

Клиническое обследование для постановки диагноза проводится сразу же после поступления больного в стационар.

У всех больных с симптомами инсульта должно быть немедленно проведено визуализационное исследование головного мозга, чтобы определить, имеет ли место внутримозговое кровоизлияние или ишемия головного мозга, и диагностировать другие возможные патологии. В экстренных случаях такое исследование может быть проведено до клинического обследования в отделении неотложной помощи.

Магнитно-резонансная томография применяется для обследования больных с малым инсультом или инсультом в бассейне задней мозговой артерии и для выявления поддающихся восстановлению мозговых структур, где может развиваться инфаркт.

Для диагностики стеноза и окклюзии сонной, позвоночной артерии и внутримозговых артерий необходимо иметь возможность проведения ультразвукового исследования и других неинвазивных исследований. Инвазивная ангиография показана только у отдельных больных с субарахноидальным кровоизлиянием, внутримозговым кровоизлиянием или церебральной ишемией.

Экстренная спинномозговая пункция проводится только у больных с признаками и симптомами субарахноидального кровоизлияния, у которых компьютерная томография не показывает каких-либо признаков кровоизлияния.

Основные действия при оказании помощи

Квалифицированное проведение ключевых элементов основной медицинской помощи в инсультном отделении снижает риск развития осложнений и повторного инсульта.

Лечение в инсультном отделении должно быть доступно всем нуждающимся в таком лечении больным с инсультом.

В первые 48 часов после инсульта необходимо с регулярными интервалами проводить мониторинг неврологических нарушений и уровня сознания.

Помощь в остром периоде, включая поддержание оптимального уровня артериального давления, должна оказываться в соответствии с международными и национальными методическими указаниями. Систолическое давление должно удерживаться на уровне ниже 185 мм.рт.ст., а уровень глюкозы в сыворотке крови должен быть ниже 150 мг/дл (8,3 ммоль/л).

Реабилитация должна быть начата как можно скорее, и возможность ее проведения должна предоставляться больным всех возрастных групп.

У больных с ишемическим инсультом или транзиторной ишемической атакой (ТИА), которым не может быть проведен тромболизис, как можно скорее должна быть начата антитромботическая терапия.

Специфическое медикаментозное лечение

В настоящее время во всем мире в качестве метода лечения острого ишемического инсульта в период трехчасового терапевтического окна принят

тромболизис с использованием рекомбинантного тканевого активатора плазминогена (rtPA, или альтеплаза). Тромболитическая терапия должна проводиться только в тех случаях, если диагноз поставлен врачом, обладающим опытом и знаниями в области диагностики инсульта, а оценка компьютерной или МР-томограммы головного мозга проведена врачом, имеющим значительный опыт в этой области.

Поскольку использование тромболитических препаратов сопряжено с риском внутримозгового кровоизлияния, во всех возможных случаях до их назначения следует обсудить риск и потенциальную выгоду применения этих препаратов с больным и лицом, осуществляющим за ним уход.

Сравнительная оценка эффективности внутриартериального тромболитического лечения или механической реканализации, с одной стороны, и раннего внутривенного тромболизиса, с другой, не проводилась, однако первые два метода могут быть применены в особых случаях, например, при острой окклюзии базилярной артерии.

Хирургическое лечение

Обширный инфаркт или обширное кровоизлияние в мозжечке может вызвать необходимость экстренной декомпрессивной трепанации и дренажа желудочков мозга. У большинства больных эвакуация супратенториальных спонтанных гипертензивных кровоизлияний не улучшает показателей смертности и качества выживания.

Декомпрессивные операции при остром инфаркте с объемным поражением полушария, уменьшают смертность. В настоящее время ведутся рандомизированные испытания для того, чтобы оценить, насколько эта мера вмешательства также влияет на качество жизни.

Раннее хирургическое вмешательство по поводу аневризмы предупреждает повторное кровоизлияние. Раннее выключение из кровотока артериальных аневризм после субарахноидального кровоизлияния также предупреждает повторное кровоизлияние и представляется более безопасным и менее инвазивным вмешательством, особенно когда аневризмы находятся в бассейне задней мозговой артерии.

Ведение осложнений после острого инсульта

Для снижения риска глубокого венозного тромбоза и эмболии легочной артерии у обездвиженных больных необходимо, при возможности, уже на ранней стадии восстановить способность больных двигаться, и им должны быть надеты эластичные чулки. Некоторые неходячие больные должны получать низкомолекулярный гепарин.

Все больные, страдающие депрессией, должны иметь доступ к специализированной оценке их состояния и к соответствующему лечению.

Необходимо соответствующее лечение симптоматической эпилепсии.

Для предотвращения и адекватного лечения легочной и мочевой инфекции необходимо применять комплексный подход, включающий раннюю активацию больных, профилактику аспирации, профилактику инфекций мочевых путей и, при необходимости, лечение антибиотиками.

С целью выявления дисфагии и предупреждения риска аспирации необходимо оценить функцию глотания.

Доказательная терапия

Лечение всех больных с инсультом должно основываться на принципах доказательной медицины.

Препараты, способствующие свертыванию крови, предназначенные для предупреждения распространения кровоизлияния, и еще не утвержденные методики нефармакологической реперфузии следует применять только в рамках протоколов клинических испытаний.

Когда это уместно, больным можно предложить принять участие в клинических испытаниях, при условии, что они будут полностью проинформированы о возможных побочных эффектах и/или рисках, связанных с таким участием.

Приоритеты в области научных исследований и разработок

К числу приоритетов в области научных исследований и разработок относятся:

- увеличение числа больных с инсультом, которым предлагается тромболизис;
- выявление факторов, которые могут препятствовать или способствовать широкому проведению тромболитической терапии;
- применение новых тромболитических препаратов и проведение системного тромболизиса по истечении трехчасового терапевтического окна;
- разработка новых, более безопасных и более широко применимых методов реперфузии;
- выявление биомаркеров реакции и риска кровоизлияния после тромболизиса с целью улучшения соотношения между риском и положительным эффектом;
- изучение эффективности сочетанного применения внутриартериальной терапии и внутривенного тромболизиса;
- разработка новых методов лечения ишемического инсульта, таких, как нейропротекторные препараты и другие лекарственные препараты и гипотермия;
- дальнейшая разработка применения рекомбинантного фактора VII для лечения острого геморрагического инсульта;
- оценка эффективности хирургических вмешательств при остром ишемическом и геморрагическом инсульте;

- оценка эффективности методик интервенционной нейрорентгенологии при остром инсульте;
- разработка новых стратегий отбора больных для специфических методов лечения;
- проспективная оценка эффективности основных элементов помощи, таких, как контроль артериального давления, поддержание уровня глюкозы в крови или поддержание температуры тела.

3. Профилактика

Цели на 2015 год

Цели в области профилактики инсульта, поставленные на 2015 год, включают следующее:

- смертность от инсульта должна быть снижена не менее чем на 20% от уровня 2005 г.
- все страны должны стремиться к снижению важнейших факторов риска инсульта среди населения, из которых самыми главными являются гипертензия и курение;
- все больные, перенесшие ТИА или инсульт, должны быть охвачены надлежащими мерами вторичной профилактики.

Основные требования

Первичная профилактика

На уровне местных сообществ должны проводиться мероприятия по предупреждению, выявлению и контролю основных факторов риска и детерминант хронических заболеваний. Применительно к инульту пять важнейших факторов риска включают гипертензию, курение, недостаточную физическую активность, фибрилляцию предсердий, диабет.

Службы здравоохранения должны осуществлять программы по выявлению лиц, подверженных повышенному риску инсульта и других видов сосудистых заболеваний, и инициировать соответствующие меры профилактики.

Вторичная профилактика

Все службы здравоохранения, осуществляющие ведение больных с инсультом в острый период, должны иметь хорошо организованные программы, позволяющие инициировать меры вторичной профилактики.

Службы здравоохранения, отвечающие за долгосрочное ведение больных с инсультом (обычно на уровне первичного звена), должны иметь хорошо разработанные программы профилактики патологий сердечно-сосудистой системы.

В отношении больных, у которых развиваются новые нарушения мозгового кровообращения, необходимо рассмотреть вопрос о проведении повторного исследования этиологии, поскольку это может привести к изменениям во вторичной профилактике.

Вмешательства с целью изменения образа жизни

Для поощрения здорового образа жизни на уровне местных сообществ и с их участием следует проводить комплекс оздоровительных мероприятий, которые должны быть направлены, прежде всего, на борьбу с курением, формирование здоровых привычек питания (как средства предупреждения избыточной массы тела и ожирения с сопутствующей гипертензией, гиперхолестеринемией и нарушенным обменом глюкозы) и на повышение уровня регулярной физической активности. Для работы в этом направлении уже имеются европейские рекомендации, с учетом которых во всех странах должны быть разработаны соответствующие планы действий.

Рекомендуется, чтобы персонал служб здравоохранения шире и активнее, чем в настоящее время, применял основанные на фактических данных методы поддержки здорового образа жизни. Это включает проведение кратких, построенных по определенной схеме консультаций, а в работе с курильщиками – применение никотинозамещающей терапии. Такие методы должны применяться как при первичной, так и при вторичной профилактике инсульта.

Медикаментозное лечение

Антитромботическая терапия

Для лечения больных с фибрилляцией предсердий и ишемическим инсультом или ТИА (в порядке вторичной профилактики) в качестве основного метода следует рассматривать применение оральные антикоагулянтов. В случае, если лечение антикоагулянтами противопоказано, следует применять антитромбоцитарную терапию. У больных с фибрилляцией предсердий, которые не переносили ТИА или ишемического инсульта, при выборе антитромботической терапии (в порядке первичной профилактики) следует руководствоваться результатами индивидуальной оценки риска. Больные и медицинские работники должны быть обучены безопасному применению антикоагулянтов и мониторингу лечения.

Больным с ишемическим инсультом или ТИА, но без кардиального источника эмболии следует назначать антитромбоцитарную терапию.

Препараты для снижения кровяного давления

Эффективность профилактики инсульта можно повысить за счет более качественных мер по выявлению, лечению и профилактике гипертензии в соответствии с международными методическими указаниями.

При первичной профилактике инсульта для выявления лиц, подверженных повышенному риску, рекомендуется применять системы балльной оценки риска.

Особенно высокому риску повторных сосудистых патологий подвержены больные, перенесшие ТИА или инсульт (как ишемический, так и геморрагический). Большинство больных должны принимать препараты для снижения кровяного давления до уровня ниже 140/90 мм рт.ст. (или ниже 130/80 мм у больных с диабетом).

Препараты для снижения уровня холестерина

В первичной профилактике наиболее сильнодействующими препаратами для снижения уровня холестерина являются статины. Их необходимо назначать больным, входящим в группу высокого риска. Во вторичной профилактике после инсульта статины снижают риск сердечно-сосудистых патологий, однако вопрос об их эффективности в плане профилактики повторного инсульта остается открытым. В ближайшее время будут опубликованы данные дополнительных рандомизированных испытаний по этому вопросу.

Соотношение затрат и результатов

В настоящее время наблюдается быстрое увеличение объема документальных научных данных об эффектах (как положительных, так и отрицательных) антигипертензивных и антихолестериновых препаратов. Поскольку связанные с их применением затраты с течением времени могут сильно изменяться, необходимо часто проводить анализ затрат и результатов их применения. В целях высвобождения ресурсов для удовлетворения других неотложных потребностей при ведении инсульта, учет соотношения затрат и результатов должен стать одним из ключевых факторов, определяющих выбор того или иного препарата для профилактики инсульта.

Выявление и ведение больных со стенозом сонных артерий

Все больные с ишемическим инсультом в бассейне сонной артерии или ТИА, у которых нет явных противопоказаний к хирургическому вмешательству, должны быть незамедлительно обследованы на предмет возможного каротидного стеноза.

Вопрос о возможности проведения хирургической операции на сонной артерии должен быть рассмотрен в отношении всех больных с симптоматическим стенозом сонной артерии более 70% (по методу NASCET или эквивалентному ему методу).

По каждому хирургическому центру необходимо знать время ожидания в очереди на операцию. Подавляющее большинство больных должны быть прооперированы в течение двух недель после появления симптомов, дающих основания для операции, а в целом время ожидания не должно превышать четырех недель.

Больные с ТИА/ишемическим инсультом и уменьшением диаметра сонной артерии на 50-69%, а также больные с бессимптомным каротидным стенозом более 60% могут оперироваться в центрах с низким процентом осложнений в результате хирургических операций. Для таких больных могут быть применены

алгоритмы индивидуальной оценки выгод и риска хирургического вмешательства.

Стентирование сонной артерии или другие новые технологии, применяемые для лечения каротидного стеноза, не должны применяться в порядке обычной практики до тех пор, пока не будет проведена их дополнительная оценка в рандомизированных испытаниях с контролем.

Приоритеты в области научных исследований

К числу приоритетов в области научных исследований и разработок относятся:

- изучение улучшений в состоянии здоровья, связанных со снижением факторов риска, а также клинических эффектов применения нескольких лекарственных средств;
- разработка эффективных методов снижения факторов риска;
- достижение лучшего понимания различий в факторах риска заболеваемости и рецидива разных этиологических подвидов ишемического инсульта и внутримозгового кровоизлияния;
- дальнейшее изучение патофизиологии и лечения таких важных подгрупп заболеваний, как инсульт у лиц молодого возраста и церебральный венозный тромбоз;
- изучение генетических рисков инсульта;
- изучение наиболее эффективной стратегии снижения крайне высокого риска тяжелого инсульта в первые дни после ТИА или малого ишемического инсульта;
- изучение эффекта долговременного снижения кровяного давления и уровня липидов у больных с инсультом;
- сравнение эффективности альтернативных антитромбоцитарных препаратов или этих препаратов в сочетании с аспирином или одного аспирина у больных с завершённым инсультом и ТИА;
- изучение эффектов различных мер по предупреждению инсульта у лиц с незакрытым *foramen ovale*;
- изучение дополнительных аспектов лечения антикоагулянтами у симптоматических больных с неклапанной фибрилляцией предсердий (эффекты у больных преклонного возраста, продолжительность лечения);
- изучение оптимальных методик лечения каротидного стеноза у разных категорий больных;
- изучение связи между питательным статусом больных и повторными сосудистыми кризами;
- изучение факторов, влияющих на соблюдение режима лечения;
- изучение клинических последствий мозговых микрокровоизлияний.

4. Реабилитация после инсульта

Цель на 2015 год

Цель реабилитации после инсульта заключается в том, чтобы через три месяца после наступления инсульта более 70% выживших больных не нуждались в посторонней помощи в своей повседневной жизнедеятельности.

Основные требования

По завершению лечения в остром периоде болезни очень важно обеспечить как можно более раннюю активацию больных, сводя к минимуму их пребывание на больничной койке.

На начальном этапе реабилитации каждый больной должен иметь доступ к реабилитационным услугам. Максимальная эффективность реабилитации достигается тогда, когда больные могут пользоваться услугами многопрофильной инсультной бригады.

Когда больной находится в сознании и его медицинское состояние стабильно, необходимо, чтобы бригада специалистов, имеющих подготовку в области неврологии, провела оценку его состояния, используя для этого стандартный контрольный перечень для выявления проблем. Такая оценка охватывает не только двигательные функции, но и когнитивную и эмоционально-поведенческую сферы, которые, как известно, часто бывают поражены инсультом. Кроме того, необходимо обратить внимание на общее состояние здоровья больного, его питательный статус и регуляцию функции мочевого пузыря и кишечника, наличие сопутствующих заболеваний, его особые потребности.

Как только позволят обстоятельства, больной должен участвовать в планировании и постановке целей вместе со всеми специалистами по реабилитации. Очень важно ставить такие цели, которые реально могут быть достигнуты и охватывают личную и социальную сферы.

В зависимости от потребностей больного, необходимо:

- проводить все необходимые реабилитационные мероприятия;
- проводить повторные оценки его состояния; и
- привлекать его к планированию и постановке целей.

Роль больных и членов их семьи

Общепризнано, что важный вклад в процесс реабилитации вносят лица, осуществляющие уход за больными. Поэтому реабилитация должна планироваться в тесном сотрудничестве с больным и лицами, осуществляющими уход за ним. Они должны участвовать в процессе реабилитации, ориентированном на достижение собственных целей больного.

Чтобы это участие было эффективным, больные и лица, осуществляющие уход за ними, должны быть обеспечены информацией о врачебной и сестринской помощи на всех уровнях и обо всех этапах реабилитации. Специалисты, а также непрофессиональные организации, когда это уместно, должны предоставлять им необходимые учебные материалы и поддержку, чтобы помочь им преодолеть последствия нарушения тех или иных функций, а также обеспечить их более активное участие в процессе реабилитации. Поэтому особенно важно, чтобы больные и лица, осуществляющие уход за ними, были удовлетворены той информацией, которую они получают как в стационаре, так и от амбулаторных учреждений, местных медицинских служб и организаций, объединяющих больных.

Многопрофильная реабилитационная бригада

Для достижения наибольшей эффективности реабилитация требует вмешательства многопрофильной бригады, в которую должен входить врач, подготовленный для оказания помощи при инсульте, медсестра, имеющая опыт и подготовку в области реабилитации после инсульта, физиотерапевт, специалист по трудотерапии и логопед, также имеющие подготовку и опыт в области реабилитации после инсульта. Некоторым больным будет нужна помощь социального работника, которого также следует считать членом реабилитационной бригады. Бригада также должна иметь возможность привлечь нейропсихолога для проведения оценки состояния больного, когда это необходимо. По мере необходимости в бригаду могут быть включены и другие специалисты, например, по диетологии и ортоптике.

В определенных условиях, например, в небольших больницах, может возникнуть необходимость того, чтобы один или несколько медицинских работников выполняли сразу несколько из перечисленных выше функций и чтобы участники бригады могли оказывать услуги различного профиля. Однако это не должно затруднять или замедлять достижение общих целей, определенных с учетом потребностей больных и их семей.

Меры вмешательства

Выбор методов и способов вмешательства в максимально возможной степени должен основываться на принципах доказательной медицины и на имеющихся международных или национальных методических рекомендациях.

Такие вмешательства обычно имеют конкретный, целевой и адресный характер. Они также должны быть адаптированными к потребностям конкретного пациента, иными словами, при их проведении следует учитывать собственные цели пациента, а в процессе обучения и проведения практических упражнений должны учитываться те социальные условия, в которых проходит жизнь данного пациента.

Меры вмешательства должны включать реабилитацию эмоциональных реакций и поведенческих навыков, с особым упором на социальную интеграцию и восстановление умственных способностей. Когда это применимо, в процесс реабилитации следует как можно раньше включить меры, направленные на восстановление способности больного заниматься профессиональным трудом.

В случаях, когда это позволяет состояние пациентов, процесс реабилитации должен также включать специальные тренировки для улучшения их физического состояния.

Специальные тренировки, проводимые членами многопрофильной реабилитационной бригады, должны дополняться тренировками, которые под руководством медицинских работников проводятся добровольными помощниками и лицами, которые ухаживают за больными.

В большинстве случаев тренировки, проводимые реабилитационной бригадой, заканчиваются в течение первого года после инсульта. Некоторым больным может понадобиться последующая повторная оценка состояния, которую должна провести многопрофильная бригада. Часто благодаря дополнительным мероприятиям по реабилитации могут быть достигнуты дальнейшие улучшения функциональности и социального общения.

Роль окружающей среды

Согласно имеющимся научным данным, позитивная и стимулирующая среда обитания, как физическая, так и психоэмоциональная, как правило, повышает эффективность реабилитационных мероприятий.

Поэтому среда, окружающая больных, должна в максимально возможной степени напоминать домашнюю обстановку и быть адаптированной к личности больных, давать им возможность выполнять все необходимые действия и функции в обычном и привычном для них порядке. При этом необходимо создать такие условия, которые позволяют обеспечить уважительное отношение к достоинству и личной жизни больного и членов его семьи.

Важность обеспечения непрерывности медицинской помощи

С момента развития инсульта процесс оказания больному медицинской и социальной помощи должен быть последовательным и непрерывным.

Для успешной реабилитации необходима тесная координация действий служб здравоохранения и местных служб социальной помощи, что позволяет обеспечить непрерывную медицинскую помощь. В некоторых местах процессу оперативного выявления потребностей пациентов и оперативной повторной оценки их функционирования в обществе может способствовать создание специального координационного звена, отвечающего за улучшение медицинской и социальной помощи, оказываемой больным, перенесшим инсульт.

Все большее признание получает тот факт, что необходимо планировать как можно более раннюю выписку и перевод больного на реабилитацию в привычной для него обстановке дома и в обществе. Концепция ранней выписки с обеспечением последующей поддержки показывает, что цели реабилитации могут быть успешно достигнуты при условии, что есть возможность проводить реабилитацию по месту жительства с такой же интенсивностью, продолжительностью и так же квалифицированно, как и в реабилитационном отделении больницы.

Долговременное врачебное наблюдение больного входит в обязанности местных служб, которые также должны обеспечивать беспрепятственное повторное поступление в службы реабилитации, когда возникнет такая необходимость.

Роль организаций больных

Следует поощрять создание местных организаций, объединяющих больных с инсультом и их родственников, потому что:

- они играют незаменимую роль в обеспечении поддержки, предоставлении информации и консультаций больным и лицам, осуществляющим уход за больными;
- они вносят немалый вклад в координацию действий на местном, региональном и общегосударственном уровне по повышению качества реабилитации и помощи больным с инсультом в целом и по улучшению социальной поддержки людям, перенесшим инсульт;
- они поощряют общественное признание роли лиц, осуществляющих уход за больными, и обеспечение надлежащего вознаграждения, включая те или иные компенсации, за их труд.

Приоритеты в области научных исследований

К числу приоритетов в области научных исследований и разработок относятся следующие:

- Научная оценка эффективности способов и стратегий реабилитации. Такая оценка должна быть основана на экспериментальных данных, которые показывают потенциал восстановления функций организма, включая восстановление нейронов, репарацию и повышение нейрональной пластичности головного мозга после ограниченных поражений, и быть направлена на реализацию такого потенциала в клинической практике.
- Разработка способов реабилитации для нейропсихологической сферы. Нарушение нейропсихологических функций, относящихся, например, к вниманию, памяти и вербальным и невербальным способностям, которые нужны для профессиональной и социальной реинтеграции и адаптации, происходит почти так же часто, как и нарушение двигательных функций. Данные мета-анализов показывают, что тренировка речи и других познавательных способностей может давать положительный эффект и представляет собой важный элемент реабилитации.
- Изучение категорий, касающихся психоэмоциональных сфер и аспектов удовлетворенности жизнью, и использование их при оценке исхода.
- Совершенствование критериев оценки исхода с постановкой акцента на таких факторах, как социальная функциональность, удовлетворенность услугами по реабилитации, удовлетворенность жизнью.
- Разработка методик научных исследований для проведения рандомизированных испытаний элементов реабилитации, которые легко могут быть выделены в отдельные и/или объединены с испытанием медикаментозных вмешательств с целью восстановления функций.

Качественные критерии для таких рандомизированных испытаний должны включать критерии, установленные и признанные для всех рандомизированных испытаний, включая проведение слепой оценки результатов проведенных вмешательств.

- Дальнейшая оценка схем медикаментозного лечения, направленных на повышение степени восстановления функции организма.
- Дальнейшая оценка эффективности лекарств, улучшающих когнитивные функции у больных с их нарушением, например, с деменцией.
- Оценка экономической эффективности реабилитационных мер, проводимых в различных социальных условиях, включая меры, предусматривающие вовлечение в процесс реабилитации добровольных помощников и членов семей, а также оценка эффективности различных видов реабилитационных служб в рамках сообществ, располагающих меньшими ресурсами.
- Разработка методик оценки роли членов семьи и/или иных лиц, оказывающих уход, для того чтобы измерить уровень помощи, оказываемой ими, повысить их эффективность и получить фактические данные, подтверждающие необходимость повышения общественного признания этой роли и денежной компенсации труда этих людей.

5. Оценка исхода инсульта и оценка качества оказываемой помощи

Цель на 2015 год

Цель оценки исхода инсульта и оценки качества помощи состоит в том, чтобы все страны направляли свои усилия на создание системы рутинного сбора данных, необходимых для оценки качества ведения инсульта, включая вопросы безопасности больного.

Общие принципы

Для того чтобы оценка была действительно значимой, она должна охватывать все элементы помощи, оказываемой больным инсультом, включая ее структуру, процесс и результаты (исход).

Для оценки качества оказываемой помощи используются такие критерии, как действенность, уместность, доступность, приемлемость, эффективность и результативность.

При сравнении исходов во временном разрезе или между разными службами необходимо принимать во внимание различия в составе контингента больных (например, по возрасту и наличию сочетанной патологии).

Уровень оценки качества помощи может быть различным. В условиях обычной повседневной практики число показателей оценки должно быть ограничено.

Для предоставления достоверных данных о качественном улучшении помощи больным с инсультом в каждой стране должны быть созданы национальные регистры.

Основные показатели для оценки качества помощи

К числу основных показателей для оценки структуры, процесса и исхода помощи больным с инсультом относятся следующие:

- (i) показатели оценки структуры:
 - возможность получения помощи в инсультном отделении и ее качество;
 - возможность получения и качество помощи, оказываемой в других звеньях инсультной службы;
 - охваченность всех звеньев инсультной службы программой оценки качества оказываемой помощи;
- (ii) показатели оценки процесса:
 - доля больных с инсультом, проходящих лечение в инсультном отделении;
 - доля больных, нейровизуализационное обследование которых проводится в течение 24 часов после госпитализации;
 - доля больных, получающих тромболитическое лечение;
 - доля больных, которым проводится адекватная вторичная профилактика (ацетилсалициловая кислота или другие антитромботические препараты; профилактика фибрилляции предсердий антикоагулянтами; каротидная эндартерэктомия (по показаниям); терапия для снижения кровяного давления и уровня холестерина);
 - доля больных, получающих адекватные рекомендации относительно здорового образа жизни;
 - доля больных, у которых в течение 48 часов после появления первых симптомов проведена оценка ТИА и составлен и осуществляется план лечения;
- (iii) показатели оценки исхода:
 - доля летальных исходов через один и три месяца после инсульта;
 - место проживания через три месяца после инсульта;
 - функциональный статус больных через три месяца после инсульта, измеряемый по установленной шкале;
 - доля больных с геморрагическими осложнениями после тромболиза;
 - показатели осложнений при вмешательствах по поводу каротидного стеноза;
- (iv) показатели оценки ведения инсульта на макроуровне:
 - проведение на популяционном уровне мониторинга частоты, распространенности и летальности инсульта, а также инвалидности, обусловленной этой патологией.

Факультативные показатели для оценки качества помощи

Для оценки качества помощи можно также применять много других показателей, касающихся структуры, процесса и исхода. Они в настоящем документе не перечисляются, но их можно найти в национальных и международных программах учета качества (Приложение 1).

Приложение 1

Сайты национальных и международных программ учета качества

Joint Committee on Accreditation of Healthcare Organizations [Объединенный комитет по аккредитации организаций здравоохранения]
(www.jointcommission.org, обращение к веб-сайту 28 июля 2006 г.).

Safe Implementation of Thrombolysis in Stroke (SITS) – International Stroke Thrombolysis Register [Безопасное проведение тромболитика при инсульте (SITS) – Международный регистр тромболитика]
(<http://www.acutestroke.org/index.php?module=ContentExpress&func=display&ceid=42&meid=7>, обращение к веб-сайту 28 июля 2006 г.).

Riks-Stroke – A National Quality Register for Acute Stroke [Национальный регистр качества помощи в остром периоде инсульта] (www.Riks-Stroke.org, обращение к веб-сайту 28 июля 2006 г.).

Arbeitsgemeinschaft Deutscher Schlaganfall-Register (ADSR) – German Stroke Register [Регистр инсульта Германии]
(<http://epi.klinikum.uni-muenster.de/schlaganfallregister/index.htm>, обращение к веб-сайту 28 июля 2006 г.).

United Kingdom National Sentinel Stroke Audit 2004 ["Национальный сторожевой аудит инсульта Соединенного Королевства"]
(www.rcplondon.ac.uk/pubs/books/strokeaudit/strokeaudit2004.pdf, обращение к веб-сайту 28 июля 2006 г.).

United Kingdom Carotid Endarterectomy Audit [Аудит каротидной эндартерэктомии Соединенного Королевства]
(www.rcplondon.ac.uk/college/ceeu/ceeu_stroke_home.htm) (обращение к веб-сайту 28 июля 2006 г.).

Patient Survey after Stroke [Обследование больных после инсульта]
(http://www.nhssurveys.org/docs/Stroke_Questionnaire.pdf, обращение к веб-сайту 6 сентября 2006 г.).

STEPwise Approach to Surveillance (STEPS). Geneva, World Health Organization, 2006 [Поэтапный подход к эпиднадзору (STEPS). Женева, Всемирная организация здравоохранения, 2006] (www.who.int/ncd_surveillance/steps, обращение к веб-сайту 28 июля 2006 г.).

Приложение 2

РАСПРОСТРАНЕНИЕ ХЕЛЬСИНГБОРГСКОЙ ДЕКЛАРАЦИИ 2006 г.

Предполагается, что содержание Декларации будет презентоваться, приниматься и распространяться организациями-спонсорами на их конференциях, а также на крупных международных, национальных и региональных конференциях по инсульту и будет повсеместно размещаться на веб-сайтах.

Организационный комитет Хельсингборгской декларации 2006 г.

Kjell Asplund, Швеция
Julien Bogousslavsky, Швейцария, Международное общество по борьбе с инсультом
Gudrun Boysen, Дания
Werner Hacke, Германия, Европейский совет по инсульту
Thomas Kjellström (*Председатель*), Швеция, Международное общество по внутренним болезням
Bo Norrving, Швеция, Международное общество по борьбе с инсультом
Aushra Shatchkute, Европейское региональное бюро ВОЗ
Bo Ågren, Швеция.

По каждой сфере были созданы следующие коллективы авторов:

Организация служб помощи больным с инсультом: Markku Kaste (*председатель*), Laszlo Cziba, Hans C Diener, Martien Limburg, Danilo Toni, Alexander Tsiskaridze.

Ведение острого инсульта: Werner Hacke (*председатель*), Gudrun Boysen, Antoni Davalos, Nils Wahlgren.

Профилактика: Julien Bogousslavsky (*председатель*), Kjell Asplund, Anna Czlonkowska, Michael Hennerici, Bart Piechowski-Jozwiak, Peter Rothwell.

Реабилитация после инсульта: Michael Brainin (*председатель*), Peter Langhorne, Didier Leys, Veronica Skvortsova, Michaela Trapl.

Оценка исхода инсульта и оценка качества помощи: Cees Franke (*председатель*), Antony Rudd, Birgitta Stegmayr.

Конференция по достижению консенсуса получила финансовую поддержку от компаний Pfizer AB, Sanofi-Aventis и Bristol Myers Squibb, а также от AstraZeneca, Фонда Gorthon и города Хельсингборг.