

НАЦИОНАЛЕН ПЛАН ЗА ДЕЙСТВИЕ ПРИ ПАЦИЕНТИ С МОЗЪЧЕН ИНСУЛТ 2022-2030

Въведение - защо е необходим национален план за действие при инсулт?

Мозъчният инсулт заема водещо място по смъртност в Европа и света, а според официалния сайт на СЗО България е на първо място в света и по заболяемост, и смъртност. Данните от НЗОК показват, че през 2019 година с исхемичен инсулт са били хоспитализирани 50487 души, през 2020 година - 42586 души, а през 2021 година - 40320 души. Делът на възрастните хора в Европа нараства, с прогнозирано увеличение от 35% между 2017 г. и 2050 г., което е предпоставка за продължаването на нарастването броя на пациентите с инсулт. Инсултът може да е смъртоносен или инвалидизиращ, което променя живота на пострадалия и на неговите близки. Хората, които оцелеят, ще станат част от милионите, живеещи с последствията на инсулта: здравословни, социални и финансови. Следователно е налице необходимост от създаването на адекватен структуриран план за действие срещу това заболяване. Планът за борба с инсулта е особено важен за преживелите инсулт, техните близки и за качеството на техния живот след това.

През последните десетилетия се наблюдава осезаем напредък най-вече по отношение на диагностиката, както и с възможността за ранно прилагане на специфично лечение със системна тромболиза или механична тромбектомия. Времето от началото на симптомите до започването на лечението обаче остава критичен момент в лечебната стратегия, поради което е крайно необходимо в плана да бъдат определени конкретни стъпки за действие, които да са в съответствие с познатите стандарти за диагностика и лечение на исхемичния инсулт.

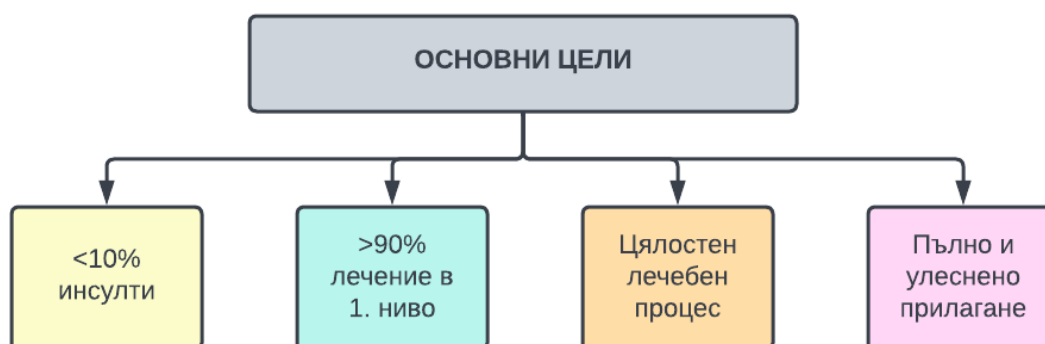
В настоящия момент съществуват убедителни доказателства, че инсултът е предотвратим, лечим и управляем както за отделния пациент, така и като феномен на общественото здравеопазване. Съществува потенциал за драстично смекчаване на последствията от инсулта, включително и дългосрочните. Това изисква съвместни действия на държавни структури и институции, научни и неправителствени организации, здравни специалисти, клинични и предклинични изследователи и широк кръг от специалисти по здравни грижи.

Националният план за действие при пациенти с мозъчен инсулт трябва да бъде синхронизиран с Националната Здравна стратегия на България, с Плана за борба с инсулта в Европа от 2018 до 2030 г., Глобалният план за действие на СЗО за периода 2013-2020г, касаещ незаразните болести, Плана за действие относно незаразните болести на СЗО - Европа и целите на ООН за устойчиво развитие от 2015 до 2030 г. В резултат ще бъде налице ясна стратегия, която има потенциала да промени драстично състоянието по един

от основните актуални проблеми на общественото здраве у нас в съответствие с потенциалните промени в европейски мащаб, а именно мозъчният инсулт.

Общи цели за постигане за периода 2022-2030 г.

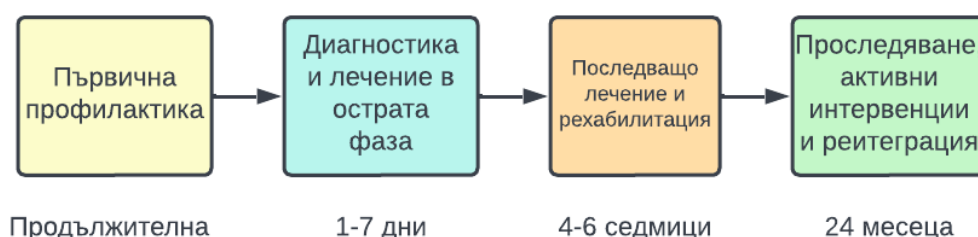
Заложените в този документ общи цели са в съответствие с Европейския план за борба с инсулта, който включва цели във всяка от следните области - първична профилактика, организация на дейностите и грижите след остър инсулт, вторичната профилактика, рехабилитацията, живот след инсулта и оценка на резултатите. Те касаят общата редукция на дела на инсултите, осигуряването на висококачествено лечение, дефинирането на цялостния лечебен процес, както и оптималното прилагане на плана (Фиг. 1):



Фиг. 1.

Компоненти на здравната верига

Адекватното обхващане на болестта изисква дефинирането на основните компоненти на т. нар. “здравна верига”, т.е. отделните структури, включени в цялостния диагностично-терапевтичен процес (Фиг. 2)



Фиг. 2.

Първичната профилактика обхваща различни превантивни мерки и терапии (фармакологични и нефармакологични), които да повлияят основните съдови рискови фактори, като по този начин да намалят риска от възникването на инсулт. Обособяват се две основни направления в първичната профилактика:

1. Модифициране на вътрешните (за индивида) фактори - подобряване на начина на живот чрез повишаване на физическата активност, промяна на хранителните навици, спиране на тютюнопушенето, редукция на приема на алкохол, контрол и лечение на заболяванията, повишаващи риска от инсулт.
2. Модифициране на външните рискови фактори – повлияване замърсяването на въздуха и околната среда, подобряване на социално-икономическата среда, повишаване на информираността и образоването на обществото за потенциалните рискови фактори за развитие на инсулт, както и за тяхното предотвратяване.

Основни участници в първичната профилактика са на първо място общопрактикуващите лекари (ОПЛ), пациентските и други неправителствени организации, специализираните медицински сдружения, образователните институции и медиите.

Диагностиката и лечението на инсултите в острата фаза се извършва задължително в структурите на болничната помощ, оптимално в специализирани центрове за лечение на инсулт със статут на познатите в развитите страни “Stroke units”.

Последващото лечение се провежда след стационарирането на пациента по отношение на общото състояние и неврологичния дефицит. Оптимално се извършва стационарно или амбулаторно в специализирани центрове по неврореабилитация. Курсът на лечение трябва да продължи средно 2-6 седмици до постигане на функционална независимост в ежедневието по отношение на активностите на пациента.

Проследяването и реинтеграцията са два ключови елемента в дългосрочен аспект. Проследяването се извършва от невролог, лекар физиотерапевт и съответните необходими специалисти за оптимално овладяване най-вече на съдовите рискови фактори. Продължителността на цялостното лечение на инсулта изисква около 24 месеца. Реинтеграцията на пациента в работния процес е ключов момент, който значително намалява товара на заболяването върху пациента.

Рискови фактори - модификация

Общо десет модифицируеми рискови фактора са в основата на вероятността за развитие на инсулт сред стратифицирано по възрастови групи, пол и етническа принадлежност население. Това са артериалната хипертония, тютюнопушенето, дислипидемията, нездравословната диета, липсата на физическа активност, затлъстяването, захарният диабет, сърдечно-съдовите заболявания, прекомерният прием на алкохол и психосоциалните фактори.

Доказано е, че лечението на сърдечно-съдовите рискови фактори намалява риска от инсулт. Целевите нива в първичната профилактика са донякъде по-строго дефинирани от тези при вторичната и зависят от

съпътстващи заболявания като захарен диабет, аритмия, дислипидемия и активно тютюнопушене, както и от пола.

Научните доказателства в подкрепа на модифицирането и управлението на рисковите фактори в първичната превенция са фокусирани основно във възрастовата група 40-75 години. Най-често посочваните модифицируеми рискови фактори са артериалната хипертония, захарният диабет, дислипидемията, тютюнопушенето, нездравословното хранене, затлъстяването, липсата на физическа активност и предсърдното мъждене, като повечето насоки включват мерки спрямо тези рискови фактори. Въз основа на пространна литературна справка повечето насоки за първична превенция препоръчват използването на таблици на риска, които вземат предвид възрастта и съпътстващите заболявания.

Самостоятелното управление, със или без използването на технологии като електронно здравеопазване и инициативи за мобилно здравеопазване, може да предложи възможност за предоставяне на първична превенция в различни здравни заведения, включително географски отдалечени райони в България. Въпреки това, очакваното въздействие върху рисковите фактори е все още в най-добрия случай скромно, а устойчивостта на ефектите е ограничена. Следователно постигането на устойчива първична превенция предполага подобряването на колаборацията между различните здравните специалисти в първичната, вторичната и третичната медицинска помощ.

Необходимост от първична профилактика при инсулт

Първичната превенция се осъществява на ниво индивид, общност и население. Интервенциите на общественото здравеопазване, насочени към силно разпространени рискови фактори, които не изискват фармакологична намеса, включително ограничаване на тютюнопушенето и насърчаване на здравословен начин на живот, следва да се прилагат на няколко нива. Такива интервенции могат да включват законодателни промени, медийни кампании, етикетиране на храните, образователни и превантивни мерки в училищата, на работните места и в общността. Въпреки че има само ограничени висококачествени доказателства за директен ефект върху честотата на инсулт и сърдечно-съдовите заболявания (ССЗ), инициативи като изграждане на велосипедни алеи, насочване на хората към използване на стълбищни структури вместо асансьори, сервиране на здравословна храна на обществени места, забрана за тютюнопушенето, намаляване на количеството сол и захар в преработените храни и безалкохолните напитки, здравното образование и обществените здравни кампании за повишаване на осведомеността относно модифицируемите рискови фактори са разумни интервенции в общественото здраве, чието прилагане и развитие трябва да продължи във времето.

От популационна гледна точка обхващането само на индивидите с висок сърдечно-съдов риск не е достатъчно, тъй като повечето инсулти ще се развият при лица с нисък или среден риск. С оглед на това са необходими по-широкообхватни стратегии за превенция, достигащи по-голям кръг хора от

популацията. Изглежда най-подходяща в този смисъл е комбинацията от опортюнистичен скрининг на тези с повишен риск (въз основа например на демографски характеристики) и систематичен скрининг за рискови фактори. По-специално, повишаването на осведомеността относно артериалната хипертония като основен сърдечно-съдов рисков фактор за инсулт може да повиши вероятността от ранно откриване и да доведе до навременно започване на лечение. Много рискови фактори са по-разпространени сред хората с нисък социално-икономически статус и са необходими допълнителни усилия за достигане до тези хора с превантивни стратегии. При всички случаи трябва внимателно да бъдат претеглени потенциалните ползи и рискове (напр. прекомерното предписване на медикаменти) от въвеждането на дадена превантивна мярка в борбата с инсулта.

Към момента съществуват големи различия между европейските страни, косвено отразяващи състоянието на местните здравни услуги, по отношение на разпространението и контрола на рисковите фактори. В България резултатите в това отношение са все още крайно незадоволителни. Освен това, осведомеността за модифицируемите рискови фактори за инсулт изглежда варира значително между различните популационни групи и географски райони на страната.

Понастоящем в България няма създадена организационна рамка на първичната превенция по отношение на мозъчния инсулт. Това оправдава до голяма степен необходимостта от създаването и въвеждането на плана за действие при инсулт. На това място ще бъдат коментирани различните сърдечно-съдови рискови фактори, имащи отношение към острия мозъчно-съдов инцидент:

1. Артериалната хипертония се среща при 20 до 40% от популацията над 18-годишна възраст в Европа. Въпреки това само малка част от хипертониците достигат до нормални и стабилни стойности на артериалното налягане.
2. Захарният диабет е един от основните рискови фактори за мозъчно-съдова увреда, но въпреки това контролът на гликемията в България е субоптимална. Диабетните грижи могат да бъдат организирани в амбулаторни условия в рамките на първичната и специализираната медицинска помощ.
3. Предсърдното мъждене (ПМ) е отговорно за повече от 20% от исхемичните мозъчни инсулти, което го прави приоритетен за овладяване рисков фактор. Отчита се тенденция за нарастване на дела на кардиоемболичните инсулти, като това донякъде е свързано и с по-добрата етиологична идентификация на този рисков фактор, но също така донякъде е свързано с нарастващата честота на ПМ с възрастта и застаряващото население. При хора с ПМ с подходящ резултат от CHA2DS2VASc, благоприятният ефект от антикоагулацията е очевиден, но добавената стойност на един по-мощен скрининг за ПМ, особено що се касае до пристъпното ПМ, продължава да бъде предмет на дебат, особено в рамките на първичната превенция. Оценката полза/риск по отношение на дългосрочния прием на

антикоагуланти като първична профилактика е все още недостатъчно ясна при пациентите с кратки епизоди на ПМ или такива с нисък CHA2DS2VASc резултат.

4. Дислипидемия. Делът на хората с нелекувана дислипидемия е намалял през последните 25 години, но придържането към лечението с лекарства за понижаване на холестерола все още е недостатъчно.
5. Тютюноушенето продължава да е актуален проблем. Въпреки наблюдавания през последните три десетилетия спад в тютюнопушенето, 10–28% от възрастното население в европейските страни все още пуши активно.
6. Затлъстяване, диета и физическа активност. През последните 25 години делът на хората със затлъстяване се е увеличил значително. Статистиката показва, че 6 от 10 европейски граждани не достигат препоръчаните от СЗО 150 минути физическа активност с умерена интензивност на седмица, в която България не прави изключение. Недостатъчни са кампаниите за промяна на диетичните навици като например редукция на консумацията на сол, което от своя страна намалява сърдечно-съдовата смъртност.

Тъй като рисковите фактори за развитие на мозъчен инсулт са в голяма степен близки до “класическите” сърдечно-съдови такива, изследователските инициативи за първична превенция на инсулт не бива да бъдат разглеждани самостоятелно и изолирано. Необходимо са колаборативни интердисциплинарни инициативи за първична превенция, включващи невролози, кардиолози, общопрактикуващи лекари, ендокринолози и специалисти по общественото здравеопазване. Уместно е такива инициативи да бъдат осъществявани на различни нива - регионално и национално, както и да бъдат в съответствие с инициативите на СЗО, като например Плана за действие за НИЗ, с възможност за последваща актуализация.

Приоритети за научно-изследователска дейност и развитие:

1. Кои фактори са отговорни за основните различия в здравеопазването в Европа, включително разпространението и контрола на рисковите фактори, както и достъпа и придържането към първичната профилактика? Какви са ефектите от ниския социално-икономически статус и други социални фактори
2. Могат ли настоящите модели за прогнозиране на риска да бъдат подобрени чрез разширяване на текущото 10-годишно прогнозиране на риска до 20-годишен или доживотен риск за тези на по-млада възраст (<40 години) и петгодишен или доживотен риск за тези над 75 години?
3. Може ли допълнителното индивидуализиране на стратегиите за първична превенция, например чрез отчитане на множество съпътстващи заболявания, хроничен прием на лекарства, географски и етнически различия, както и изследване на рискови профили за полигенетична предразположеност, да подобри ефективността?

4. Може ли да бъде подобрена обществената осведоменост за потенциала на първична превенция срещу инсулт чрез персонализирано и обществено здравно образование относно модифицируемите рискови фактори?
5. Какви са ползите и вредите от скрининга за рискови фактори за инсулт сред различните популационни групи при използването на различни подходи като систематичен и опортюнистичен скрининг?
6. Може ли да се подобри придържането към интервенциите за първична превенция чрез (1) прилагането на електронно или мобилно здравеопазване за насърчаване на самоконтрола; (2) използването на лекарствени комбинации (например във формулировки на „полихапчета“) и (3) комбинирането на индивидуализирани подходи с интервенции за обществено здраве?

Може да се обобщи, че целите на първичната профилактика за периода 2022-2030 са:

1. Да се подсигури универсален достъп за всички пациенти до първична профилактика чрез персонализирано прогнозиране на риска;
2. Законодателни промени и национални стратегии в областта на общественото здравеопазване по отношение на водещите рискови фактори за инсулт;
3. Достъпни и базирани на доказателства програми за овладяване на основните рискови фактори;
4. Навременно диагностициране на артериалната хипертония и адекватен контрол на артериалното налягане при поне 80% от хората с артериална хипертония.

Както и при приоритетите за научно-изследователска и развойна дейност, тясното сътрудничество и приваждането в съответствие с целите за превенция на сърдечно-съдовите заболявания са от съществено значение за постигането на тези предложени цели.

Поведение при остър инсулт

Организация на дейностите

Съвременни технологии

Организацията на дейностите за поведение при инсулт е фундаментална за качеството в целия спектър от медицински и здравни грижи, които преминават от превенция през лечение в острата фаза до рехабилитация, реинтеграция и дългосрочни грижи. Дефинициите на различните звена за лечение на инсулт, включени в този документ, са дадени в Таблица 1.

Фокусът на този раздел е върху организацията на дейностите за лечение на остър инсулт, тъй като другите елементи ще бъдат представени в разделите, занимаващи се със съответните специфични области. Въпреки че в повечето европейски страни е изградена структурираност за предоставяне на

дейностите, съществуват големи различия в практическото прилагане на насоките за лечение и придържането към индикаторите за качество. Доказано е, че програмите за осведоменост оказват влияние върху броя на обажданията за остър инсулт, но този ефект не се поддържа в дългосрочен план. В няколко страни са въведени национални или регионални регистри за качество за наблюдение на ключови показатели за ефективност, а в други са създадени програми за сертифициране на отделения и центрове за инсулти.

Финансирането и изследователските дейности, обхващащи както експериментални, така и клинични проучвания, значително се увеличиха през последните десетилетия.

Подходящото обучение на екипите и диспечерите на спешните медицински служби (БМП) увеличава броя на пациентите, пристигащи рано в болницата, а в някои държави са установени ясни транспортни маршрути до най-близката подходяща болница. Предболничната идентификация на пациенти с остър инсулт чрез използване на валидирани инструменти и скали е важна за своевременното лечение: Тестът за говор на лицето и ръката (FAST) е най-лесният и най-често използваният, но всички предболнични скали демонстрират неоптимална специфичност, дори и при адекватно обучение. Доказано е, че изграждането на интердисциплинарни екипи за инсулт (различни специалисти, необходими за лечение на инсулт, включително специалисти по образна диагностика) води до по-кратки забавяния и по-бърза реакция, особено когато екипът е предварително уведомен за предстоящото пристигане на пациента. Концепцията за осигуряване на персонал и оборудване на мобилни инсултни единици (линейки с инсталиран компютърен томограф (скенер) в тях) изглежда ефективна, но тази опция не е широко достъпна. Друга възможност е транспортирането с хеликоптер, което може да бъде полезно при определени условия и за което в нашата страна се правят вече по-конкретни стъпки.

Приемането в многопрофилни болници с функциониращо Спешно отделение и реална (24/7) възможност за спешна болнична помощ увеличава вероятността от получаване на тромболитично лечение, което има пряко значение за изхода от инсульта. Болниците с по-голяма честота на прилагане на тромболиза постигат статистически и клинично значително по-кратки закъснения при осъществяване на лечението след пристигането в болницата. Именно те трябва да бъдат основата, примера и готовите модели и алгоритми, на базата на които ще се изградят националните Центрове за инсулт.

Лечението в специализирани отделения за инсулт значително намалява риска от увреждане, трайните увреждания и смъртността с 20%, независимо от тежестта на инсульта и възрастта на болния. Всички болници трябва да гарантират, че пациентите със съмнение за инсулт имат бърз достъп до образна диагностика на мозъка, включително мозъчна ангиография, тъй като незабавното образно изследване на мозъка е най-значимия подход при инсулт. След осъществяване на това първично изследване пациентът трябва да бъде транспортиран при необходимост до най-близкото специализирано

отделение за инсулт. Ранното подпомогнато изписване (ESD) и насочване към мултидисциплинарно звено е от полза за пациентите с лек до умерен по тежест инсулт и е вероятна причина за значителното намаляване на продължителността на престоя в специализираните отделения за инсулти.

В отдалечени региони без специализирано отделение за инсулт, телемедицината може да помогне да се осигури базирано на доказателства лечение на болните с остър инсулт, включително реализиране на тромболиза.

Програмите за сертифициране и одит на отделенията за инсулт подпомагат предоставянето на висококачествени организирани грижи: доказано е, че високата оценка в одитираните показатели на процеса намалява смъртността с до 25%. Това подчертава необходимостта от непрекъснати процеси за подобряване на качеството, особено с оглед на известните разлики в качеството на грижите, свързани с часа и деня на приемане. Мерките за одит водят до по-добро качество на грижите за инсулт и по-устойчиво представяне на грижите за инсулт във времето.

Таблица 1.

Дефиниции на избрани термини, използвани и в Европейския план за действие при инсулт.

Термин	Дефиниция
Инсултно отделение	Специализирана териториално ясно определена зона или отделение в болница, където пациентите с инсулт постъпват и получават грижи от мултипрофесионален екип (медицински, сестрински и терапевтичен персонал), който има специализирани познания за мозъчната функция, обучение и умения в грижа за инсулт с добре дефинирани индивидуални задачи, редовно взаимодействие с други дисциплини и водеща роля при инсулт. Този екип координира грижите чрез редовни мултидисциплинарни срещи. В инсултното отделение най-малко 5% от пациентите с исхемичен инсулт получават тромболиза като специфично лечение.

Термин	Дефиниция
Център за лечение на инсулт	Болнична инфраструктура и свързаните с нея процеси на грижа, които осигуряват пълен път на грижите в отделението за лечение на инсулт. Центърът за инсулт е координиращият орган на цялата верига от грижи. Това включва доболнична помощ, текуща рехабилитация и вторична профилактика, както и достъп до неврохирургична и съдова интервенция. В такива центрове лечението на остър инсулт се комбинира с ранна мобилизация и рехабилитация и вторична превенция, според нуждите на пациента. Отделението за инсулт е най-важният компонент на центъра за инсулт. Центърът за лечение на инсулт предоставя услуги за отделението за лечение на инсулт за населението в собствения си район и служи като център за насочване към периферни болници с отделения за лечение на инсулт, в случай че техните пациенти се нуждаят от услуги, които не са достъпни на местно ниво.
Ранно подпомогнато изписване	Ранното подпомогнато изписване е предназначено да даде възможност за ускорено изписване на пациенти с инсулт и обгрижване в домовете им, осигурявайки специализирана рехабилитация и социална подкрепа в домашна среда, а не в болнично отделение за активно лечение. Екипът за ранно изписване с подкрепа се състои от различни специалисти терапевти и социални работници. Екипът посещава пациентите в техните домове, позволявайки им да се подложат на рехабилитация в позната домашна среда. По този начин се увеличава наличността на леглата в болницата за спешни случаи и достъпа на пациентите до тях.
Регистър	Система за събиране на данни за процеси и резултати на регионално или национално ниво, която постига почти универсално покритие.

Текущо състояние на дейността

Обществената осведоменост за значението на инсульта се е повишила през последните години, но все още варира значително в различните страни от Европа. Скорошно проучване в 44 страни показва значителен напредък, но и все още голяма хетерогенност в организацията на грижите при инсулт в Европа. В нашата страна все още липсва надеждна и точна информация за

структурата и организацията на грижите при инсулт, както и утвърдени пътища за поведение при инсулт. В повечето, но не във всички европейски държави, здравните служби и държавните структури са свързани с национални дружества и организации за инсулти като тези връзки помагат за координирането на дейностите и насърчават подобряването на качеството на грижите за инсулт. В България все още липсва мултидисциплинарно научно дружество по инсулт, обединявайки усилията на всички специалисти, занимаващи се с болни с инсулт. Качествена промяна в поведението спрямо този проблем не може да бъде постигната, ако с него се занимават само специалистите-невролози. Те би трябвало да бъдат гръбнакът на такава структура, но в нея трябва да има представители на общопрактикуващите лекари, кардиолозите, ендокринолозите, пулмолозите, спациалистите по образна диагностика, по анестезиология и реанимация, по спешна медицина, по неврохирургия, по ангиология и съдова хирургия, по физиотерапия и рехабилитация, по трудова медицина, по здравни грижи, социалните работници, логопедите, кинезитерапевтите, дори специалисти по медицинско право и деонтология и др.

Повечето държави имат система за спешна медицинска помощ с регионална организация и писмени протоколи за остър инсулт. В България на този етап няма задължителни транспортни маршрути до най-близката подходяща болница или процедури за предболнично уведомяване при остър инсулт. Въпреки че симптомите на инсулт и важността на незабавните действия са били многократно съобщавани на обществеността, осведомеността сред населението все още е незадоволителна.

Постоянно се подчертава решаващото влияние на времето при остър инсулт, но дори средно в Европа по-малко от 10% от пациентите с инсулт достигат до болницата в рамките на 60 минути от началото на симптомите. В много страни, включително в България забавянето на пациентите при пристигането им в болницата не е намаляло през последните години. Въпреки значимия напредък в някои региони в нашата страна по-малко от 2.5% от болните с исхемичен инсулт получават лечение с тромболиза, като всяка трета тромболиза в страната се прави в един център в София. Необходимо е в България, по примера на други европейски държави да се изгради национална мрежа от болници с отделения за инсулт и центрове за инсулт, следвайки писмени протоколи. Необходимо е да се постави и основата за тяхното сертифициране, защото и в Европа само малка част от страните са създали система за сертифициране с добре дефинирани критерии за качество или одитна система за сравнителен анализ на предоставянето на грижи, която се оценява периодично.

Механичната тромбектомия е най-новият и най-предизвикателният компонент сред възможностите за лечение при остър инсулт като в момента има огромни вариации в предоставянето на това лечение в цяла Европа. В момента в България механична тромбектомия се провежда инцидентно, в два или три центъра като основната нужда е от специалисти, апаратура и

организация. Не на последно място финансирането на тази дейност е силно подценена и в момента ендоваскуларното лечение при инсулт се заплаща от НЗОК почти двойно по-малко от това при миокарден инфаркт.

Само няколко страни са създали система за непрекъснато подобряване на качеството с предварително определен набор от критерии, които редовно се измерват и сравняват с еталонни показатели. Структурите за възстановяване на разходите за грижи при инсулт все още са силно променливи между европейските държави, което води до пропуски в качеството на грижите в някои страни. Предизвикателствата пред грижите при остър инсулт се различават значително между държавите и между различните региони (напр. градове и селски райони), но само няколко държави наблюдават предоставянето на грижи при инсулт на ниво пациент, за да осигурят определен стандарт на обслужване. България може и трябва да стане пример за подражание дори само заради факта, че сме лидери по заболяемост и смъртност от инсулт в целия свят.

Приоритети за научно-изследователска дейност и развитие:

1. Можем ли да идентифицираме най-важните пречки пред прилагането на основани на доказателства грижи за инсулт? Каква е ролята на икономическите аспекти?
2. Какво е здравно-икономическото въздействие на инсултите и възвръщаемостта на инвестициите в грижите за инсулт?
3. Кои са най-ефективните концепции за подобряване на организацията на грижите при инсулт в страни с ограничени ресурси?
4. Какви са минималните образователни критерии за експертите по инсулт (лекари, медицински сестри или терапевти)?
5. Какъв е оптималният брой и съотношения на инсултни центрове и инсултни отделения за общинските и селските райони?
6. Каква е ролята на телемедицинските системи за остър инсулт, рехабилитация и дългосрочни грижи?
7. Каква е подходящата структура за лечение на инсулт в детска възраст?
8. Как регионалните мрежи от спешна медицинска помощ, отделенията за инсулт и рехабилитационните центрове могат да бъдат развити най-ефективно?
9. Как могат да се организират базирани на доказателства медийни кампании, за да се насърчи обществената осведоменост и познания за признаците на инсулт и важността на незабавните действия?
10. Какви елементи са необходими, за да се даде възможност за по-ефективно участие във вземането на решения сред пациентите и роднините им?

Цели за 2030 г.

1. Създаване на медицинско общество и организация за подкрепа на болните с инсулт и техните близки, която да си сътрудничи тясно с отговорния орган при разработването, изпълнението и одита на националния план за инсулт.
2. Оптимизиране на националните програми и стандарти за грижи при инсулт чрез основани на доказателства пътища, които обхващат цялата верига от дейности. Тези пътища се разбират от обществеността и могат да бъдат адаптирани, за да отговарят на регионалните особености и потребности, за да се осигури равен достъп до грижи при инсулт, независимо от характеристиките на пациента, региона и времето за хоспитализация.
3. Управление и предоставяне на грижи при инсулт от компетентен персонал и екипи и създаване на планове за ефективно набиране и обучение като част от национален план за инсулт.
4. Всички отделения за инсулт и други услуги при инсулт да се подлагат на редовно сертифициране или еквивалентни процеси на одит за подобряване на качеството.

Лечение на остър инсулт

Най-съвременни концепции

Острият инсулт е спешно медицинско състояние. Ползата от реканализиращите терапии при пациенти с остър исхемичен инсулт е силно зависима от времето, като по-ранната интервенция постига по-добри резултати. Поради това системите за лечение на инсулт трябва да сведат до минимум времето за оценка и започване на лечение, преди мозъчното увреждане да стане необратимо. Всички пациенти с исхемичен или хеморагичен инсулт трябва да се възползват от внимание и организирана грижа в рамките на специализирано отделение/център за инсулт - режим на работа 24/7, спешно отделение, обучен инсултен екип, бърза образна диагностика, превенция и ранно лечение на усложненията, ранна рехабилитация. Продължават рандомизирани проучвания, тестващи стратегии за предотвратяване на усложненията.

Най-масовото доказано лечение е прилагането на аспирин при исхемичен инсулт в рамките на първите два дни от началото на симптомите. То има малка полза (Брой пациенти, необходими за успех (NNT)=79), но е подходящо за голямата част от пациентите. Макар и недоказана, ползата от ранното лечение с клопидогрел вероятно е сравнима. При избрани пациенти с остър исхемичен инсулт или ТИА, двойната антиагрегантна терапия през първите седмици осигурява допълнителни ползи. От друга страна избрани интервенции, включително интравенозна тромболиза (IVT), ендоваскуларна тромбектомия (EVT) и хемикраниектомия предлагат по-големи ползи, но са приложими за по-малко пациенти. Навременното възстановяване на кръвотока чрез интравенозна тромболиза (IVT, NNT=5–9) или ендоваскуларна тромбектомия (EVT, NNT=3) е първостепенен приоритет. Колкото по-рано започне лечението с интравенозна тромболиза, толкова по-голяма е ползата, независимо от възрастта или тежестта на инсулта. При пациенти с остър

исхемичен инсулт, причинен от оклузия на проксималната интракраниална артерия на предното мозъчно кръвообращение, ендоваскуларната терапия (EVT) с механична тромбектомия силно увеличава шанса за добър изход като подобно на интравенозната тромболиза подобрява глобалните функционални резултати. Първоначалните доказателства за ползата от EVT до голяма степен са ограничени до пациенти, при които лечението може да започне в рамките на 6 часа от началото на симптомите, но най-актуалните доказателства сочат, че при прецизно подбрани пациенти с остър исхемичен инсулт и оценка на съотношението между перфузионния дефицит и обема на инфаркта, EVT може да предложи полза, когато се използва до 24 часа от началото на симптомите. В последните проучвания ендоваскуларна тромбектомия се свързва с 19% абсолютно намаление на риска от лош изход, но въпреки това 29–67% от пациентите, рандомизирани в групата на интервенираните, са починали или функционално зависими на третия месец.

Проучването за инсулт при събуждане съобщава, че при подбрани пациенти с остър инсулт с неизвестно време от началото на симптомите, интравенозната тромболиза е ефективна след прецизна оценка на данните от специалните магнитно-резонансни и компютърно-томографски програми за диагностика на свръхостър инсулт - дифузионно-перфузионно изображение (DWI) и възстановяване с атенюирана инверсия (FLAIR) в областта на исхемията.

При пациенти на възраст до 60 години с обширни инфаркти и ефект на заемащ пространството процес, хирургичната декомпресия, включваща хемикраниектомия и дурупластика, силно намалява риска от смърт или функционална зависимост (NNT=2-4). Ползата при по-възрастни пациенти е съмнителна, тъй като хирургичната декомпресия в тези случаи намалява риска от смърт с цената на голямо увеличение на риска от трайни увреждания в ежедневиите дейности.

Грижите в отделение за инсулт са единственото лечение, за което е доказано, че е полезно при пациенти с вътречерепен кръвоизлив. Ранното интензивно понижаване на кръвното налягане може да подобри резултатите, въпреки че NNT е относително голямо. Към днешна дата използването на хемостатични средства за предотвратяване на ранното увеличаване на обема на хематома не е доказано ефективно. Хирургичното лечение може да бъде животоспасяващо при някои пациенти, но предприемането на хирургична интервенция не е показала, че подобрява резултатите при пациенти с вътречерепен кръвоизлив като цяло.

Основната цел при пациенти със субарахноиден кръвоизлив (SAH), причинен от руптура на вътречерепна аневризма, е превенцията и лечението на усложнения като повторно кървене, късна мозъчна исхемия и хидроцефалия. Рискът от повторно кървене може да бъде намален чрез оклузия на аневризмата с ендоваскуларни или микроневрохирургични техники. "Койлирането" като ендоваскуларен метод се предпочита в случаите, когато и двете възможности за лечение изглеждат еднакво осъществими. Пероралното

приложение на Нимодипин намалява риска от късна мозъчна исхемия и увеличава шанса за благоприятен изход. Понастоящем се проучва ранно, краткосрочно лечение с транексамова киселина за намаляване на риска от рецидивиращ субарахноиден кръвоизлив преди аневризмата да бъде интервенирана.

Много често вътреболничната смъртност при пациенти с инсулт се дължи на решение за прекратяване на животоподдържащо лечение. Наблюденията в клиничните проучвания показват силна връзка между ограниченията на лечението, като въздържане от реанимационни мероприятия и повишения риск от вътреболнична смъртност. Остава несигурно дали тези наблюдения се дължат на причинно-следствена връзка и дали предприемането на реанимационни мероприятия би довело до по-добри крайни резултати.

Текущо състояние на дейността

Скорошно проучване показва, че съществуват значителни различия по отношение на достъпа и качеството на предоставяните интравенозна тромболиза и ендоваскуларно лечение при болните с остър инсулт между и в рамките на 44 европейски държави. Някои данни сочат, че в много страни както достъпът, така и качеството на оказваните грижи, са недостатъчни или дори липсват. Регионални различия се докладват в 28 страни. По-малко от 20% от пациентите с остър исхемичен инсулт са имали достъп до лечение с интравенозна тромболиза, а средната честота е 7,3% при значителна вариабилност между и в рамките на европейските страни. Ендоваскуларното лечение е извършено само в 1,9% от всички пациенти с остър исхемичен инсулт. Освен това в 28 от европейските страни липсва пълно териториално покритие за предоставяне на ендоваскуларно лечение. В България през 2021 година с интравенозна тромболиза са лекувани 2.34% от болните с исхемичен инсулт, като регионалните несъответствия са огромни - всяка трета тромболиза в страната се прави от само един център в София. В самата столица около 6.8% от инсултите получават тромболиза.

Основният западноевропейски регистър SITS-MOST отчита средно време 140 минути от началото на симптомите до започване на лечението, в сравнение със средно време 150 минути, докладвани от източноевропейският регистър SITS-EAST. В различни международни европейски регистри е докладвано средно време „от врата до игла“ (DNT) от 70 минути като непрекъснатото подобряване на процеса може да понижи средното DNT до само 20 минути, но в инсултните центрове със съществен опит и поток на пациенти. В България липсва национален регистър за болните с инсулт и даже за болните, лекувани с тромболиза или механична тромбектомия. Само няколко болници участват в източноевропейският регистър SITS-EAST и неговата по-нова версия RESQ.

Насоките за лечение на остър вътримозъчен кръвоизлив обикновено препоръчват ранен контрол на кръвното налягане. За съжаление данните за

употребата на антихипертензивно лечение в тези случаи и постигнатата степен на контрол на кръвното налягане са оскъдни на този етап.

Приоритети за научно-изследователска дейност и развитие:

1. Как могат да бъдат намалени различията в достъпа до грижи в отделенията за инсулт в България?
2. Кои възможности за реперфузия трябва да се използват въз основа на специфични за пациента и обстоятелствата фактори?
3. Как могат да се оптимизират скоростта, безопасността и ефективността на подходите за реперфузия (медикаменти и медицинска апаратура/консумативи) в България?
4. Кои фармакологични или други стратегии, приложими преди да започнат реканализиращите терапии, ще намалят степента на необратими мозъчни увреждания при пациентите с исхемичен инсулт?
5. Кои стратегии ще подобрят резултатите при пациентите с исхемичен инсулт, които не са подходящи за реперфузионни терапии или не се възстановяват ефективно след провеждане на реканализация?
6. Кои терапевтични стратегии ще подобрят резултатите при пациентите с вътримозъчни кръвоизливи: хемостатични и хирургични подходи, предотвратяване на вторично мозъчно увреждане, интензивно или консервативно повлияване на кръвното налягане?
7. Кои стратегии за лечение допълнително ще подобрят резултатите при пациенти със субарахноиден кръвоизлив чрез ограничаване на мозъчното увреждане?

Цели за 2030 г.

1. Лечение на поне 90% от всички пациенти с инсулт в инсултно отделение.
2. Гарантиране на достъп до реканализационно лечение на 95% от отговарящите на критериите пациенти.
3. Намаляване на средните времена от началото на симптомите до началото на лечението до <120 минути за интравенозната тромболиза и до <200 минути при ендоваскуларното лечение.
4. Постигане на нива на интравенозната тромболиза над 15% и нива на ендоваскуларното лечение над 5% от всички болни с исхемичен инсулт.
5. Намаляване на нивата на смъртност през първия месец до <25% за вътримозъчните кръвоизливи и увеличаване на процента на болните с добри функционални резултати до >50%.
6. Намаляване на нивата на смъртност през първия месец до <25% за субарахноидния кръвоизлив и увеличаване на процента на болните с добри функционални резултати до >50%.

Вторична профилактика

Ниво на развитие

В Декларацията от Хелзингборг от 2006 г. целите за 2015 г. бяха да се намали смъртността от инсулт с най-малко 20%, както и всички пациенти с транзиторни исхемични атаки (ТИА) или инсулт да получат подходящи вторични превантивни мерки. В рамките на Европа всички споделят мнението, че рисковите фактори за инсулт, най-вече артериалната хипертония и тютюнопушенето, трябва да бъдат ограничени сред населението, но прилагането на мерките за вторична превенция варира значително между страните, като процентът на успеваемост намалява от запад на изток.

Вторичната профилактика включва намаляване на честотата на последващите инсулти и ТИА, всяко друго съдово заболяване и други усложнения, включително когнитивен спад и деменция, смущения в настроението или тревожност, умора и влошаване качество на живот. Вторичната профилактика е приложима при почти всички пациенти с инсулт или ТИА и може да намали рецидивите на инсулта с 80%. Изследването и лечението трябва да започнат в болница (отделение за лечение на инсулт или клиника за лечение на инсулт) и да продължат през целия живот в общността. Съответните препоръки на Европейската инсултна организация (ESO) и националните насоки се актуализират редовно и повечето изследвания и интервенции са достъпни за здравните системи в цяла Европа. Рутинното използване на тези насоки ще гарантира равнопоставеност на достъпа и грижите в цяла Европа. В България е приет Национален консенсус за профилактика и лечение на мозъчно-съдови заболявания и неговото прилагане в частта за вторична профилактика може да бъде основа не само за настоящия План, но и за по-мощни действия от страна на специалистите, държавните институции, НПО и обществото като цяло.

Изследвания

Изследванията на инсулта, неговата етиология и рискови фактори трябва да следват Националния консенсус за профилактика и лечение на мозъчно-съдови заболявания, включително бързо и подходящо образно изследване на главния мозък и мозъчното кръвообращение. Последващи инсулти трябва да бъдат изследвани отново, тъй като механизмът може да е различен от този на първоначалния инсулт. Ако се извършва ядрено-магнитен резонанс (ЯМР), той трябва да включва T2, FLAIR, DWI и кръвно-чувствителни последователности. Ако няма очевидна причина за инсулта, идентифицирането на пароксизмално предсърдно мъждене (ПМ) и перистиращ форамен овале (PFO) излиза на преден план.

Идентифицирането на рисковите фактори има две основни опорни точки: идентифициране на рискови фактори от „начина на живот“, които биха имали полза от персонализиран подход и „медицински“ рискови фактори, за които съществуват препоръки за управление. Модифицируеми рискови фактори, като

лоша диета, употреба на алкохол и тютюнопушене, наркотична зависимост, затлъстяване, високо кръвно налягане и висок холестерол, ПМ, захарен диабет и сънна апнея, трябва да бъдат установени при всеки пациент. От друга странна фактори като възраст, пол, раса или етническа принадлежност и фамилна анамнеза, определят значението на модифицируемите фактори: националните регистри за инсулт трябва да отчитат наличието на тези фактори и интервенциите, използвани за предотвратяване или лечение на повлияемите рискови фактори.

Минималният стандарт на грижа за вторична превенция се състои от съвети за начина на живот и понижаване на повишеното кръвно налягане. При пациенти с исхемични събития трябва да се добави антиагрегантна терапия, статини и каротидна ендартеректомия (ако е приложима). Обучението на пациентите върху стратегиите за превенция трябва да се извършва при всяка възможност от всички здравни специалисти, работещи в сферата на мозъчно-съдовите заболявания. Интервенциите трябва да започнат още по време на болничния престой с цели, които се определят от мултидисциплинарен екип и се проследяват при вторични прегледи. Ефектът от лечението върху кръвното налягане и липидния профил трябва да се оцени при проследяване. След диагностицирането на исхемичен инсулт или ТИА трябва да се установи етиологичната причина (заболяване на големите артерии, кардиоемболия, заболяване на малките съдове (SVD), инсулт с друга определена етиология и инсулт с неустановена етиология). Този подход позволява лечение с подходящи вторични превантивни стратегии. Подобен подход трябва да се използва за диагностицирането на вътремозъчен кръвоизлив, който може да бъде лобарен или дълбок (обикновено свързан с артериална хипертония) и може също да бъде свързан с руптура на аневризма или артериовенозна малформация, или друга етиология.

Хирургични или ендоваскуларни процедури като каротидна ендартеректомия и стентирание, затваряне на персистиращ форамен овале и предсърдното ухо са силно зависими от наличието на подобни специалисти и уменията на оператора. Това е още един довод за мултидисциплинарния подход в поведението спрямо инсултите и в България. Нивата на успеваемост трябва да се проследяват и зависят от подходящо обучение и сертифициране, както и от извършването на адекватен брой процедури всяка година.

Пациентите се нуждаят от дългосрочно проследяване, за да се следи придържането към терапията и развитието на мозъчно-съдови събития. Обикновено това се прави в общността, но използването на устройства за домашно проследяване и преносими устройства може да подобри събирането на данни и диагностицирането на последващи събития. Такива, макар и по-бавно, стават достъпни и в нашата страна и е необходимо да влязат в съображение от специалистите и регулаторните органи.

При повечето пациенти има резултат от изследвания и превантивни интервенции след инсулт или ТИА дори и в доста напреднала възраст. Въпреки това, при пациенти със значително ниво на инвалидизация, деменция или функционална зависимост могат да бъдат редуцирани някои стратегии за превенция, като се вземат предвид техните желания и тези на техните семейства. Пациентите с инсулт или ТИА често имат съпътстващо сърдечно, бъбречно заболяване или засягане на периферните артерии и това изисква съвместни изследвания, проследяване и лечение в колаборация със съответните специалисти. Например депресията и тревожността могат да бъдат определящи за начина на живот и придържането към лечение, освен че сами по себе си са рискови фактори за инсулт и деменция. Откриването на депресия не винаги е по силите на специалистите по обща медицина и нервни болести. В този случай консултацията и проследяването от психиатър трябва да бъдат задължителни и част от оперативните препоръки за поведение.

Текущо състояние на дейността

Въпреки че съществуват широки вариации в предоставянето на вторична превенция в Европа, точни данни, специфични за всяка държава не са налични за повечето интервенции, а публикуваните данни обикновено са отпреди 5–10 години. Това налага спешна необходимост от по-точно наблюдение и отчитане на вторичната профилактика. Наличните данни показват, че повече от 60% от пациентите с инсулт са хипертоници. Въпреки че 80-90% от тях са лекувани, по-малко от 40% поддържат адекватен контрол на кръвното налягане. Причините за неадекватен контрол включват липса на наблюдение, недостатъчно лечение и недостаъчно придържане към терапията. По подобни данни, въпреки че процентите на предписване на статини при изписване от болницата са високи, процентите на дългосрочен прием на терапията са ниски. Освен това много пациенти с ПМ все още не получават перорални антикоагуланти.

Приоритети в изследванията и поведението

За всички пациенти

1. Технологичните решения подобряват ли придържането към терапията?
2. Могат ли определени биомаркерите да идентифицират пациенти с висока честота на рецидив на инсулт и това ще подобри ли вторичната профилактика?
3. Може ли идентифицирането на пациенти, които не отговарят на антитромботичната терапия да подобри вторичната превенция?
4. Може ли превенцията да бъде подобрена при пациенти, придържащи се към препоръчаната профилактика?
5. Кои превантивни мерки са от полза при повечето възрастни пациенти?

6. Какви превантивни терапии са ефективни при спорадичен инсулт на малките съдове (лакунарен) и моногенни цереброваскуларни нарушения като CADASIL (церебрална аутозомно доминантна артериопатия с подкорови инфаркти и левкоенцефалопатия) или болест на Фабри например?

По отношение организацията на здравни грижи

1. Трябва ли пациентите с лек инсулт или ТИА да бъдат оценени в специализирано звено за ТИА или трябва да бъдат хоспитализирани и оценени в отделение за инсулт?
2. Трябва ли всички пациенти да бъдат проследявани в дългосрочен план, какъв да бъде този срок и достатъчна ли е например една година?
3. ОПЛ или неврологът е в центъра на организирането на необходимите изследвания и специалисти за вторичната профилактика при инсулт?

По отношение начина на живот и рисковите фактори

1. Какво е оптималното целево артериално налягане за всеки тип и подтип на инсулт?
2. Лечението на сънна апнея намалява ли рецидивите на инсулт и ако е така необходима ли е неговата реимбурсация?
3. Кои диетични промени и физически дейности намаляват повторната поява на инсулт?
4. Усъвършенстваните процедури за стентирание на каротидните артерии ще намалят ли допълнително рецидивите на инсулт?
5. Трябва ли и кои пациенти да бъдат изследвани за асимптомни стенози на мозъчните артерии?
6. Какво е оптималното лечение на стеноза на интракраните съдове, причиняваща повтарящи се исхемични събития?
7. Кои пациенти имат полза от затварянето на персистиращ форамен овале?
8. Каква е оптималната стратегия за лечение при пациенти с ПМ и висок риск от исхемичен и хеморагичен инсулт?
9. Какво е оптималното време за започване на перорална антикоагулантна терапия след инсулт, свързан с ПМ?
10. Как могат да бъдат предотвратени мозъчните лезии, свързани с Болестта на малките съдове (БМС) и как да се забави тяхното прогресиране?
11. Трябва ли наличието или тежестта на лезиите при БМС да повлияе на решенията свързани с вторична профилактика?
12. Кои превантивни терапии са ефективни при криптогенен инсулт/емболичен инсулт с неопределен източник?
13. Кои пациенти с ПМ на перорални антикоагуланти могат да започнат отново приемът им след интрацеребрална хеморагия?

14. Кога трябва да се започне (продължи) приема на статини след вътремозъчен кръвоизлив при пациенти с исхемична съдова болест?
15. Може ли да бъдат разбрани механизмите на образуване и руптура на аневризма, за да се предотврати повторна субарахноидна хеморагия.

Цели за 2030г

1. Включване на всеобхватна и многостранна вторична профилактика на инсулт като отделно целево финансиране в доболничната помощ.
2. Най-малко 90% от популацията с инсулт да има достъп до преглед от специалист по инсулти и достъп до вторична превенция (изследвания и лечение).
3. Подсигуряване на достъп до ключови методи на изследване: компютърна или магнитно-резонансна томография, ултразвуково изследване на каротидните съдове, ЕКГ, 24-часова ЕКГ, ехокардиография (трансторакална и трансезофагеална), кръвни изследвания (липиден профил, глюкоза, HbA1c, коагулационен статус, скорост на утаяване на еритроцитите, С-реактивен протеин и автоантитела на всеки пациент с инсулт в рамките на програма за вторична профилактика.
4. Осигуряване на достъп до ключови превантивни стратегии: съвети за начина на живот, антихипертензивни средства, средства за понижаване на липидите, антиагреганти, антикоагуланти, перорални противодиабетни средства и инсулин, каротидна ендартеректомия и затваряне на персистиращ форамен овале на всеки подходящ за това пациент с инсулт в рамките на профилактичната програма.

Рехабилитация

Ниво на развитие

Според Декларацията от Хелзингборг (2006 г.) целите за 2015 г. включват всички пациенти с инсулт в Европа да имат достъп до съвкупност от грижи - от лечение в острата фаза до подходяща рехабилитация, предоставени в специализирани отделения за инсулт.

Сред възрастните пациенти, инсултът е най-честата причина за трайни увреждания, които могат да затруднят извършването на ежедневните дейности. Рехабилитацията е дефинирана от СЗО като „набор от мерки, които помагат на лица, които имат или има вероятност да имат затруднения за постигане и поддържане на оптимално функциониране при взаимодействие с тяхната среда“. Тя е инструмент, който позволява на хората с функционални ограничения да останат или да се върнат в своя дом или общност, да живеят независимо и да участват в образованието, работата и обществения живот. Конвенцията на ООН за правата на хората с увреждания (UNCRPD) включва правото на рехабилитация, но докладът SAFE от 2017 г. относно инсулта в

Европа ясно показва, че достъпът до рехабилитация значително варира в Европа. През същата година СЗО отправи призив за действие „Рехабилитация 2030“, с препоръки за справяне със значителните нужди от рехабилитация в целия свят и незаинтересоваността към тези нужди, проявена от много правителства.

Болнични грижи в отделенията за инсулт и ранна рехабилитация

Медицинските грижи при остър инсулт, квалифицираните сестрински грижи и специализираната рехабилитация са основните аспекти на цялостно лечение в отделенията за инсулт и е доказано, че лечението в такива звена намалява смъртността и инвалидизацията на пациентите. Рехабилитацията включва двигателна, речево-езикова и свързана с професията терапия, съчетана с участието и на психолози и социални работници, ако е необходимо. Трябва да включва мултидисциплинарен подход от лекари с опит в лечението на болни с инсулт, обединени в цялостен екип и да предлага подреден план за лечение и изписване от болницата с документирана отговорност за продължаващите нужди от рехабилитация в амбулаторни условия.

Пациентите, техните близки и болногледачите се нуждаят от информация относно същността на инсульта, рехабилитацията и планираното изписване и проследяване. Тази информация подобрява осъзнаването на състоянието, удовлетвореността на пациентите от грижите и намалява тревожността и/или депресията. Как най-добре се предоставя тази информация остава неясно, но активното участие както на пациентите, така и на членовете на семейството е от полза.

Преход от болницата към дома – ранно подпомогнато изписване и рехабилитация в амбулаторни условия

Ранното подпомогнато изписване е иновативен подход към рехабилитацията, при който услугите се предоставят у дома на пациента от мобилен рехабилитационен екип и трябва да се разглежда като част от пътя на лечение на инсульта. Обект на този терапевтичен подход са предимно пациенти с леки или умерени по тежест увреждания след инсулт, което представлява около 30% от болните. Проучванията показват, че достъпът до тези услуги намалява продължителността на болничния престой средно с шест дни и намалява шансовете за смърт или функционална зависимост след инсулт с 20%. Все още се смята, че пациентите с умерен до тежък инсулт трябва да имат достъп до рехабилитация по време на продължителен болничен престой или в специализирани звена за рехабилитация, която да отговори на техните нужди след изписването от отделенията за инсулт.

Тъй като възстановяването продължава и издръжливостта се увеличава, интензивността на терапията може да се увеличи в хода на лечението. За пациентите с афазия това може да означава високоинтензивна терапия за

продължителен период от време, което е доказано ефективно по отношение на подобрена функционална комуникация и езиковите умения като четене, писане и изразяване в разговор.

Има доказателства, че продължителното обучение в извършването на дейности от ежедневието в домашна среда до една година след инсульта има благоприятен ефект. Доказано е, че различните рехабилитационни подходи през първата година, както в домашни, така и в болнични или амбулаторни условия, подобряват независимостта в ежедневието.

Пациентите, преживяли инсульт, често са с влошен двигателен капацитет, с мускулна слабост както в засегнатата, така и в незасегнатата страна, и нарушения в кардиореспираторните възможности. Обучението във физически упражнения след инсульт намалява уврежданията, подобрява способността за ходене и може да подобри други дефицити, свързани с инсульт, като познавателни способности, настроение и уморяемост. Достъпът до зелени площи и пространство за разходка може да улесни физическата активност.

Късна рехабилитация и реинтеграция

Остава неясно дали рехабилитацията, осигурена по-късно от една година след инсульта, може да подобри възстановяването. Хората, които се възстановяват от инсульт, често имат трайни увреждания след първата година. Преглед на литературните данни установи, че има малко проучвания в тази област и следователно данните са неубедителни, въпреки че изглежда има тенденция към подобро възстановяване с помощта на рехабилитация. Въпреки това целенасоченото обучение, като трениране на координацията, обучение в походка с различни помощни средства и трениране на горните крайници след първата година има положителен ефект върху функционалната независимост.

Езиковото обучение в специализирани групи или с помощта на компютърни програми също може да бъде от полза. Това може да се осъществи под различни форми на групово обучение. За по-младите хора връщането на работа повдига въпроси относно индивидуалните интереси и качеството на живот, както и обезпечеността на личния живот. Следователно достъпът до професионална рехабилитация е важен за пациенти, при които връщането на работа изглежда възможно.

Важно е да се признае, че възстановяването и подобрието може да продължи дълго време след инсульт и че нуждите на пациентите се променят във времето. Затова никога не е късно за рехабилитация.

Текущо състояние на дейността

Съществуват големи различия в достъпа до рехабилитация между и в границите на отделните страни в Европа. Тези различия вероятно отразяват международните различия в организацията на услугите за инсульт,

стратегическите подходи към инсульта и наличните ресурси. Все още в много страни липсват специализирани отделения за инсульт и навременна рехабилитация. В България огромната част от пациентите с умерен и тежък инсульт се възползват предимно от грижите в отделенията за инсульт, което води до изхабяването на персонала в тях, ангажиране с несвойствени задачи и в крайна сметка намаляване на капацитета им за това, за което са незаменими - спешната диагностика и острото лечение на инсульт. От друга страна смесването на потоците на спешната помощ, тежко болните с нужда от интензивна терапия и пациентите с нужда от продължителни грижи, активна рехабилитация и спокойствие води до лоша ефективност и висок процент вътреболнични усложнения. Не на последно място високата цена на легло за остро лечение на инсульт е неоправдана за използването им като легла за продължителна рехабилитация. Ето защо основна се явява липсата в момента в страната на достатъчно отделения за рехабилитация след инсульт, които да предоставят алтернатива за продължаване на болничното лечение в отделенията за инсульт. Има нужда от увеличаване на броя и капацитета на специализираните отделения за рехабилитация след инсульт, за да се гарантира, че всички пациенти имат потенциално равен достъп. Освен това има недостиг на рехабилитационен и сестрински персонал с опит в лечението на болни с инсульт и разбиране на специфичните им нужди от грижи. Рехабилитацията в специализираните отделения за инсульт трябва да е достъпна по всяко време. Има сериозен недостиг на услуги за реализиране на ранно подпомогнато изписване и провеждане на рехабилитационни дейности в дома на пациентите във всички европейски страни, а в някои, в това число в България, дори това не се предлага като възможност пред болните с инсульт. По същия начин, терапевтичните програми за двигателна рехабилитация не са често срещани в Европа, но сега се разработват в редица страни.

Приоритети в научноизследователската дейност и развитие

1. Как можем ефективно да прилагаме дългосрочни стратегии за рехабилитация, включително мерки като ранното подпомогнато изписване?
2. Как можем да осигурим по-ефективна дългосрочна рехабилитация?
3. Програмите за самоконтрол (био-фийдбек) подобряват ли дългосрочните резултати от рехабилитацията след инсульт?
4. Как може да се приложи рехабилитационна терапия, базирани на доказателства относно времето, интензитета и вида на интервенцията?
5. Как можем да подобрим участието и интеграцията на преживелите инсульт в обществения живот?
6. Може ли уморяемостта след инсульт да се подобри по-ефективно?
7. Могат ли зрителните проблеми след инсульт да бъдат подобрени по-ефективно?

8. Могат ли езиковите проблеми след инсулт да бъдат подобрени по-ефективно?
9. Може ли когнитивното увреждане след инсулт да бъде подобро по-ефективно?
10. Може ли депресията или тревожността да се предотвратят по-ефективно
11. Могат ли двигателните проблеми на горните крайници след инсулт да бъдат подобрени по-ефективно?
12. Може ли рехабилитацията в поощряваща среда да подобри резултатите?

Цели за 2030г

1. Гарантиране, че поне 90% от пациентите в отделенията за инсулт имат достъп до ранна рехабилитация.
2. Осигуряване на ранно подпомогнато изписване на поне 20% от преживелите инсулт.
3. Предлагане на програми за амбулаторна рехабилитация на всички преживели инсулт, живеещи в домовете си.
4. Предоставяне на документиран план за рехабилитация в амбулаторни условия и подкрепа за всички пациенти с инсулт с остатъчни функционални дефицити при изписване от болницата за активно лечение.
5. Гарантиране, че всички пациенти с инсулт и лица, които се грижат за тях, имат достъп до рехабилитация и подпомагане на другите им нужди от три до шест месеца след инсулт и ежегодна преоценка след това.

Оценка на резултатите и подобряване на качеството

Състояние на техническите възможности в момента

Съществуват огромни разлики в качеството на грижите за пациентите с инсулт в Европа, както между, така и в рамките на отделните държави. Това отчасти се дължи на различния достъп до ресурси, но често се дължи на по-малко обясними разлики в организацията и предоставянето на грижите. Една от целите, поставена до 2015 г. в Декларацията от Хелзингборг (2006г.), е всички страни да създадат система за рутинно събиране на данни, необходими за оценка на качеството на грижите за болните с инсулт, включително по отношение на безопасността на пациентите. Това е постигнато само частично, но вече има доказателства за ползата от успешното прилагане на програми за подобряване на качеството в някои страни. Планът за действие за инсулт в Европа 2018–2030 има за цел да повиши общите стандарти на грижи, които пациентите могат да очакват, в съответствие с международната практика, основана на доказателства, и да се даде възможност за подобряване на услугите с по-ниско качество.

Трябва да бъдат разработени и използвани изчерпателни насоки за определяне на стандарти за поведението спрямо инсулт в България. Въпреки че международни насоки като препоръките на Европейската инсултна организация (ESO) могат да формират основата за националните стратегии, те трябва да бъдат адаптирани за прилагане в рамките на различни здравни системи. Насоките трябва да формират основата за разработване на стандарти за контрол на качеството на здравните услуги.

Измерване и контрол на качеството (одит)

Ясните стандарти и оценката на качеството на грижите за болните с инсулт са от съществено значение, ако се цели подобряване на качеството. Тази информация е необходима, за да позволи на отделните клиницисти да наблюдават и променят своята практика така, че звената за лечение на инсулт (болнични и амбулаторни) да предоставят адекватно планирани и ефективни на национално и международно ниво услуги, удовлетворяващи организациите, финансиращи здравни грижи. Освен това е важно резултатите от мониторинга на качеството, след подходяща интерпретация, да бъдат предоставени на пациентите, пациентските организации и обществеността, за да се утвърди увереност, че се предоставят висококачествени грижи. Ако трябва да се направят валидни и надеждни сравнения между услугите на национално и международно ниво, от съществено значение е дефинициите и терминологията да бъдат стандартизирани в различните страни. Една от причините за очевидните разлики в честотата и резултатите след инсулт е, че различните страни събират и докладват данни по различни начини. Това е особено очевидно при дефиницията на ТИА, но има и вариации в начина, по който кодовете на Международната класификация на болестите (ICD) се използват за класифициране на инсулта.

За да се опише напълно дадена услуга, са необходими данни за структурата на звената за лечение на болни с инсулт (съоръжения, персонал и т.н.), за процесите на грижа (време „от врата до игла“, интензивност на предоставената рехабилитация, време за достигане до отделението за инсулт и т.н.) и резултати (смъртност, тежест на физическо, когнитивно и психологическо увреждане, честота на усложнения като пневмония и др.). Използваните мерки трябва да са насочени към всички аспекти на грижите за цялостния път на пациента, включително спешни грижи, рехабилитация, следболнични грижи и вторична профилактика. Важно е да се записват не само предоставените грижи, но и опита на пациентите и резултатите, докладвани от техните близки. Данните от локални и национални регистри могат да бъдат мощен изследователски инструмент за потвърждаване, че доказателствата от рандомизирани контролирани проучвания могат да бъдат отнесени към рутинни услуги и могат да се използват за справяне с въпроси, които никога не биха могли да бъдат обект на мащабни изпитвания.

В Европа са използвани различни модели на одит, вариращи от „моментен одит“, при който качеството на грижите се измерва за кратък период от време на последователна група пациенти до одити, които се опитват да съберат данни за всички пациенти с инсулт. Самото събиране и докладване на данни обаче не е достатъчно, за да се постигне подобряване на качеството. Необходима е подкрепа, за да се даде възможност за промяна. Това може да включва местно клинично ръководство, управленска подкрепа, външна помощ чрез партньорска проверка и понякога предоставяне на допълнителни ресурси. Понякога може да се наложи основно преконфигуриране на услугата.

Текущо състояние на дейността

Структурите на здравните звена и системите за плащане често определят насоките на грижите. Организацията на услугите за лечение на инсулт варира значително в Европа, като в България голямата част от пациентите с инсулт се обслужват в общи неврологични отделения или дори в някои по-малки болници в рамките на сектори в общи медицински звена. Специализираните грижи са абсолютно необходими за острата фаза на лечението, но специализирани отделения за инсулт практически няма, а на много места екипът за лечение на инсулт не е наличен през цялата част на денонощието. Рехабилитацията се осъществява в общи рехабилитационни заведения. Грижите в общността са още по-слабо диференцирани, като специализираните грижи по местоживеене практически не се реимбурсират.

Изследователски проучвания, някои финансирани от ЕС, сравняват грижите за инсулт в различни страни, но те обикновено се извършват на ниво отделни болници, а не на национално ниво.

Изчерпателни регистри за качество на инсулт (с участието на всички болници, лекуващи пациенти с остър инсулт) са налични в някои страни и региони. В Източна Европа функционира регистър за качеството на лечението (RES-Q), който бързо набира центрове за участие. За съжаление само отделни страни се опитват да предоставят данни за пациентите след напускане на болницата и малко страни предоставят качествените данни на широката общественост. Регионални, а не национални инициативи за подобряване на качеството, са налице в някои страни като това може да доведе до значителни различия в качеството на грижите в рамките на страната. В България участието на болниците и центрове в европейските регистри е по желание и реално се осъществява само от няколко центъра. Въпреки това благодарение на въведените над 5000 пациента от Центъра за лечение на инсулти “Света Анна” в София, нашата страна е сред лидерите по брой въведени пациенти. Участието ни в този европейски регистър може да бъде добра основа за изготвянето на национален регистър на инсултите.

Приоритети в научноизследователската дейност и развитието

1. Какви дефиниции трябва да се използват в Европа за регистриране и докладване на инсулт и ТИА?
2. Кои са най-ефективните и ефикасни системи за събиране на данни за качеството на грижите за инсулт в Европа?
3. Как данните за качеството на грижите могат да се използват за сравняване на процеса и резултатите от грижите, като се вземат предвид вариациите в комбинацията от случаи и какъв е минималният набор от данни, който е необходим?
4. Какви са системите, необходими, за да позволят международни сравнения на клиничната и финансовата ефективност на грижите като се отчетат вариации в рамките на страната и вариациите от други фактори, като географски регион (градски срещу селски) и други?
5. Кои са най-ефективните инструменти за подобряване на качеството, които ще позволят усвояване на примерите за най-добри практики?

Цели за 2030г

1. Определяне на национална референтна рамка за качество на грижите при инсулт, която включва: (а) разработване на собствени национални или приемане на европейските насоки за управление на грижи при остър инсулт, дългосрочна рехабилитация и превенция; (б) дефиниране на общ набор от данни, обхващащ основните мерки за качество на грижите при инсулт, за да се даде възможност за точни международни сравнения на грижите както в болницата, така и в общността (включително структура, процес, измервания на резултатите и опит на пациентите).
2. Създаване и подкрепа за периодични обучителни програми за всички специалисти, занимаващи се с инсулт в Център/центрове с доказан опит и действащи добри практики.
3. Назначаване на клиничен специалист, който лично да отговаря за подобряването на качеството на грижите за болните с инсулт във всеки регион на страната.
4. Създаване на системи на национално и регионално ниво за оценка и сертифициране на клиничните услуги за болните с инсулт, предоставяне на партньорска подкрепа за подобряване на качеството и рутинно предоставяне на данните от одита на широката общественост.
5. Събиране на докладвани от пациенти резултати и дългосрочни резултати (напр. шест месеца и една година след инсулта), обхващащи както болничната, така и амбулаторната помощ.

Животът след инсулт

Състояние на техническите възможности

Животът след инсулт е голяма и всеобхватна област и включва както хората, които са имали инсулт в детството (за които това има последствия цял

живот), така и тези, които са получили инсулт в по-късна възраст. Проблемът засяга пациентите, преживели инсулт, живеещи у дома или в специализирани институции, техните семейства и приятелите, и всички, които осигуряват грижи и подкрепа за преживелите инсулт и чието качество на живот също е потенциално засегнато.

Световната организация за инсулт (WSO) определи оценяването на най-добрите начини за справяне с последиците от инсулта и подобряване на качеството на живот на болните след инсулт като основен приоритет, въпреки че към днешна дата това не е адекватно разгледано. Също така подчертава значението на предоставянето на дългосрочна подкрепа на засегнатите от инсулт. В действителност обаче в националните ръководства за поведение при инсулт, включително в нашия Национален консенсус има сравнително малко препоръки за подобряване качеството на живота след инсулт.

Малкото клинични проучвания, идентифициращи дългосрочните последици след инсулт, съобщават, че около една трета от преживелите инсулт са трайно увредени, имат лоши когнитивни способности и лошо психично здраве. От собствената гледна точка на преживелите инсулт, проучванията показват, че те също изпитват незадоволени нужди по отношение на комуникацията си, социални си взаимоотношения, чувстват самота, уморяемост и финансови затруднения.

Изчислено е, че един на всеки четири инсулта се случва при хора, чиито нужди може да включват подкрепа за връщане на работа. Паралелно се появяват и доказателства за сериозното и дългосрочно въздействие върху хората, които се грижат за преживелите инсулт. Доклад от 2013 г. на Асоциацията за инсулт в Обединеното кралство установява, че 80% от неофициалните болногледачи са изпитвали безпокойство и са имали значително напрежение във взаимоотношенията, като 1 на всеки 10 души е претърпял разтрогване на връзката с партньора си.

Също така има данни, че нарастващ брой млади хора се грижат за родителите си след инсулт. Качествените изследвания и Докладът за бремето след инсулт в Европа са документирали ежедневието на някои преживели инсулт и техните семейства.

Голяма част от тази информация обаче не е събирана систематично или стриктно и има държави, каквато е и България, за които няма налична информация. Независимо от това, сведенията на пациентите рисуват сложна картина на живота след инсулт и за мнозина изглежда, че справянето е предизвикателство както за пациентите, така и за семействата им.

По този начин, въпреки че някои пациенти съобщават за положителен опит от промяната на приоритетите си след инсулт, когато се вземат предвид всички аспекти на живота, за много от тях има значителни ежедневни предизвикателства. Поради все по-застаряващото население и по-големия брой хора, преживели инсулт, е жизненоважно пациентите и техните семейства

да бъдат поощрявани да оптимизират качеството си на живот и да постигнат максимално ниво на независимост. Това трябва да се има предвид във връзка с дома, образованието и работата, според етапа от живота на лицето и неговите индивидуални приоритети. Също така е важно това да се разглежда във връзка с други дългосрочни състояния като захарен диабет, артериална хипертония, предсърдно мъждене, депресия, когнитивно увреждане, епилепсия, болка и спастичност. Въпреки това има малко солидни доказателства в подкрепа на различни подходи или модели на грижа и няма съгласие относно това какво се има предвид под дългосрочно оцеляване. Проучванията включват хора от шест месеца до повече от 20 години след инсулт като „оцелели в дългосрочен план“ . Освен това не съществува призната скала за измерване на участието на преживели инсулт в дейности на общността.

В настоящата литература проблемите около живота след инсулт се разглеждат в основно четири припокриващи се категории: (1) здравословни проблеми, (2) проблеми с активността, (3) приспособяване и благополучие и (4) проблеми с информацията и подкрепата. Общите принципи около тези въпроси включват: признаване от обществото на значението на хората с увреждания, включително ролята на интеграцията в общността и законодателството; необходимостта от план за грижа след края на официалната рехабилитация; необходимостта от безпроблемна, структурирана и координирана верига от подкрепа (все още включваща индивидуални и персонализирани опции) и предоставяне на услуги през целия живот. Услугите през целия живот, необходими след инсулт, включват достъп до текуща диагностика, терапия, лекарства, психологическа подкрепа, рехабилитация и оборудване, също така е необходимо редовен достъп до семейна подкрепа и стратегии за самоконтрол.

Текущо състояние на дейността

В България, но и в цяла Европа има сравнително малко надеждни данни за по-дългосрочното лечение и грижи след инсулт. Там, където има информация, събирането е сравнително несистематично и поради това данните за услугата са както разнородни, така и непълноценни. Малко внимание се обръща на разработването, както и на оценката на дългосрочни грижи. Преживелите инсулт изглеждат зле информирани и неподготвени за прехода след рехабилитацията и много проучвания съобщават, че оцелелите и лицата, които се грижат за тях, се чувстват „изоставени“.

В нашата страна диспансеризацията след инсулт няма задължителен характер, но и в другите европейски страни се наблюдава сериозна редукция на данните от преживелите инсулт или лицата, които се грижат за тях след шестмесечен период на проследяване. По същия начин няма общоевропейски договорен модел за дългосрочна подкрепа за деца или млади хора, преживели

инсулт. Техните нужди и тези на семействата им обикновено се осигуряват от обществени услуги, които обикновено покриват и болните с детска церебрална парализа, придобито мозъчно увреждане и други неврологични заболявания. Въпреки това рядко се случва дете да получи интензивни рехабилитационни услуги след изписване от болницата. Семействата може да имат достъп до специализирана подкрепа около момента на поставяне на диагнозата, но продължаващият достъп до тази поддръжка варира и обикновено намалява с времето. Като цяло изглежда има малко доказателства за цялостна и координирана подкрепа. Няма ясен път пред преживелите инсулт, които често се оказват на паралелни пътища за други състояния (напр. депресия и диабет). По-дългосрочният преглед може да позволи на преживелите инсулт и лицата, които се грижат за тях, да следват по-добре своя индивидуален план за управление на заболяването. Най-важното е, че няма модел за това как изглежда най-добрата грижа след изписване от специализираните звена. Трябва да се обърне внимание на големия и нарастващ брой преживели инсулт с дългосрочни нужди. Трябва да се разработят минимални стандарти за грижа и да периодичната им оценка.

Налице е нарастващ интерес към събирането на данни от пациентите за измерване на резултатите, които най-добре отразяват възгледите на пациентите относно грижи за тях. По подобен начин някои регистри за инсулти в Европа постепенно се разшириха, за да обхванат по-пълно качеството на услугите и късните резултати след инсулт чрез проследяване на три месеца и една година след събитието. Има акцент върху самовъзприемането на здравето, свързаното със здравето качество на живот, настроението, болката, удовлетворението от услугите за инсулт, рехабилитацията и подкрепата от общността и други. Могат да бъдат включени и въпроси относно нуждата от подкрепа за лицата, които се грижат за болните с инсулт. Подобни мащабни проследявания в България практически няма.

Приоритети в научноизследователската дейност и развитие

1. Какви са затрудненията и нуждите на преживелите инсулт в различните периоди от живота им?
2. Какви са нуждите на различните групи хора, преживели инсулт? Това трябва да включва резултатите, съобщени от пациентите и лицата, които се грижат за тях, за да се даде възможност за изграждане на оптимални пътища за обгрижване.
3. Как би изглеждал моделът на най-добра грижа и дългосрочна подкрепа? Това трябва да включва предоставяне на прегледи на трети, шести месец и ежегодни проследявания за оценка и предоставяне на цялостна координирана подкрепа.
4. Какви продукти и услуги (цифрови и физически) биха подпомогнали самоуправлението, интеграцията в общността, образованието и здравеопазването при болните след инсулт?

5. Как могат да бъдат насочени към висококачествена информация и обучение членовете на неспециализирания персонал, особено социалните работници, оказващи грижи за болните след инсулт? Това трябва да включва проучване на нивата на информираност сред персонала, основните им компетенции и привличане към процеса на неправителствени организации и организации с нестопанска цел, като благотворителни организации и доброволчески групи.

Цели за 2030 г

1. Назначаване на лица или екипи на правителствено ниво, отговорни за поддържането на живота на пациентите след инсулт и гарантиране, че националният план за инсулт е насочен към дългосрочните незадоволени нужди на оцелелите и техните семейства, както и минималните стандарти, определени за това, което трябва да получи всеки оцелял след инсулт, независимо къде живее.
2. Приобщаване на преживели инсулт, хората, които се грижат за тях и техните асоциации в идентифицирането на проблемите и решенията, за да се даде възможност за разработване на най-добри практики за подкрепа на пациентите.
3. Установяване чрез националния план за инсулт на подкрепата, която ще бъде предоставена на преживелите инсулт, независимо от тяхното място на пребиваване и социално-икономически статус.
4. Подкрепа за самоконтрол и партньорска подкрепа за преживели инсулт и техните семейства чрез дейности на различни организации.
5. Подпомагане на внедряването на цифрово базирани информационни и помощни системи за самопомощ при инсулт.