

Інформаційна брошура про інсульт

– для постраждалих та їхніх рідних

Доступно також
у цифровому вигляді
в форматі PDF:
[www.dsg-info.de/
Informationsbroschuere-
Schlaganfall](http://www.dsg-info.de/Informationsbroschuere-Schlaganfall)



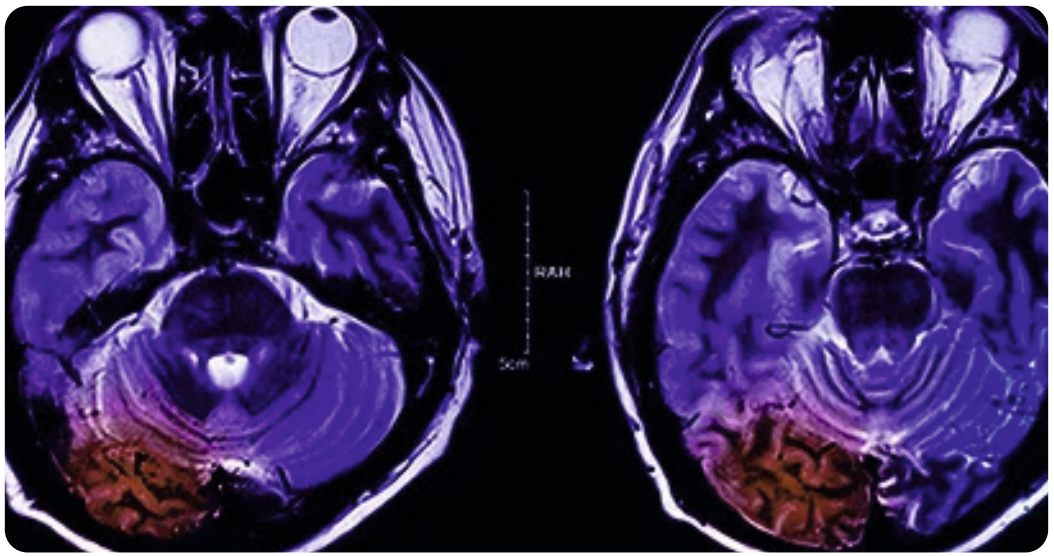
У співпраці з



STIFTUNG
DEUTSCHE
SCHLAGANFALL
HILFE

Шановні постраждалі, шановні родичі та всі, кому цікава ця тема!

У цій брошурі експерти Deutsche Schlaganfall-Gesellschaft (DSG) [Німецького товариства інсульту] та Stiftung Deutsche Schlaganfall-Hilfe [Фонду допомоги хворим на інсульт у Німеччині] виклали для вас найважливішу інформацію про інсульт. Краще розуміння природи цього захворювання може допомогти покращити функціональне відновлення та якість життя пацієнта. Також надзвичайно важлива віра у власні сили. Особливу увагу ми приділяємо заходам з реабілітації після інсульту та профілактики повторного нападу (вторинній профілактиці). Брошура не замінює особистої консультації з медичними працівниками, а має на меті доповнити та закріпити інформацію, отриману під час такої бесіди. Для кращого засвоєння матеріалу ми рекомендуємо вам виділити у брошурі уривки, які вас стосуються. Якщо ви не можете зробити це самостійно — попросіть інших. Ця брошура складена на основі інформації, яка міститься в клінічних настановах щодо вторинної профілактики після ішемічного інсульту та транзиторної ішемічної атаки (TIA, мікроінсульту)^{1,2}, в клінічних настановах щодо терапії гострого періоду інсульту³ від DSG [Німецького товариства інсульту] та Deutsche Gesellschaft für Neurologie [Німецького товариства неврології], а також клінічних настанов щодо внутрішньочерепних крововиливів⁴. Окрім того, в тексті наводяться та пояснюються спеціальні терміни, з якими ви можете зіткнутися.



1. Визначення інсульту

Інсульт — це гостре порушення мозкового кровообігу, що зазвичай спричинює раптовий розлад функцій. Розрізняють дві форми:

- Інфаркт мозку (ішемічний інсульт) та TIA (мікроінсульт) — порушення кровообігу внаслідок закупорки артерії (приблизно 85%).
- Крововилив у мозок (геморагічний інсульт) — утворення крововиливу внаслідок розриву артерії (приблизно 15%).

Іноді при закупорці артерії відбувається швидке спонтанне відновлення кровообігу. У цьому випадку неврологічні розлади тривають недовго (від декількох хвилин до максимум 24 годин). Таку подію називають TIA (транзиторна ішемічна атака або мікроінсульт).

Після мікроінсульту зберігається підвищений ризик повномасштабного інсульту. Тому, хоча неврологічні розлади при мікроінсульті тривають недовго, він вважається медичною надзвичайною ситуацією.

2. Типові ознаки інсульту

Раптове виникнення функціональних порушень, таких як:

- односторонній або частковий параліч;
- одностороннє або часткове порушення чутливості;
- порушення або розлад мови;
- порушення зору: випадіння поля зору, двоїння в очах;
- раптовий, сильний головний біль.

3. Важливі фактори ризику інсульту, які можна контролювати

- Гіпертонія (артеріальна гіпертензія)
- Куріння
- Метаболічний розлад ліпідного обміну (особливо ЛПНГ)
- Фібриляція передсердь (порушення серцевого ритму)
- Цукровий діабет (diabetes mellitus)
- Надлишкова вага
- Недостатня фізична активність
- Надмірне вживання алкоголю
- Оральні контрацептиви, що містять естроген
- Вживання наркотиків (наприклад, кокаїну, амфетамінів)

Існують й інші фактори ризику, на які лікарі звертають увагу у разі підозри

4. Основні причини інсульту

а) Інфаркт мозку (ішемічний інсульт)/ мікроінсульт (TIA)

Ішемічний інсульт має різноманітні причини. Ми виділяємо три основні групи факторів високого ризику розвитку цього захворювання:

- Атеросклероз («кальцифікація судин») великих артерій на шії або в основі черепа (макроангіопатія = ураження великих артерій).

- Захворювання мікросудин головного мозку (мікроангіопатія = патологія дрібних судин (капілярів)).
- Перенесення потоком крові тромбів із серця (кардіоемболія).

Крім того, існують рідкісні стани, які спричиняють захворювання переважно у пацієнтів молодшого віку (до 60 років). До них належать:

- Пошкодження стінок артерій, що постачають кров до мозку (артеріальна дисекція – розшарування судин).
- Ревматичні запалення судин (васкуліт).
- Порушення згортання крові зі схильністю до спонтанного утворення тромбів (тромбофілія).
- Перенесення тромбу через ваду у міжпередсердній перетинці (= парадоксальна емболія); найпоширенішою вадой у серці є так званий стійкий овальний отвір (COO). COO – це досить поширена аномалія серця, яка не завжди є патологічною.

Приблизно у кожного 5-го постраждалого не вдається встановити причину. Це називається криптогенним інсультом (криптогенний = прихований). Іноді для цього вживають англійський термін ESUS (Embolic Stroke of Unknown Source = емболічний інсульт невідомого походження).

б) Крововилив у мозок (геморагічний інсульт)

Основними причинами та факторами ризику виникнення спонтанних крововиливів у мозок (без травми) є:

- **Гіпертонія:** може непомітно ослабити стінки судин головного мозку, що підвищує ризик розриву (пошкодження тканин). Також геморагічний інсульт може розвиватись унаслідок раптового значного підвищення артеріального тиску (кризу).
- Патологія дрібних судин внаслідок відкладення білків (амілоїдна ангіопатія), що послаблює судинні стінки та підвищує ризик розриву.
- Деформації артерій (судинна аневризма, судинна мальформація), що супроводжуються підвищеним ризиком розриву через ослаблення стінок судин.
- Порушення згортання крові зі схильністю до крововиливів: може бути спричиненим різними захворюваннями та ліками.
- Тромбоз мозкових вен з виникненням стазової кровотечі.

Причиною геморагічного інсульту також можуть бути рідкісні стани (наприклад, ревматичні запалення судин, порушення згортання крові), які при обґрунтованій підозрі підлягають більш ретельному дослідженню.

5. Невідкладні заходи при підозрі на інсульт

- Інсульт та мікроінсульт (TIA) — це медичні надзвичайні ситуації, що вимагають негайного реагування.
- Зателефонувати за номером 112 або попросити когось це зробити.
 - Підтримувати свідомість у людини з підозрою на інсульт через розмову, не давати заснути.
 - Зняти зубні протези (якщо є), забезпечити прохідність дихальних шляхів.
 - Не давати їсти та пити.
 - Бути готовими надати важливу інформацію службі швидкої допомоги (див. п. 6).

6. Важлива інформація для служби швидкої допомоги

- Коли розпочались порушення? Якщо точний час невідомий — коли востаннє стан був нормальним (точно відомий останній момент, коли людина почувалася добре)?
- Ліки, які приймає зараз, особливо «розріджувачі крові» (див. також п. 10b).
- Контактні дані та номер стаціонарного або мобільного телефону родичів.

7. Госпіталізація

Лікування гострого інсульту передбачає наступні аспекти:

- Підтвердження діагнозу та диференціація від інших захворювань, які можуть мати схожу клінічну картину (так звані «імітатори інсульту» або stroke mimics).
- Візуалізація голови, за необхідності з візуалізацією судин (КТ або МРТ), та лабораторна діагностика.
- Невідкладна допомога при гострих порушеннях (за показаннями): відновлення кровообігу за допомогою тромболітичної терапії (медикаментозного розчинення тромбу) та/або тромбектомії (видалення тромбу за допомогою мікрокатетера).
- Подальша інтенсивна терапія в спеціалізованому відділенні інсульту, за необхідності також у відділенні інтенсивної терапії. Це включає наступні аспекти:
 - Ретельне клінічне спостереження та апаратний моніторинг.
 - Ранній початок реабілітаційних заходів.
 - Встановлення причини за допомогою цілеспрямованих обстежень.
 - Введення профілактичних заходів для запобігання раннім ускладненням та для профілактики повторних подій (вторинна профілактика).

- Організація подальшого лікування, реабілітації та відповідного післялікувального спостереження.

8. Інсультне відділення

а) Визначення:

Інсультне відділення (Stroke Unit, SU) — це спеціально обладнане відділення для надання допомоги пацієнтам, які перенесли інсульт. Лікування в інсультному блоці базується на наступних принципах:

- Створення мультидисциплінарної команди (див. також № 8b).
- Правильне розташування ліжко-місць в палатах.
- Ретельний клінічний нагляд.
- Апаратний моніторинг.
- Дотримання обов'язкових стандартів якості та концепцій лікування.

б) Команда інсультного відділення:

Мультидисциплінарна команда інсультного блоку включає такі спеціальності:

- Завідування: зазвичай відділення очолюють досвідчені лікарі-неврологи. Якщо інсультний блок знаходиться під керівництвом терапевтів (відділення внутрішньої медицини) — спеціально залучаються фахівці-неврологи.
- Спеціально підготовлений обслуговуючий медичний персонал.
- Фізіотерапія.

- Логопедія.
- Ерготерапія.
- Соціальна служба.

У певних випадках залучаються інші фахівці, наприклад, нейропсихологи. Щодня відбувається тісний обмін інформацією між фахівцями команди.

9. Організація виписки з лікарні та соціальна служба

Організація виписки з лікарні призначена для забезпечення безперервного переходу на подальші рівні амбулаторного або реабілітаційного лікування. Сюди, окрім іншого, входять наступні аспекти:

- Розробка програми реабілітації, якщо потрібно;
- У разі необхідності призначення амбулаторного лікування (наприклад, фізіотерапії, ерготерапії та логопедії), допоміжних засобів (наприклад, засобів для ходьби) та догляду на дому або короткострокового догляду для перехідного періоду;
- Забезпечення передачі інформації на подальші рівні медичного лікування (зазвичай сімейному лікарю) за допомогою виписного епікризу з планом медикаментозної терапії.

Додаткову консультацію можна отримати у команди лікарів або в соціальній службі лікарні.

10. Цілі та заходи вторинної профілактики

Після інсульту або ТІА (мікроінсульту) зберігається підвищений ризик повторної події. Цей ризик можна зменшити за допомогою спеціальних заходів. Вони передбачають наступне:

а) Здоровий спосіб життя (див. № 11)

б) Пригнічення згортання крові:

- Часто застосовується стандартний препарат: Ацетилсаліцилова кислота (аспірин) — ASS 1 × 100 мг на добу.
- Альтернатива аспірину: Клопідогрель 1 × 75 мг на добу. Іноді застосовується також разом з аспірином, але в такому разі майже завжди на обмежений час. Зверніть увагу, що метод одночасного лікування аспірином і клопідогрелем обмежений у часі.
- Дуже рідко в якості альтернативи аспірину або клопідогрелю приймають: Тикагрелор 2 × 90 мг
- Пероральні антикоагулянти (ПОАК): застосовуються, коли необхідне посилене розрідження крові. Антикоагулянтна терапія найчастіше використовується при фібриляції передсердь. Препарати:
 - Апіксабан (напр., Еліквіс - Eliquis®): прийом за встановленою дозою

- Дабігатран (наприклад, Прадакса – Pradaxa®): прийом за встановленою дозою
- Едоксабан (напр., Ліксіана- Lixiana®): прийом за встановленою дозою
- Рівароксабан (напр., Ксарелто – Xarelto®): прийом за встановленою дозою
- Фенпрокумон (напр., Маркумар – Marcumar®, Фалітрум – Falithrom®): індивідуальне дозування, для контролю дії ліків необхідно регулярно проводити аналіз згортання крові.

с) Зниження артеріального тиску:

Після інсульту або ТІА (мікроінсульту) артеріальний тиск необхідно надовго знизити до значень нижче 140/90 мм рт. ст. Слід враховувати:

- Прийом ліків: зазвичай треба приймати ліки. Приймайте їх регулярно.
- Самостійне вимірювання: регулярно міряйте собі тиск та записуйте показання. Важливо: мова йде про артеріальний тиск у стані спокою. Перед вимірюванням посидьте спокійно пару хвилин. Потім виміряйте двічі з інтервалом у три хвилини і запишіть тільки 2-ге значення.
- Поведінкові звички та харчування сприяють зниженню артеріального тиску. При цьому слід обмежити споживання солі, жирів, вживати продукти, багаті на вітаміни, відмовитись від алкоголю, регулярно займатись спортом на витривалість.

д) Зниження рівня холестерину:

Після ішемічного інсульту зазвичай необхідне медикаментозне лікування. При цьому ставиться за мету зниження рівня холестерину ЛПНГ (= «поганого» холестерину). Часто метою є зниження показника ЛПНГ до значень нижче 70 мг/дл (< 1,8 ммоль/л) або зменшення початкового значення вдвічі. Іноді прагнуть досягти ще нижчих цільових значень, залежно від так званого профілю ризику. Дізнайтеся свій індивідуальний цільовий рівень ЛПНГ.

- Статини: найпоширеніші препарати, які приймають 1 раз на день (бажано ввечері). Доза визначається індивідуально і залежить від цільового зниження рівня ЛПНГ та переносимості. Найпоширеніші препарати:
 - аторвастатин, розувастатин, симвастатин.
- Інші препарати: існує низка інших препаратів, які застосовуються на додаток до статинів або в якості альтернативи: наприклад, езетиміб, бемпедоева кислота, інгібітори PCSK9.
- Поведінкові звички та харчування: Здорове харчування та регулярні спортивні тренування на витривалість сприяють зниженню рівня ЛПНГ.

е) Лікування цукрового діабету:

При цьому також застосовуються ліки та заходи щодо зміни способу життя.

- HbA1c: вимірює рівень цукру в крові за достатньо великий проміжок часу, це показник ефективності лікування. Цільове значення залежить від віку, супутніх захворювань та ризику гіпоглікемії.
- Вік до 65 років: цільовий показник HbA1c $\leq 7,0\%$ (6,5–7%)
- Вік старше 65 років: цільовий показник HbA1c $\leq 7,5\%$ (6,5–7,5 %)
- У літньому віці: ціль. показник $< 8\%$

ф) Дотримання мекаментозної терапії:

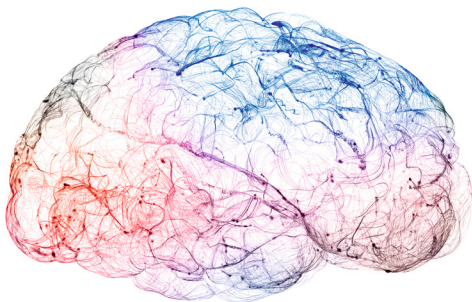
При будь-якому медикаментозно-му лікуванні важливо регулярно приймати ліки за призначеною програмою.

11. Рекомендації щодо харчування та способу життя

- Фізична активність: оптимальним вважається 150 хвилин помірної фізичної активності (наприклад, швидка ходьба або їзда на велосипеді) або 75 хвилин інтенсивної фізичної активності (наприклад, біг в повільному темпі) на тиждень. Рекомендується збільшувати навантаження поступово. При більш серйозних обмеженнях

(наприклад, паралічі) в рамках реабілітації слід розглянути відповідні можливості для фізичної активності.

- Харчування: особливо рекомендується середземноморська дієта з регулярним вживанням морської риби та відмовою від солі, насичених жирних кислот, червоного м'яса і ковбасних виробів. Більше фруктів та овочів (оптимально: 5 порцій на день, причому порція має бути розміром з долоню). У разі артеріальної гіпертензії (гіпертонії) рекомендується обмежити споживання кухонної солі.
- Алкоголь: уникайте вживання алкоголю; принаймні два дні на тиждень повинні бути без алкоголю. При вживанні алкоголю діють наступні обмеження:
 - жінки: не більше 0,25 л пива або 50 мл вина на день
 - чоловіки: не більше 0,5 л пива або 100 мл вина на день



- Паління: відмовтеся від вживання нікотину або, принаймні, максимально обмежте його споживання. Допомогти відмовитись від нікотину можуть нікотинозамісні засоби, такі як нікотинові пластирі, та консультації щодо відмови від нікотину (www.rauchfrei-info.de або www.anbieter-raucherberatung.de). Перехід на електронні сигарети недостатній.
- Уникайте надмірного впливу тепла: це може спровокувати інсульт у осіб з групи ризику. Регулярно охолоджуйтеся та пийте достатньо рідини.

12. Реабілітація

Яким би оптимальним не було лікування, після інсульту нерідко залишаються функціональні порушення (наприклад, параліч, розлад мови, порушення ковтання). Тому потрібна подальша реабілітаційна терапія для максимально можливого відновлення неврологічних функцій, здатності до виконання повсякденних обов'язків та повернення до повноцінного життя. В Німеччині діє поетапний процес реабілітації — фазова модель, передбачена Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation (BAR) [Федеральною робочою спільнотою з реабілітації]:

- Фаза А: інтенсивна терапія гострого періоду в лікарні (без реабілітації).
- Фаза В: супроводжується сильно

вираженими дефіцитами, при яких хворий не може співпрацювати або його здатність до співпраці значно обмежена, хворий дуже потребує медичного лікування та догляду.

- Фаза С: хворий вже здатний до співпраці, але все ще в значній мірі потребує сестринського догляду та медичного обслуговування.
- Фаза D: хворий вже здатний самостійно задовольняти свої основні життєві потреби, лише потребує незначної підтримки. Часто пацієнта виписують з лікарні до початку фази D. Лікування на цьому етапі може проводитися амбулаторно або стаціонарно.
- Фаза Е: специфічна медична професійна реабілітація, зазвичай проводиться додатково після завершення звичайного етапу реабілітації.
- Фаза F: довготривалий догляд з метою підтримання функцій у спеціалізованих закладах (без реабілітації).

Якщо призначена терапія приносить позитивний результат, можна перейти на наступний, вищий рівень реабілітації. В якості альтернативи пацієнтам похилого віку може надаватися геріатрична реабілітація. Лікувальна група запропонує вам відповідну програму реабілітації.

13. Подальша медична допомога після інсульту

Інсульт — це складне хронічне захворювання. Незважаючи на успішне лікування на гострому етапі та під час реабілітації, він часто призводить до довготривалих та складних порушень з потребою в подальшому послідовному амбулаторному лікуванні, яке дозволяє відновити багато порушених функцій. Воно проводиться з метою повернення до якісного повноцінного життя після нападу. Краще за все, якщо подальше лікування проводиться у тісній співпраці між неврологічним відділенням та сімейним лікарем. Обговоріть існуючі проблеми зі своїми лікарями, щоб визначити подальшу терапію. Заповнивши загальноприйнятий у всьому світі контрольний список після інсульту (Post-Stroke-Checkliste) (див. № 16), ви підготуєтеся до візиту до лікаря і таким чином допоможете лікарям, які вас лікують, цілеспрямовано розглянути найважливіші проблеми. Можливі скарги та проблеми:

- Паралічі та порушення чутливості
- Спастичність
- Похитування при ходьбі, обмеження рухливості та падіння
- Труднощі у спілкуванні
- Порушення ковтання
- Порушення зору

- Довготривала втома/виснаженість (нестача енергії)
- Брак уваги та концентрації, когнітивні порушення та деменція
- Епілептичні напади / епілепсія
- Депресія та тривожні розлади
- Зміни особистості
- Біль
- Нетримання сечі та калу (сечовий міхур, кишечник)
- Порушення соціальної активності, наприклад, контактування з родичами та друзями
- Непрацездатність/професійна непридатність
- Порушення придатності до керування транспортними засобами (див. також № 14)

14. Придатність до керування транспортним засобом

Інсульт може вплинути на здатність керувати автомобілем на дорозі. Залежно від профілю ризику повторного інсульту, протягом 1-6 місяців після нападу водій не має права керувати транспортним засобом (період очікування). Після закінчення цього періоду здатність керувати транспортним засобом необхідно додатково оцінити з урахуванням залишкових фізичних або психічних обмежень та можливості використання компенсаторних заходів.

За додатковими відомостями з цього приводу звертайтеся до свого невролога або сімейного лікаря. Для професійних водіїв та водіїв пасажирського транспорту (транспортні засоби категорії 2: вантажівки, автобуси) діють окремі правила. Більш детальну інформацію див. у брошурі Stiftung Deutsche Schlaganfall-Hilfe [Фонду допомоги хворим на інсульт у Німеччині] та в „Begutachtungsleitlinie zur Kraftfahreignung“ [«Керівництві з оцінки придатності до керування транспортними засобами»] Bundesanstalt für Straßenwesen (BASt) [Федерального інституту дорожнього господарства (BASt)].



<https://www.schlaganfall-hilfe.de/de/service/publikationen/publikation/did/autofahren-nach-schlaganfall>



<https://www.bast.de/DE/Verkehrssicherheit/Fachthemen/U1-BLL/BLL-Download.html>

15. Важливі заходи у разі тяжкої тривалої інвалідності:

- Заява про визнання тяжкої інвалідності:
для подання заяви зверніться до компетентного управління з питань соціального забезпечення (Versorgungsamt). Визначення ступеня інвалідності (Grad der Behinderung, GdB) зазвичай здійснюється на підставі наявних медичних висновків. Іноді необхідне експертне обстеження. При ступені інвалідності від 50% мова йде про важку інвалідність.
- Заява на визначення ступеня потреби в догляді (Pflegegrad):
якщо передбачається тривале порушення працездатності на строк понад шість місяців, вам слід подати заяву на визначення ступеня потреби в догляді. Ступінь потреби в догляді визначається на підставі експертизи, яка зазвичай проводиться під час візиту додому.
- Якщо ступінь потреби в догляді ще не визначено, необхідно подати початкову заяву (§ 33 SGB XI (одинадцятого тому кодексу соціального права)). Достатньо надіслати лист у вільній формі до відповідної страхової компанії,

яка здійснює страхування на випадок потреби у догляді, або повідомити про це телефоном/через Інтернет.

- Консультацію з питань потреби в догляді та надання допомоги можна отримати в будь-який час у відповідній страховій компанії, яка здійснює страхування на випадок потреби у догляді, або в незалежному центрі догляду чи консультаційній службі з питань догляду.
- Якщо ступінь догляду вже встановлено, можна подати заявку до відповідної страхової компанії на підвищення ступеня.
- Заява на допомогу з виконання домашніх справ: якщо вже встановлено ступінь потреби в догляді, можна скористатись так званою компенсаційною сумою (Entlastungsbetrag) (§ 45b SGB XI (одинадцятого тому кодексу соціального права)) для фінансування допомоги по дому. Якщо ступінь потреби в догляді ще не встановлено, за певних умов існує можливість отримати допомогу по дому на підставі призначення тимчасового догляду (Verordnung von Übergangspflege) (§ 39e SGB V (п'ятого тому кодексу соціального права)).

16. Важливі контакти:

- Безкоштовну консультацію можна отримати в своїй касі медичного страхування або касі, яка здійснює страхування на випадок потреби у догляді
- Stiftung Deutsche Schlaganfall-Hilfe
[Фонд допомоги хворим на інсульт у Німеччині]
www.schlaganfall-hilfe.de
тел.: 05241 9770-0
- Patientenservice der kassenärztlichen Bundesvereinigung
[Служба обслуговування пацієнтів Федеральної асоціації лікарів, що працюють за договором із касами]:
тел.: 116117 або
www.116117.de
- Ergänzende unabhängige Teilhabeberatung (EUTB)
[Додаткове незалежне консультування з питань соціальної інтеграції]
www.teilhabeberatung.de
тел.: 030 284 09-139, -140
e-mail: fachstelle@teilhabeberatung.de
- Регіональні центри консультування з питань догляду
www.zqp.de/beratung-pflege
e-mail: info@zqp.de
- Post-Stroke-Checkliste (PSC)
[Контрольний список після інсульту]
<https://www.world-stroke.org/assets/downloads/psc-gemany-version-wso-livery-05-20-13.pdf>



Бібліографія

1 https://dnvp9c1uo2095.cloudfront.net/wp-content/uploads/2022/07/030133_LL_Sekunda%CC%88rprophylaxe_Teil-1_2022_final_korr.pdf



2 https://dnvp9c1uo2095.cloudfront.net/cms-content/030143_LL_Sekunda%CC%88rprophylaxe_Teil2_2022_V1.1_1670949892924.pdf



3 https://register.awmf.org/assets/guidelines/030-046p_S2e_Akuttherapie-des-ischamischen-Schlaganfalls_2022-11_verlaengert.pdf



4 https://dnvp9c1uo2095.cloudfront.net/cms-content/0_030-002I_S2k_Behandlung-von-spontanen-intrazerebralen-Blutungen_2022-03-verlaengert_1708601961438.pdf



